

# МД МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ

#12(52)  
ДЕКАБРЬ  
2025

WWW.NADC.RU

## ИНТЕРВЬЮ

### Междисциплинарное взаимодействие аллергологов-иммунологов и дерматовенерологов в практике отечественных дерматологических и иммунологических служб

НА ВОПРОС, ВЫНЕСЕННЫЙ В ЗАГОЛОВОК ЭТОГО МАТЕРИАЛА, В ИНТЕРВЬЮ НАШЕЙ ГАЗЕТЕ ОТВЕТИЛ АКАДЕМИК РАН, ПРОФЕССОР МУСА РАХИМОВИЧ ХАИТОВ, ДИРЕКТОР «ГНЦ ИНСТИТУТ ИММУНОЛОГИИ» ФМБА РОССИИ (ДАЛЕЕ ИНСТИТУТ ИММУНОЛОГИИ), ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ АЛЛЕРГОЛОГ-ИММУНОЛОГ МИНЗДРАВА РОССИИ И ФМБА РОССИИ, ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ АЛЛЕРГОЛОГОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ИММУНОЛОГОВ (РААКИ).



**К**ожа является важной составной частью иммунной системы и пограничным органом иммунной защиты. Поэтому при болезнях иммунной системы страдает не только такая защита, но и сама кожа, из-за чего и начинается целый ряд дерматологических заболеваний как аутоиммунного, так и аллергического генеза. В борьбе с какими из этих патологий дерматовенерологу труднее всего справиться «в одиночку» и ему может понадобиться помощь вашего коллеги иммунолога?

— В современной иммунологии кожа действительно рассматривается не только как барьерный, но и как полноценный орган иммунной системы, который принимает участие как во врожденном, так и в приобретенном иммунитете. В коже содержатся различные иммунокомпетентные клетки: кератиноциты, клетки Лангерганса, макрофаги, тучные клетки и лимфоциты. Они

участвуют в распознавании, презентации и нейтрализации антигенов.

Кроме того, кожа ограничивает потерю влаги и препятствует проникновению токсинов и микроорганизмов, сохраняя таким образом гомеостаз организма. Кожа как орган иммунной системы играет ключевую роль в развитии и поддержании аллергических заболеваний. При контакте с аллергенами кожа запускает иммунный ответ. И очень важно то, что при аллергических заболеваниях воспаление становится системным. Тогда кожа является уже не только органом-мишенью, но и местом инициации иммунного ответа, и ее поражения отмечаются при целом ряде аутоиммунных и иммунодефицитных состояний.

При аутоиммунных заболеваниях, например, системной красной волчанке, скле-

Продолжение на стр. 2

4

Итоги 15 Всероссийского форума Национального альянса дерматовенерологов и косметологов в Москве

9

Новый этап сотрудничества: в Минске подписан меморандум между дерматовенерологами Беларуси и России



12

Особенности работы медицинских работников с медицинскими персональными данными и врачебной тайной

# 19

## ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

Москва

17-19 марта 2026

## ИНТЕРВЬЮ

Окончание. Начало на стр. 1

родермии, пузырчатке и других, иммунная система атакует собственные клетки кожи, и при этом формируются множественные системные нарушения иммунорегуляции. Вот почему кожные проявления часто сочетаются с вовлечением расстройств других органов и тканей. Иммунодефицитные состояния приводят к снижению защитных функций кожи, что увеличивает риск инфекционных поражений, затрудняет процессы регенерации и сопровождается хроническим воспалением. В таких случаях дерматовенерологу бывает трудно работать изолированно. Ведь ему необходимо оценить общий иммунный статус, выявить сенсibilизацию к аллергенам и обосновать патогенетическую терапию. Особенно же тесное взаимодействие с иммунологом необходимо при:

- атопическом дерматите;
- хронической крапивнице с ангиоотеками;
- иммунодефицитных состояниях, включая первичные иммунодефициты, проявляющиеся частыми кожными инфекциями и экзематозными изменениями;
- сочетанных аутоиммунных синдромах, где поражение кожи отражает более глубокие системные нарушения иммунного ответа.

— **По вашему мнению, каких знаний и опыта, которыми обладает иммунолог, чаще всего не хватает дерматологу, если его пациент страдает аутоиммунным или аллергическим дерматозом?**

— На мой взгляд, в клинической практике дерматологов, занимающихся лечением пациентов с аутоиммунными и аллергическими заболеваниями кожи, иногда отмечается недостаток глубокого понимания молекулярных и клеточных механизмов иммунной регуляции, лежащих в основе патологии кожи как органа иммуногенеза, включая, в частности, нарушение баланса между различными субпопуляциями Т-лимфоцитов, аутоантител, различных цитокинов в поддержании хронического воспалительного процесса.

На практике же отсутствие достаточной квалификации в интерпретации результатов иммунологического и аллергологического обследования ограничивает возможности дерматологов в постановке точного диагноза. А соответственно, и в выборе эффективных патогенетически обоснованных методов терапии, например, биологических, таргетных иммунобиологических препаратов, аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ). Существенным остается недостаток опыта в оценке системных иммунных проявлений, при которых могут отмечаться различные поражения кожи.

— **В каких случаях дерматологу целесообразно направить своего пациента на консультацию к аллергологу-иммунологу?**

— Такая консультация необходима для большинства пациентов с атопическим дерматитом или экземой, учитывая их сложный патогенез и множественные осложнения. Наряду с наружной и системной противовоспалительной терапией крайне важно выявить как специфические, так и неспецифические триггеры, которые могут провоцировать или усугублять течение этих заболеваний.

Консультация аллерголога-иммунолога также требуется при наличии у пациента семейного или личного анамнеза аллергических заболеваний (пищевая аллергия, аллергический ринит, бронхиальная астма), ухудшении состояния при контакте с потенциальными аллергенами, особенно при тяжелом упорном течении заболевания, неэффективности стандартной терапии, а также необходимости проведения аллергодиагностики и подбора элиминационных мер, определения показаний к АСИТ.

— **Если при терапии больного с аутоиммунным или аллергическим дерматозом дерматовенеролог и иммунолог начали взаимодействовать, как они разделяют между собой лечебную работу?**



Аллерговакцина «Аллергарда» для профилактики аллергии на пыльцу березы и перекрестной пищевой аллергии

— На практике порядок взаимодействия аллерголога и дерматолога при ведении пациентов с атопическим дерматитом, аутоиммунными заболеваниями или иммунодефицитами может существенно различаться и во многом зависит от того, к какому специалисту пациент обратился первично.

Если больной сначала обращается к дерматологу, то акцент делается на клиническую диагностику кожных проявлений, подбор наружной терапии и дифференциальную диагностику с другими дерматологическими заболеваниями. Далее дерматолог направляет пациента к аллергологу-иммунологу для проведения специализированного аллергологического и/или иммунологического обследования, выявления специфических триггеров и определения показаний к иммунотерапии.

— **А если пациент сначала обратился к аллергологу-иммунологу?**

— Тогда обычно сразу проводится комплексное обследование, включающее углубленный сбор аллергологического и иммунологического анамнеза. При выявлении показаний проводится аллергологическое или иммунологическое обследование и чаще всего рекомендуется консультация дерматолога для подтверждения диагноза, исключения других кожных заболеваний и коррекции наружной терапии. Такой разный «путь» пациента обуславливает вариabельность в алгоритмах взаимодействия специалистов и требует налаженного междисциплинарного общения для своевременной корректировки лечения и улучшения прогноза течения данных заболеваний.

— **Что выиграет дерматологический больной, если его будет лечить эта маленькая бригада врачей по сравнению с ситуацией, если бы его вел только один специалист?**

— Такой больной, находящийся под совместным наблюдением дерматолога и аллерголога-иммунолога, получает комплексное и персонализированное лечение. Это существенно повышает эффективность терапии по сравнению с ведением только дерматологом.

В Институте иммунологии наблюдаются пациенты с атопическим дерматитом, хронической крапивницей, ангиоотеками, а также с первичными иммунодефицитами с поражением кожи. Тяжелое течение атопического дерматита, крапивницы нередко требует стационарного лечения. Оно включает в себя углубленное аллергологическое и иммунологи-

ческое обследование и определение показаний к АСИТ и иммунотерапии генно-инженерными препаратами.

В случаях, когда у пациента с атопическим дерматитом удается выявить сенсibilизацию к определенным ингаляционным аллергенам, например, пыльце растений, мы успешно проводим АСИТ. Особенно когда стандартная терапия не обеспечивает полного контроля симптомов. Этот метод позволяет уменьшить выраженность кожных проявлений, снизить потребность в медикаментозном лечении, улучшить качество жизни пациентов в долгосрочной перспективе и достичь стойкой ремиссии.

Кроме того, мы наблюдаем пациентов с первичными иммунодефицитами с поражением кожных покровов. Например, при тяжелом комбинированном иммунодефиците нередко отмечается экзема, дерматит, тяжелые бактериальные и вирусные инфекции кожных покровов. Пациенты с общим вариabельным иммунодефицитом склонны к частым бактериальным инфекциям кожи, таким как пиодермия и фурункулез. При хронической гранулематозной болезни могут развиваться глубокие абсцессы кожи и мягких тканей.

Такие кожные проявления часто плохо поддаются традиционной терапии и требуют комплексной оценки состояния иммунной системы и междисциплинарного подхода для правильной диагностики и выбора терапии, включая заместительную терапию иммуноглобулинами, иммуномодуляторами и биологическими препаратами.

— **А при каких иммунологических заболеваниях чаще всего иммунологу потребуются взаимодействие с коллегой дерматологом?**

— Иммунологу чаще всего необходима помощь дерматолога при иммунологических заболеваниях, которые сопровождаются поражениями кожи. В первую очередь при аутоиммунных заболеваниях, например, при необходимости дифференциального диагноза хронической спонтанной крапивницы и васкулита, при подозрении на красную волчанку, псориаз, дерматомиозит. В этих случаях кожные проявления могут быть ведущими клиническими симптомами, требующими специализированного дерматологического обследования, дифференциальной диагностики и назначения адекватной терапии.

Дерматолог, обладая экспертными знаниями о локализации, морфологии высыпаний,

помогает уточнить диагноз, подобрать терапию и контролировать течение заболевания. Кроме того, часто необходимо гистологическое подтверждение диагноза. А его проводит только дерматолог совместно с патоморфологом.

— **Каких знаний по дерматологии может не хватить иммунологу и что выиграет пациент, если к лечению иммунологического расстройства подключится дерматолог?**

— Врачу-иммунологу при работе с пациентами с кожными проявлениями иммунологических заболеваний может не хватать углубленных знаний в области клинической дерматологии. Особенно в аспектах морфологии, локализации и вариabельности кожных высыпаний. Врач-иммунолог не всегда обладает фундаментальными знаниями и практическим опытом, необходимыми для распознавания широкого спектра дерматозов и их стадий, а также для понимания специфических кожных симптомов и проведения дифференциальной диагностики. К тому же иммунолог обычно не владеет практическими навыками дерматоскопии и не обладает необходимыми компетенциями для проведения биопсии кожи.

— **Мы обсудили оптимальный вариант лечения болезней кожи и иммунной системы в рамках междисциплинарного взаимодействия. Но что вы видите в реальной практике здравоохранения Московского региона?**

— В реальной практике подобное взаимодействие осуществляется на современном уровне, и многие медицинские учреждения предлагают комплексное ведение пациентов с иммунологическими опосредованными кожными заболеваниями. Это, в том числе, наши институты: Государственный научный центр Институт иммунологии и Московский городской научно-практический центр аллергологии и иммунологии и другие учреждения.

В таких крупных клиниках пациенты проходят тщательное обследование, включая, что особенно важно и полезно для них, дерматологический и иммунологический консилиум, где специалисты совместно вырабатывают индивидуальную тактику диагностики и лечения. В других случаях врачи обеих специальностей проводят совместные очные и телемедицинские консультации. В Москве в целом доступны передовые методы аллерго- и иммунодиагностики, а также современные виды терапии, включая иммунотерапию и биологические препараты.

## ИНТЕРВЬЮ

— **Что может помешать установлению такого взаимодействия, как, по-вашему, устранить такие препятствия?**

— Например, помехой могут оказаться различия в профилях подготовки и специализации, а потому и недостаточное взаимопонимание в вопросах диагностики и лечения аллергических и иммуноопосредованных заболеваний кожи. Не разработана и стандартная система совместных консультаций. Разрозненность работы федеральных и региональных ЛПУ, неудобства в документообороте затрудняют координацию работы специалистов.

Также недостаточная осведомленность пациентов о необходимости комплексного подхода может приводить к несвоевременному обращению к узкопрофильным специалистам. Все эти факторы требуют системного решения для улучшения междисциплинарного взаимодействия и повышения качества медицинской помощи.

— **Какую медицинскую помощь дерматологический больной может получить в клинике Института иммунологии в рамках территориальной программы ОМС?**

— Подобные пациенты могут получить у нас как амбулаторную, так и стационарную помощь при следующих расстройствах:

- атопическом дерматите;
- аллергическом контактном дерматите;
- острой и хронической крапивнице и ангиоотеках;
- токсико-аллергических реакциях;
- пищевой и лекарственной аллергии с кожными проявлениями;
- первичных и вторичных иммунодефицитных состояниях с поражением кожи.

На базе наших отделений работают и международные экспертные организации. Это Центр помощи пациентам с первичным иммунодефицитом, а также две организации по оказанию помощи пациентам с ангиоотеками и крапивницей: Центр ACARE (Angioedema center

of Reference and Excellence) и Центр UCARE (Urticaria Centers of Reference and Excellence). Мы проводим углубленное аллергологическое и иммунологическое обследование с использованием новейших методов, включая молекулярную аллергодиагностику, провокационные тесты для диагностики лекарственной аллергии, выявления хронической индуцированной крапивницы.

Во всех отделениях нашего Института выполняется АСИТ, в том числе при некоторых формах атопического дерматита, таргетная биологическая терапия атопического дерматита, хронической крапивницы и ангиоотечек. Мы осуществляем иммунотерапию в рамках международных стандартов с учетом причинного фактора и таргетной коррекции определенного звена иммунитета, используем экстракорпоральные способы лечения, разрабатываем персонализированные программы селективной и комбинированной антибактериальной и противовирусной терапии в комбинации с иммуномодуляторами.

— **Принимаете ли вы подобных пациентов только Московского региона или всей России?**

— Мы принимаем пациентов со всей России, в месяц проводим более тысячи консультаций пациентов с различными аллергическими и иммуноопосредованными заболеваниями. Свыше половины из них связаны с вовлечением в патологический процесс кожных покровов.

Дерматологические пациенты получают амбулаторную помощь на базе поликлинического отделения. Стационарная же помощь осуществляется на базе отделения аллергологии и иммунопатологии кожи (20 коек), отделения иммунопатологии взрослых (35 коек), отделения аллергологии (35 коек) и отделения иммунопатологии детей (20 коек).

— **Ведется ли сейчас в Институте иммунологии научная работа по темам, относящимся к болезням кожи аллергического или аутоиммунного генеза?**

— Да, например, сейчас мы совершенствуем схемы проведения АСИТ у пациентов с атопическим дерматитом, и мои коллеги активно изучают патогенез этой болезни. Например, была исследована роль сенсибилизации к аллергенам пыльцы березы в развитии обострений атопического дерматита у пациентов Москвы и Подмоскovie. Также мы изучаем различные аспекты борьбы с крапивницей. Коллеги недавно получили свидетельство о регистрации программы для ЭВМ с целью контроля и оценки тяжести хронической спонтанной крапивницы, а также патент на устройство для диагностики температурной крапивницы. Кроме того, мы участвуем в подготовке клинических рекомендаций.

— **СМИ уже не раз писали о том, что по поручению руководителя ФМБА России Вероники Игоревны Скворцовой учеными Института иммунологии разработана уникальная аллерговакцина «Аллергарда» для профилактики аллергии на пыльцу березы и перекрестной пищевой аллергии. Первые этапы клинических исследований подтвердили высокую эффективность и безопасность разработки. А в октябре 2025 года Минздрав РФ разрешил начать заключительную, III фазу исследований. В чем уникальность этого средства, если говорить о его строении и фармакологических механизмах действия?**

— В отличие от классических вакцин, рекомбинантная аллерговакцина для лечения и профилактики аллергии на пыльцу березы и перекрестные аллергены не содержит нативных аллергенов, а лишь их IgE-эпитопы в линейной гипоаллергенной форме. За счет этого и был достигнут высокий профиль безопасности вакцины.

Учитывая структурные сходства аллергена пыльцы березы (Bet v 1) и аллергена яблока, (Mal d 1) в состав вакцины были включены пептиды, имитирующие IgE-эпитопы обоих аллергенов. Известно, что на короткие пептиды иммунный ответ не развивается. Поэтому пептиды, имити-

рующие IgE-эпитопы аллергенов (Bet v 1 и Mal d 1), производились в виде рекомбинантного гибридного белка АВ-PreS, в котором пептиды были объединены с белком PreS. Важной особенностью этого белка является то, что сам он аллергеном не является. Это позволяет использовать данную молекулу в аллерговакцинах.

Наработка гибридного белка АВ-PreS осуществлялась в E. coli. Затем такие молекулы абсорбировались на адьюванте (гидроокиси алюминия) для получения готовой лекарственной формы аллерговакцины. Принимая во внимание столь важное преимущество нашего препарата, как его гипоаллергенная природа, он может применяться не только для лечения аллергии, но и для профилактики, а это невозможно для вакцин, основанных на экстрактах аллергенов.

— **Можно ли надеяться, что «Аллергарда» поможет улучшить качество жизни больных и с крапивницей, одной из самых распространенных болезней кожи, которая очень часто сопровождается аллергией на пыльцу березы и перекрестную пищевую аллергией?**

— Конечно! Хотя в наших исследованиях участвовали пациенты с аллергическим ринитом и конъюнктивитом, мы ожидаем, что, исходя из механизма действия вакцины, она улучшит качество жизни и больных, у которых аллергия к пыльце березы, и перекрестной пищевой аллергией проявляется в виде крапивницы.

— **Как будет выглядеть алгоритм лечения пациента, в том числе с крапивницей, аллерговакциной «Аллергарда»?**

— На данный вопрос можно будет ответить только после окончания III фазы исследования, когда окончательно будет понятно число необходимых инъекций и количество сезонов пыления до наступления стойкой ремиссии аллергии. Но уже очевидно, что наше средство будет вводиться подкожно. Окончание исследований «Аллергарды» запланировано на 2027 год.

к.м.н. А. Рылов

## МЕРОПРИЯТИЯ

# Инновации московской медицины на БИОПРОМ-2025

В КУЛЬТУРНО-ДЕЛОВОМ ЦЕНТРЕ «ГЕЛЕНДЖИК АРЕНА» 6–7 ОКТЯБРЯ СОСТОЯЛСЯ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ БИОПРОМ-2025 – ГЛАВНОЕ СОБЫТИЕ В СФЕРЕ БИОТЕХНОЛОГИЙ И БИОЭКОНОМИКИ РОССИИ.

**М**ероприятие прошло при поддержке Минпромторга РФ и объединило ведущие компании, университеты, научные центры и стартапы.

Московский Центр дерматовенерологии и косметологии представил на форуме «Биопром-2025» свою инновационную разработку – программно-аппаратный комплекс «Невускан» для диагностики и раннего выявления злокачественных новообразований кожи. Впервые на БИОПРОМЕ московские врачи представили на стенде «Создано московскими

врачами» новейшие медицинские технологии и инновационные решения, реализуемые в рамках грантовой программы мэра Москвы при поддержке Медтех.

В рамках торжественного открытия состоялась обход выставочной экспозиции БИОПРОМ с участием первого заместителя председателя правительства РФ Дениса Мантурова, министра промышленности и торговли РФ Антона Алиханова, министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко, министра сельского хозяйства РФ Оксаны Лут, помощника президента РФ Андрея Фурсенко.



## МЕРОПРИЯТИЯ

# Более 3000 специалистов объединил 15 Всероссийский форум Национального альянса дерматовенерологов и косметологов в Москве

В МОСКВЕ СОСТОЯЛСЯ 15-Й ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ. МЕРОПРИЯТИЕ ТРАДИЦИОННО ПРОШЛО ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ И ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ.

**В** работе форума приняли участие более трех тысяч специалистов, часть из которых подключились к онлайн-трансляции.

Торжественно открыл форум главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, д.м.н., профессор **Николай Николаевич Потекаев**. Как председатель оргкомитета, он поприветствовал коллег, поздравив всех с открытием Форума: «Я всех вас горячо и сердечно приветствую. Также приветствую тех,



**Н. Н. Потекаев**

кто находится по ту сторону экрана, поскольку у нас идет онлайн-трансляция». Он пожелал всем успешной работы, а также отметил, что мероприятие имеет юбилейный характер, — уже 15 лет специалисты собираются осенью для обмена опытом и обсуждения актуальных вопросов отрасли, подчеркнул значимость форума как площадки профессионального общения, объединяющей специалистов со всей страны.



**О. В. Жукова**

Главный внештатный специалист ЦФО РФ по профилю дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, исполнительный директор Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института ФГАУ ВО «Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», д.м.н., профессор **Ольга Валентиновна Жукова** выразила признательность участникам за высокие профессиональные достижения, подчеркнула важность постоянного обновления знаний и участия молодых специалистов: «Для нас проведение такой конференции в Москве всегда большое удовольствие, и мы очень рады вас всех видеть, тем более что сегодня собрались специалисты со всей нашей большой страны».

**Татьяна Николаевна Королькова**, заведующая кафедрой косметологии ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», главный внештатный специалист по вопросам косметологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга рассказала о завершении масштабной работы по утверждению образовательных программ по



**Т. Н. Королькова**

косметологии и о подготовке первого национального руководства по косметологии, в создании которого приняли участие десятки экспертов.

Заместитель председателя Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по дерматовенерологии и косметологии, директор государственного бюджетного учреждения Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», д.м.н.,



**Н. В. Кунгуров**

профессор **Николай Васильевич Кунгуров** также в своем приветствии отметил важность знаний и профессиональной подготовки, подчеркнул, что конференция — это уникальная возможность повысить квалификацию и обменяться опытом.

Сложность и многогранность дерматовенерологии подчеркнул профессор **Константин Игоревич Разнатовский**, главный внештат-



**К. И. Разнатовский**

ный специалист по дерматовенерологии и косметологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова». Он отметил, что успех в профессии невозможен без междисциплинарного подхода и постоянного развития: «Наша специальность очень сложная. Девяносто процентов кожных заболеваний — это реакции, исходящие изнутри. Мы должны включать свой креатив и разбираться в причинах болезни. Форум — это возможность совершенствоваться и получать поддержку коллег. Программа этого года — большое подспорье для практического здравоохранения».

Председатель правления Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов, заведующий кафедрой дерма-



Участники Форума

## МЕРОПРИЯТИЯ

товенерологии Гродненского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор **Дмитрий Федорович Хворик** передал приветственные слова от коллег из Республики Беларусь и вручил Николаю Николаевичу Потеекаеву членский билет и звание почетно-



**Д. Ф. Хворик**

го члена Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов. «Я с удовольствием вновь приехал на этот форум с двумя миссиями: поделиться белорусским опытом и вручить членский билет и звание почетного члена нашей организации Николаю Николаевичу Потеекаеву. Это признание его выдающегося вклада в развитие дерматовенерологии и косметологии», — заключил он.

В рамках форума состоялось торжественное вручение медалей имени Алексея Герасимовича Полотебнова — основателя первой кафедры дерматовенерологии в России.

### МЕДАЛИ «ЗА ЛИЧНЫЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ» ПОЛУЧИЛИ:

- **Людмила Федоровна Комлева**, и. о. главного врача ГБУЗ КО «Калужский областной клинический кожно-венерологический диспансер»;
- **Сергей Владимирович Кошкин**, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Кировского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор.

### НАГРУДНЫМИ ЗНАКАМИ «ЗА ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ» БЫЛИ ОТМЕЧЕНЫ:

- Заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи Калининградской области» **Наталья Васильевна Некрасова**;
- Главный врач ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер» **Татьяна Николаевна Заклякова**;
- Главный врач ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» **Мурад Абубакарович Хайрулаев**;
- Заведующая кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии Алтайского ГМУ Минздрава России, д.м.н. **Юлия Сергеевна Ковалева**;
- Заместитель главного врача по организационно-методической работе и работе с филиалами КГБУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» министерства здравоохранения Хабаровского края **Антонина Георгиевна Яковлева**.

Кроме того, в рамках поддержки коллег из новых республик Н. Н. Потеекаев вручил памятные подарки и материалы, необходимые для развития специальности, главному внештатному специалисту Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по дерматовенерологии и косметологии **Валерию Владимировичу Темкину** и главному внеш-

татному специалисту Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики по дерматовенерологии и косметологии **Елене Николаевне Русиной**.

В рамках пленарного заседания профессор Николай Николаевич Потеекаев представил доклад «Механизмы развития зуда кожи».

Он начал выступление с философского осмысления темы:

«Философия жизни рассматривает зуд как метафору внутреннего беспокойства или экзистенциальных поисков, в то время как в буквальном смысле зуд — это физический симптом, связанный с кожными, аллергическими или системными заболеваниями. В обоих случаях зуд указывает на поиск решения — будь то поиск смысла жизни или диагностика физического недомогания».

В своем выступлении Н. Н. Потеекаев подробно рассмотрел механизмы возникновения зуда, его физиологическую роль и проявления при различных патологиях. Он подчеркнул, что зуд может быть как естественным защитным рефлексом, так и симптомом серьезных заболеваний, включая атопический дерматит, крапивницу, псориаз, лимфому Ходжкина, хроническую почечную и печеночную недостаточность.

Отдельное внимание профессор уделил нейrogenным механизмам, отметив, что ощущение зуда формируется не только на коже, но и в головном мозге: «Можно сказать, что у нас по большому счету чешется не кожа — зуд возникает в голове». Спикер также отметил роль гистамина и других медиаторов — цитокинов, нейропептидов, протеолитических ферментов — и подчеркнул, что разнообразие этих веществ отражает многомерность феномена зуда.

Символическим завершением доклада стала демонстрация картины художника Сергея Караваева «Зуд нашей планеты» как отражение распространенности кожных заболеваний во всем мире.

В первый день форума также состоялось заседание Профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальностям «Дерматовенерология» и «Косметология», на которой обсуждались результаты деятельности дерматовенерологической службы в Российской Федерации, были заслушаны доклады подкомиссий.

В рамках основной научной двухдневной программы были проведены секции, подготовленные в интеграции со специалистами-аллергологами. Рассмотрены атопический дерматит и коморбидные состояния (О. Г. Елисютина), лимфатоидный гранулематоз с поражением мягких тканей (Н. В. Зиновьева), мастоцитоз и анафилаксия у детей (Е. И. Касихина), синдром Иова (А. С. Боткина) и другие темы. На секции, проведенной совместно с врачами-ревма-



**Вручение членского билета и звания почетного члена Белорусской ООДК**

тологами, обсудили иммуновоспалительные осложнения применения инъекционных биоматериалов (Н. Г. Правдюк), красную волчанку: от кожи до системного процесса (Д. В. Сомов), а также принципы лечения ограниченной склеродермии у детей и сочетание склеродермии и саркоидоза.

Секцию «Генодерматозы — 2035. Генетические болезни кожи и подкожной клетчатки» традиционно модерировали руководитель фонда «Дети-бабочки», учредитель Международной ассоциации по генетическим заболеваниям А. А. Куратова и заместитель главного врача МНПЦДК О. В. Поршина. Впервые секция прошла в новом формате аватаров с искусственным интеллектом. Рассмотрены технологии ИИ на службе НКО (А. Куратова), технологический суверенитет в медико-социальной практике (В. С. Поленова), новые горизонты медицинского сопровождения пациентов с иктиозом (Э. Р. Гуменная) и другие вопросы, связанные с генетическими патологиями кожи.

Под эгидой НП Герпес-Форум состоялась секция «Герпес-вирусные инфекции — вопросы и ответы: дискуссия двух профессоров (модераторы проф. А. А. Халдин и проф. М. А. Гомберг). Яркое прошлое сателлитный симпозиум «Расширяем границы контроля атопического дерматита и узловой чесотки» под председательством профессора К. И. Разнатовского.

Программа косметологической сессии имела прикладной характер. Секция «Сочетанные методы в косметологии. Обмен клиническим опытом» (модераторы В. В. Петунина и А. С. Бишарова) осветила вопросы диагностики осложнений после контурной пластики, лечения сложных видов пигментаций, разобраны клинические

случаи реакций после косметологических манипуляций.

Программу второго дня Форума отличала обширная секция онкодерматологов, на которой были рассмотрены проблемы диагностики новообразований кожи, отражен взгляд онкологов на ведение больных с новообразованиями кожи. Прозвучали доклады: «Рак Меркеля — орфанная опухоль со злокачественным течением» проф. Д. В. Кудрявцева, «Возможности реконструктивно-пластической хирургии в лечении опухолей лица» А. А. Митенкова, «Рак Педжета» Г. Е. Кветенадзе. О диагностических парадоксах — «Когда доброкачественное выглядит злокачественным» рассказала Т. А. Годзенко, а о трудностях диагностики метастазов злокачественных опухолей в кожу — О. Р. Катунина и М. А. Бобров.

Необычайный интерес слушателей вызвал симпозиум «ДерматоДетектив: по следам неуловимых диагнозов» (сопредседатели А. П. Продеус и О. В. Поршина). Были раскрыты тайны редких болезней, состоялся диагностический квест, рассмотрено «дело» о метаболическом преступлении.

Традиционными модераторами секции «Детская дерматология» выступили О. В. Поршина, Н. Ф. Затурская и Е. И. Касихина. Рассмотрены особенности и результаты лечения хронической узловой чесотки у детей (П. С. Уткин), случай из практики синдрома Стивена-Джонса (Д. А. Бондаренко), эритема в детском возрасте, инфекционные заболевания у детей с ожогами и многое другое.

Сборник тезисов докладов был опубликован в Материалах Форума и вошел в состав Пакета участника.



**Открытие Форума**

## КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

# *Trichophyton indotineae* — глобальная проблема в области диагностики и лечения поверхностных микозов в мире и в России

ПОЯВЛЕНИЕ УСТОЙЧИВЫХ К АНТИМИКРОБНЫМ СРЕДСТВАМ ШТАММОВ БАКТЕРИЙ И ГРИБОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОПАСНОЙ ТЕНДЕНЦИЕЙ ХХІ ВЕКА. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БОРЬБА С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К АНТИМИКОТИКАМ ЯВЛЯЕТСЯ АКТУАЛЬНОЙ ЗАДАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ МИКОЛОГОВ ПО ВСЕМУ МИРУ. ИСТОРИЧЕСКИ НАИБОЛЬШЕЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЯЕТСЯ ПРОБЛЕМАМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ВИДОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ИНВАЗИВНЫЕ МИКОЗЫ. ОДНАКО В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ ВСЕ БОЛЬШЕЕ ВНИМАНИЕ ПРИКОВАНО К ВИДУ ТРИХОФИТОНОВ — *TRICHOPHYTON INDOTINEAE*, ВЫЗЫВАЮЩЕМУ ТРУДНО ПОДДАЮЩИЙСЯ ЛЕЧЕНИЮ ДЕРМАТОМИКОЗ, КОТОРЫЙ С ПУГАЮЩЕЙ СКОРОСТЬЮ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО ВСЕМУ МИРУ.



А. Е. Гузин

Окончание. Начало в предыдущем номере

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Учитывая, с одной стороны, быстрое распространение *T. indotineae* по миру (и, как мы знаем, в нашей стране), а с другой — отсутствие у врачей клинического опыта диагностики таких случаев микоза на фоне отсутствия или недоступности методов прямой идентификации возбудителя, необходимо сформировать клинико-эпидемиологическую настороженность в отношении данной патологии и выделить ряд типичных признаков, позволяющих заподозрить ее наличие.

Заболеванием примерно с одинаковой частотой страдают как мужчины, так и женщины. Более 2/3 инфицированных относятся к трудоспособному, социально и сексуально активному возрасту 21–50 лет. Большинство пациентов имеют в анамнезе связь развития заболевания с посещением эндемичных стран Юго-Восточной Азии или Ближнего Востока. Многие пациенты также имеют историю использования топических глюкокортикостероидов.

При *T. indotineae* наблюдается клиническая картина хронического дерматоза с поражением паховых складок кожи (*tinea cruris*), живота, спины и ягодиц (*tinea corporis*), а также часто захватывает нехарактерные для дерматомикозов локализации, такие как гениталии (*tinea genitalis*). В совокупности такие формы микоза встречаются более чем у 2/3 пациентов с *T. indotineae*.

Значительно реже в патологический процесс вовлекается кожа ладоней (*tinea manuum*), стоп (*tinea pedis*), лица и бороды (*tinea faciei et barbae*). Пациенты обращаются к специалистам с жалобами на распространенные высыпания, кожный зуд и шелушение. Высыпания представляют собой розово-красную эритему округлой формы, с четкими границами и воспалительным валиком по периферии с сопутствующим мелкопластинчатым шелушением и гиперпигментацией. Последняя более вероятна у людей с более темным цветом кожи, просветление центральной области не наблюдается. Вероятно одновременное развитие сразу нескольких очагов поражения с тенденцией к сливанию.

Выраженность воспалительного процесса может варьировать от острого до практически отсутствующего. В первом случае высыпания могут напоминать экзему, иметь дополнительные элементы по периферии в виде папул и пустул, а пациент может жаловаться на жжение и боль. Напротив, в других случаях отмечают только наличие шелушения, что может быть связано с лечением (в том числе — самолечением) местными формами глюкокортикостероидов или комбинированных средств, содержащих ТГКС в составе.

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на эпидемиологический анамнез, посещение эндемичных регионов. Следует уточнить наличие тесных бытовых, в первую очередь половых, контактов с лицами из этих стран. Однако отсутствие эпидемиологического анамнеза не исключает заболевания. Характерно частое инфицирование родственников, находящихся в контакте с источником инфекции, например, супругов.

**ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ЗАПОДОЗРИТЬ ДЕРМАТОМИКОЗ, ВЫЗВАННЫЙ *T. INDOTINEAE*, ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ НЕУСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЗУДЯЩЕГО ДЕРМАТОЗА.**

При назначении топических антимикотических лекарственных средств или стандартных дозировок системных форм гризеофульвина, тербинафина или итраконазола течение заболевания может сопровождаться как временным улучшением, так и отсутствием регрессии. Частое использование эмпирической топической терапии на основе комбинированных лекарственных средств, имеющих в составе глюкокортикостероиды, является причиной развития стертой клинической картины дерматомикоза, также известной как *tinea incognita*. Это затягивает сроки постановки корректного диагноза, приводит к прогрессированию заболевания, увеличивает риски передачи инфекции другим лицам.

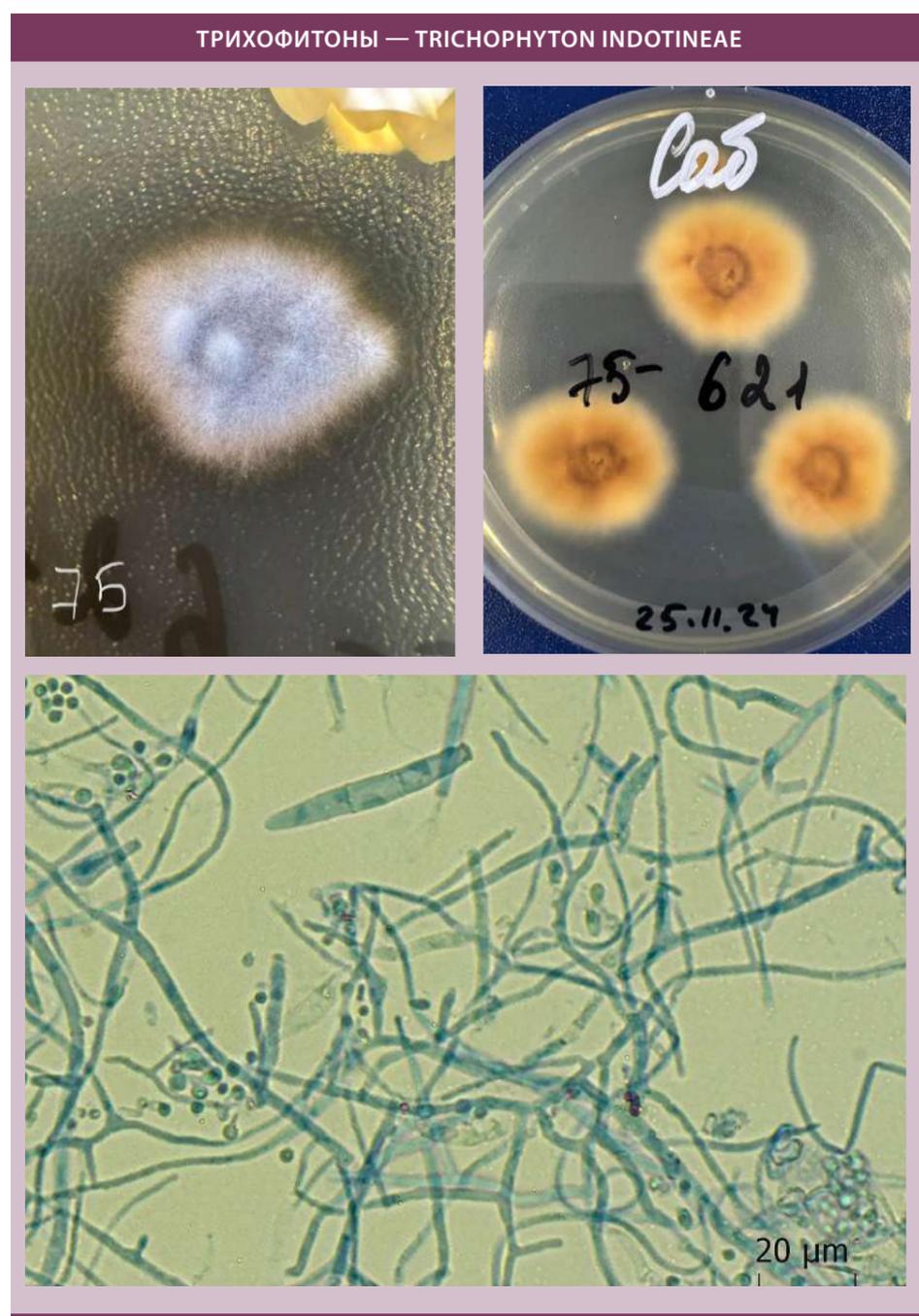


Фото 1. Пациент (Источник J. Fungi 2022, 8, 757. <https://doi.org/10.3390/jof8070757> <https://www.mdpi.com/journal/jof>)

Перечисленные выше клинические особенности дерматомикоза, вызванного *T. indotineae*, типичны для пациентов независимо от страны проживания и этнической принадлежности инфицированного, о чем свидетельствуют результаты клинических исследований во всем мире и опыт, приобретенный за короткий период в МНПЦДК.

Для наглядности приведем два клинических примера с инфекцией *T. indotineae* пациентов, из Китая и Москвы.

**ПРИМЕРЫ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ**

**Пример 1.** Пациент 60 лет из Китая в течение трех последних лет ежемесячно посещал Индию по работе. У его жены в последние месяцы также



Фото 2. Сочетанное поражение паховой области, ягодиц и шеи пациента из Китая, вызванное *T. indotineae* (опубликовано в Singapore Medical Journal (10.4103/singaporemedj.SMJ-2024-243, July24, 2025. | DOI: 10.4103/singaporemedj.SMJ-2024-243).

## КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

развилась похожая сыпь. Другие половые контакты отрицает. До обращения проводил лечение комбинированным кремом изоконзол 1% + дифлукортонола валерата 0,1%, а также прошел два курса эмпирической терапии тербинафином и итраконазолом с быстрым развитием рецидива через несколько дней после окончания лечения.

При осмотре обращают на себя внимание обширные коричневатые шелушащиеся высыпания на правой щеке, задней поверхности шеи, в паховой области, на ягодицах и левой руке. Эмпирическое лечение топическим кремом с миконазолом и системным тербинафином 250 мг в день в течение 6 недель привело только к временному улучшению.

Соскоб с кожи и исследование образца с помощью микроскопии привело к обнаружению гиф, а с помощью микологического посева обнаружен рост вида *T. mentagrophytes*. Пациенту была назначена терапия итраконазолом 100 мг, внутрь, по 1 капсуле 1 раз в день и миконазол местно. Через 2 недели высыпания на лице и шее разрешились, но сохранялись в паху и на ягодицах. По этой причине было рекомендовано продолжить курс итраконазола еще на 2 недели — без улучшения. Учитывая слабый ответ на тербинафин и итраконазол, наличие эпидемиологического анамнеза, выделения изолята *T. mentagrophytes*, было проведено секвенирование ITS гена с помощью которого подтвержден штамм *T. indotineae* в качестве возбудителя инфекции. Дополнительное секвенирование гена SQLE выявило точечную мутацию Leu393Phe, характерную для резистентных к тербинафину штаммов. По этой причине терапия скорректирована — итраконазол 100 мг, внутрь, по 2 капсулы

2 раза в день и продолжение использования миконазола местно. Лечение продолжалось на протяжении двух месяцев, после чего высыпания окончательно разрешились.

**Пример 2.** Пациент обратился в филиал «Люблинский», им отмечены поражения с переходом на кожу бедер и нижней трети живота (см. фото 3). При осмотре: патологический процесс носит распространенный подостровоспалительный характер, локализуется на коже паховой области с переходом на кожу внутренней поверхности бедер, живота, левого бедра. Представлен эритемой с четкими границами, розово-красного цвета и валиком инфильтрации по периферии, неправильной формы. Центральная часть очагов более светлой окраски. На поверхности мелкопластинчатое шелушение. Видимые слизистые



Фото 3. Пациент 38 лет, гражданин РФ

без патологических изменений. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. У пациента был взят материал для микологического посева, в результате которого выявлен *Trichophyton mentagrophytes var gypseum*. Пациенту была рекомендована терапия, включавшая одновременный курс препаратов: тербинафин *per os* 250 мг 1 раз/сутки, повидон-йод раствор 1 раз/сутки, 2% серно-салициловая мазь 1 раз/сутки, нафтифин крем 2 раза/сутки. Продолжительность курса составила 4 недели. На фоне лечения и по его окончании положительная динамика и клинический эффект отсутствовали. Материал с очагов поражений был исследован с помощью секвенирования фрагмента гена ITS и филогенетическим анализом. В результате была установлена принадлежность изолята к виду *Trichophyton indotineae*. Параллельно было проведено секвенирование фрагмента гена SQLE, в результате чего была установлена нуклеотидная мутация, приводящая к аминокислотной замене Phe397Leu.

Под контролем биохимического анализа крови пациенту был назначен итраконазол: 400 мг/сут плюс сертаконазол крем 2 раза/сутки. Курс приема итраконазола составил 4 недели, наружная терапия сертоконазолом — 6 недель.

Подходы к терапии. Лечение дерматомикозов с ограниченным вовлечением кожных покровов, как правило, сводится к назначению топических антимикотических средств, таких как тербинафин или клотримазол. При более распространенном процессе рекомендована системная терапия с использованием тербинафина или итраконазола в комбинации с топической. Первой линией системной терапии трихофитии является тербина-

фин, назначаемый в таблетках 250 мг, внутрь, 1 раз в сутки в течение 4–8 недель. В случае инфекции, вызванной *T. indotineae*, такая схема может быть эффективна, если доказана чувствительность штамма к тербинафину или отсутствует мутация Phe397Leu. В остальных случаях предпочтительной стартовой терапией является итраконазол 100 мг, внутрь, по 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 4–8 недель и более, при необходимости. Альтернативным препаратом может являться вориконазол, показавший свою эффективность и низкую вероятность рецидива. Однако стоит учитывать, что поверхностные микозы кожи не входят в текущие показания к применению этого лекарственного средства, и назначение его *off-label* должно быть обосновано. Дополнительно рекомендовано назначать топические антимикотические средства в комбинации с системными. Кроме того, активно разрабатываются немедикаментозные подходы к терапии.

Появление устойчивой к лечению дерматофитии, вызванной *T. indotineae*, существенно осложняет подходы к лечебно-профилактической тактике. Мировая медицина столкнулась с необходимостью скорейшего внедрения новых, более эффективных методов лабораторной диагностики и подходов к лечению. Не менее важными остаются информированность и опыт врача-дерматолога, способного вовремя заподозрить дерматофитию, вызванную *T. indotineae*. Лечение дерматомикоза на ранних стадиях способствует более быстрому и эффективному разрешению заболевания, снижает лекарственную нагрузку на пациента, а также уменьшает вероятность передачи инфекции другим лицам.

к.б.н. А. Е. Гуцин

## Что скрывает пациент?

ПО СТАТИСТИКЕ, ДО 90% ЛЮДЕЙ С ВИЧ СТАЛКИВАЮТСЯ С КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ЧАСТО ИМЕННО ОНИ СТАНОВЯТСЯ ПРИЧИНОЙ ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ И ПОМОГАЮТ ВЫЯВИТЬ ИНФЕКЦИЮ НА РАННИХ ЭТАПАХ.

**К**ожные проявления при ВИЧ-инфекции условно подразделяют на три группы: неопластические (все они вирусной этиологии), инфекционные (вирусные, грибковые, бактериальные, паразитарные) и прочие дерматозы с неясным генезом.

ВИЧ-инфекция и псориаз — два состояния, которые, на первый взгляд, никак не связаны между собой. Однако исследования и клинический опыт показывают: между ними существует определенная взаимосвязь, которую важно учитывать как пациентам, так и врачам.

В отличие от первично развившихся форм псориаза, у пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции отмечается тесная связь между тяжестью кожного процесса и стадией ВИЧ-инфекции. Зачастую наблюдается более тяжелое течение псориаза у ВИЧ-инфицированных, особенно при прогрессировании иммунодефицита.

Что касается клинических особенностей, то в популяции пациентов с ВИЧ-положительным статусом чаще отмечают развитие инверсной и экссудативной форм псориаза. Причем патологический процесс носит обширный характер. Часто вовлекаются дистальные отделы конечностей, волосистая часть головы, крупные складки кожи, ладони и подошвы.

Важно отметить, что у ВИЧ-положительных пациентов отмечается весьма плохой ответ на использование стандартной топической терапии в случае легких форм дерматоза, которая обычно эффективна у ВИЧ-отрицательных групп. Лечение псориаза у ВИЧ-инфицированных пациентов требует особого подхода, учитывающего взаимодействие между двумя заболеваниями, а также потенциальные побочные эффекты лекарственных препаратов. И здесь необходимо отметить, что:

- лечение псориаза у лиц с ВИЧ-инфекцией может стать проблемой из-за нарушенного иммунологического статуса пациента;
- долгое время выбор терапевтических средств был ограничен. АРВТ и препараты для местного применения, такие как кальципотриол и кортикостероиды, по-прежнему представляют собой терапию первой линии при псориазе легкой степени тяжести;
- лечением первой линии при псориазе средней и тяжелой степени является ультрафиолетовое излучение;
- лечение же тяжелого рефрактерного псориаза осуществляется с помощью осторожного применения иммуносупрессивных препаратов, таких как метотрексат, циклоsporин, а также, с недавнего времени, с помощью генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в совокупности с высокоактивной антиретровирусной терапией.

Важно отметить, что решение о назначении ГИБП должно приниматься индивидуально, строго совместно с врачом-инфекционистом после детальной оценки соотношения риск–польза, иммунного статуса пациента и текущего антиретровирусного лечения. Такой междисциплинарный подход обеспечивает максимальную безопасность терапии и позволяет избежать осложнений, связанных с иммунодефицитным состоянием.

Рассмотрим клинический пример, демонстрирующий особенности ведения пациента с сочетанной патологией: псориазом и ВИЧ-инфекцией (фото 1).

- Пациент — мужчина, 49 лет, с длительным анамнезом кожного заболевания — около 6 лет — и торпидным тяжелым течением.



Фото 1. Пациент М. до лечения



Фото 2. Пациент М. после лечения в ГБУЗ МНПЦДК

- Из сопутствующей патологии у пациента выявлена ВИЧ-инфекция, стадия 3, субклиническая.
- АРТ с 2018 года. PASI — 62,4 и DLQI — 26.

Данная клиническая ситуация требовала особого осторожного подбора терапии с учетом высокой активности кожного процесса, иммунного статуса пациента и риска гепатотоксических осложнений.

Пациенту была назначена терапия ингибитором IL-17A.

Мы можем наблюдать динамику кожного процесса через 12 недель терапии ингибитором IL-17A (фото 2).

Уже к этому сроку мы видим выраженный клинический ответ: индекс PASI снизился с 62,4 до 0, а показатель DLQI уменьшился с 26 до 0, что свидетельствует о полном восстановлении качества жизни пациента. Таким образом, приме-

нение ингибитора IL-17A у пациента с сочетанием псориаза и ВИЧ-инфекции показало высокую эффективность и безопасность, что подтверждает возможность использования ГИБП в подобных клинических ситуациях при условии тщательного лабораторного мониторинга и взаимодействия с инфекционистом.

Подводя итог представленному клиническому случаю, можно сделать вывод, что применение ГИБП в лечении псориаза у пациентов с ВИЧ-инфекцией возможно и оправдано при соблюдении принципа междисциплинарного подхода.

Опыт показывает, что при тесном взаимодействии дерматолога и инфекциониста, а также при регулярном лабораторном мониторинге, терапия ингибиторами IL обеспечивает высокую клиническую эффективность, стойкую ремиссию и благоприятный профиль безопасности.

И.А. Михайлова

## КОРИФЕИ ДЕРМАТОЛОГИИ

# К 100-летию Исаака Яковлевича Шахтмейстера: наследие великого дерматолога

ИСААК ЯКОВЛЕВИЧ ШАХТМЕЙСТЕР: «БОЛЕЗНИ КОЖИ НЕЛЬЗЯ ПОНИМАТЬ ИЗОЛИРОВАННО — ЭТО ОТРАЖЕНИЕ СЛОЖНОГО ДИАЛОГА МЕЖДУ ОРГАНАМИ И СИСТЕМАМИ ЧЕЛОВЕКА».

**17** ноября состоялась Научно-практическая конференция, приуроченная к 100-летию со дня рождения профессора Исаака Яковлевича Шахтмейстера. Это третье мероприятие, инициатором которого стал Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов: оно продолжает цикл научно-практических конференций «Корифеи дерматологии». В рамках мероприятия прошли тематические и междисциплинарные секции и дискуссии, участники ознакомились с новейшими подходами к диагностике и терапии болезней кожи, работе с которыми посвятил свою жизнь один из выдающихся деятелей медицины Исаак Яковлевич Шахтмейстер.

Открывая конференцию, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы, президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, д.м.н., профессор **Николай Николаевич Потекаев** рассказал о значимости лаборатории, которая фактически стала основой для будущих центров клинических исследований, занимавшихся разработкой и оценкой фарма-

и терапии экземы и нейродермиты», в которой представил новые данные о межсистемных, межорганных связях в патогенезе этих дерматозов, привел патогенетически обоснованные



**В. В. Милов**

методы лечения. Он подробно остановился на лаборатории по изучению репаративных процессов в коже, располагавшейся в известном историческом особняке — доходном доме Грязнова по адресу Остоженка, 17.

Кроме этого, Вячеслав Викторович рассказал о концепции создания биомедицинской эндоэкологической технологии, оптимизирующей оздоровительные воздействия и лечение многих заболеваний, в частности о патенте на «Способ эндолимфатического введения лекарственных и диагностических средств». Изобретение касается введения лекарственных препаратов и диагностических веществ в лимфатическую систему. Цель изобретения — уменьшение количества осложнений, связанных с хирургическим вмешательством на лимфатических сосудах за счет введения лекарственных и диагностических препаратов в лимфатическую систему.

Дальнейшую программу мероприятия продолжили выступления экспертов с докладами, которые во многом отобразили научные направления, бывшие в приоритете у профессора И. Я. Шахтмейстера.

Научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии, врач-дерматовенеролог Отдела оказания специализированной медицинской помощи ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», ассистент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии МИ ФГАОУ ВО «РУДН» **Софья Иосифовна Артемьева** рассказала об эволюции таргетной терапии псориаза, подчеркнув важность раннего терапевтического вмешательства и персонализированного подхода. Она подробно осветила, как более агрессивное и своевременное использование системных и биологических препаратов способно изменить естественное течение заболевания. В итоге специалист отметила, что терапия, воздействующая на патогенез псориаза, не только помогает добиться длительной ремиссии, но и снижает долгосрочные затраты на лечение.

**Наталья Константиновна Мамлина**, врач — аллерголог-иммунолог ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», осветила тему применения АСИТ при atopическом дерматите, подчеркнув ее текущий статус как перспективной, но все еще требующей стандартизации. Она также указала, что добавление АСИТ к базовой терапии может дать умеренный, но значимый эффект для тщательно отобранной группы пациентов. Завершая выступление, врач подчеркнула, что при правильном подборе кандидата АСИТ становится важным инструментом для эффективного управления atopическим дерматитом.

**Виталий Александрович Охлопков**, ректор ИВДПО ФНКЦ РР Минобрнауки РФ, представил тему, посвященную мочеvine как «золотому стандарту» терапии ксероза, уделив особое внимание ее роли в рациональном уходе за кожей — от профилактики до реабилитации. В ходе лекции он подчеркнул, что ксероз связан с нарушением барьерной функции кожи и снижением уровня ее гидратации, а современные средства должны восстанавливать структуру эпидермиса и нормализовать ТЭПВ. Подводя итог, Охлопков отметил, что мочеvine благодаря увлажняющим, кератопластическим и солюбилизирующим свойствам доказала свою эффективность в снижении трансэпидермальной потери влаги и улучшении состояния кожи при atopическом дерматите, ихтиозе и других состояниях, сопровождающихся сухостью.

Ведущий научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», к.м.н. **Светлана Ивановна Бобко** представила доклад на тему «Изучение регенеративных и репаративных процессов кожи в дерматовенерологии». В ходе выступления она затронула такие ключевые направления, как модели изучения регенерации кожи, взаимодействие иммунной системы и эпителия, роль генных технологий и стволовых клеток в восстановлении тканей, а также особенности рубцевания кожи. В заключение она отметила, что глубокое понимание механизмов регенеративного и репаративного заживления, включая иммунные взаимодействия и современные биотехнологические подходы, позволит разрабатывать более эффективные и инновационные стратегии лечения, направленные на снижение рубцевания, восстановление структуры и функции кожи и улучшение долгосрочных результатов для пациентов.

Врач-дерматовенеролог, ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», к.м.н. **Елена Игоревна Касихина** рассказала о предикторах тяжелого течения кожного мастоцитоза. Она разъяснила ключевые факторы риска, которые включают распространенные и пузырьные высыпания, высокие показатели SCORMA, повышенный уровень триптазы и эпизоды гипотонии после перелетов. Отдельно она отметила распространенность дефицита витамина D у детей с мастоцитозом и его связь с активностью тучных клеток. В завершение докладчица подчеркнула, что понимание этих предикторов позволяет своевременно выявлять детей группы риска и оптимизировать подходы к наблюдению и профилактике осложнений.

Сегодня достижения современной дерматологии невозможно представить без научной школы, созданной Исааком Яковлевичем Шахтмейстером. Его исследования заложили основы, которые и сейчас определяют стандарты диагностики, лечения и научного анализа.

Конференция, приуроченная к 100-летию ученого, собрала экспертов, чтобы еще раз обозначить масштаб его вклада и понять, насколько актуальны его разработки в условиях стремительного развития медицины.



**Н. Н. Потекаев**

цевитических препаратов. Он также отметил, что **Исаак Яковлевич** был замечательным, тонким, удивительным человеком с большим чувством юмора. «Лично мне есть что вспомнить: он был моим оппонентом в кандидатской диссертации. Мы вместе много работали над материалом, и советы, которые я получал в рамках работы, были исключительными», — сказал он.

«Я помню блестящие выступления Исаака Яковлевича на ученых советах, помню его как веселого, ироничного человека», — присоединился к словам приветствия профессор Михаил Александрович Гомберг. Он также поделился интересными историями о совместной работе с И. Я. Шахтмейстером.

Почетным гостем мероприятия стал ученик великого профессора, а ныне главный врач премиум клиники Эндоэкологии **Вячеслав Викторович Милов**. Он познакомил собравшихся с интересными фактами биографии своего учителя: рассказал, что Исаак Яковлевич родился в городе Снежное Екатеринославской губернии, после окончания с отличием лечебного факультета Московского медицинского института в 1947 году работал там же в институте на кафедре кожных и венерических болезней, одновременно руководил научно-учебным объединением, в 1965 году защитил докторскую диссертацию на тему «Материалы к патогенезу



**Открытие конференции**

## МЕРОПРИЯТИЯ

# Новый этап сотрудничества: в Минске подписан меморандум между дерматовенерологами Беларуси и России

6 НОЯБРЯ В БЕЛОРУССКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ СОСТОЯЛАСЬ ПЕРВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ СОЮЗНОГО ГОСУДАРСТВА: ОТ ИННОВАЦИИ К ПРАКТИКЕ».

Организаторами конференции выступило Министерство здравоохранения Республики Беларусь в сотрудничестве с Национальным альянсом дерматовенерологов и косметологов, Белорусской общественной организацией дерматовенерологов и косметологов (БООДК) и ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗМ.

Торжественную часть конференции открыл ректор Белорусского государственного медицинского университета, член-корреспондент Национальной академии наук Беларуси, д. м. н.,



**Н. Н. Потекаев**

столько коллег. Уверен, что знания, полученные на конференции, будут использованы во благо наших пациентов».

Председатель правления Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов, заведующий кафедрой дерматовенерологии Гродненского государственного медицинского университета, д. м. н., профессор **Дмитрий Федорович Хворик** подчеркнул символичность проведения конференции в канун

**С. П. Рубников**

профессор **Сергей Петрович Рубников**. Он отметил, что форум проходит в новом учебно-практическом корпусе университета, где реализуется концепция современного симуляционного обучения, и подчеркнул значимость события как площадки для обмена научными и клиническими достижениями между специалистами Союзного государства.

От имени Министерства здравоохранения Республики Беларусь участников приветствовал **Леонид Чеславович Недень**, начальник главного управления организации медицинской помо-



**Л. Ч. Недень**

щи Министерства здравоохранения Республики Беларусь. «Данное мероприятие объединяет ведущих специалистов и высокопрофессиональных спикеров из стран Союзного государства. Уверен, что работа форума будет продуктивной и послужит дальнейшему развитию дерматовенерологии и косметологии в интересах здоровья наших граждан» — сказал он.

В свою очередь главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы, президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов **Николай Николаевич Потекаев** выразил благодарность принимающей стороне и отметил важность профессионального взаимодействия для развития отрасли: «Я очень рад видеть здесь

станет отправной точкой для новых достижений и войдет в историю дерматовенерологии и косметологии двух государств», — заключил он.

Ключевым событием церемонии стало подписание меморандума о сотрудничестве между Национальным альянсом дерматовенерологов и косметологов и Белорусской общественной организацией дерматовенерологов и косметологов. Лидеры организаций, Н. Н. Потекаев и Д. Ф. Хворик, подписали документ, который закрепил намерение сторон развивать совместные научные исследования, образовательные инициативы и клиническое взаимодействие в области дерматовенерологии и косметологии.

В рамках пленарного заседания прозвучало 2 доклада.

**Анна Павловна Музыченко** рассказала об организации оказания медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» в Республике



**А. П. Музыченко**

Беларусь. В докладе она, в частности, отметила, что дерматовенерологическая служба Беларуси ориентирована на повышение качества и доступности специализированной помощи. Основные задачи службы — совершенствование нормативно-правовой базы, внедрение инноваций (генно-инженерная терапия, теледерматология, клеточные методы, неинвазивная диагностика), развитие стационаров и стационарозамещаю-

щих технологий. Служба включает 14 областных, 4 районных центра и более 100 кабинетов, обеспечивая круглосуточную помощь на 825 койках, однако, несмотря на оптимизацию коечного фонда, доступность сохраняется, обеспеченность врачами и качеством остается высокой.

Спикер отметила, что в последние годы отмечен рост хронических дерматозов и аутоиммунных заболеваний, связанных с постковидным периодом, при одновременном снижении заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, добавила, что в республике активно развиваются телемедицина и генетическая дерматология, действует республиканская лаборатория диагностики сифилиса. Главная цель службы — поддержание высокого уровня медицинской помощи, развитие инноваций и нормативной базы в соответствии с современными требованиями.

Второй доклад — «Трихофития, вызванная устойчивым к тербинафину видом *Trichophyton indotineae*, — как мировая проблема, и опыт московской дерматовенерологической служ-



**А. Е. Гуцин**

бы» — представил к. б. н., научный сотрудник Московского Центра дерматовенерологии и косметологии **Александр Евгеньевич Гуцин**.

Во время выступления спикер подчеркнул, что микозы стремительно превращаются в глобальную проблему: грибковые инфекции уже поражают более миллиарда человек. Он отметил, что миграция и глобализация ускоряют распространение новых возбудителей, включая мультирезистентный *Trichophyton indotineae*, привлекая внимание специалистов в 2022 году.

Александр Евгеньевич отметил, что устойчивость дерматофитов к терапии становится серьезным вызовом. Мутации в ферменте скваленэпоксидазе снижают эффективность стандартных схем лечения, прежде всего тербинафина и ряда азолов. «Стандартные дозировки сегодня часто не работают», — уточнил эксперт. В завершение доклада спикер заявил, что борьба с устойчивыми дерматофитами требует пересмотра диагностических подходов. Он подчеркнул важность внедрения молекулярных методов и эпиднадзора, добавил, что московские специалисты уже разработали PCR-методику для точной идентификации *Trichophyton indotineae*, что должно повысить качество диагностики и сократить число тяжелых случаев заболевания.

Научно-практическая конференция стала значимым событием для медицинского сообщества обоих государств. Дальнейшая работа прошла в формате секций и круглых столов, суммарно мероприятие посетило более 700 человек.



**Д. Ф. Хворик**

Дня Октябрьской революции и отметил значение мероприятия как нового этапа сотрудничества двух стран. «Пусть наша союзная конференция



Подписание Меморандума о сотрудничестве

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ  
СОЮЗНОГО ГОСУДАРСТВА

## КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

# Паранеопластическая пузырчатка: иммунологические и генетические детерминанты сложного дерматоза

В УСЛОВИЯХ УСТОЙЧИВОГО РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАТОЛОГИЯМИ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ПРИОБРЕТАЕТ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ СОЧЕТАНИЕМ КАК МИНИМУМ ДВУХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ОБЛАДАЮЩИХ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ.



И. В. Хамаганова

**П**атогенетическая схема аутоиммунной пузырчатки детерминирована выработкой аутоантител, преимущественно направленных против двух десмосомальных белков адгезии — десмоглеина-1 (Dsg1) и десмоглеина-3 (Dsg3), также обозначаемых как DG1 и DG3, которые экспрессируются как в эпидермисе, так и на поверхности слизистых оболочек.

Научные исследования продемонстрировали, что в различных формах пузырчатки распределение и уровень экспрессии белков Dsg1 и Dsg3 существенно варьируют в зависимости от участка кожного покрова и слизистых оболочек.

Десмоглеин-1, являющийся трансмембранным компонентом десмосом, имеет молекулярную массу, составляющую 160 кДа, и преимущественно локализуется в верхних слоях эпидермиса, выступая антигеном-мишенью при листовидной пузырчатке.

В случаях вульгарной формы заболевания, при которой основное поражение наблюдается на слизистых оболочках, иммунный ответ обусловлен направленностью на Dsg3, что приводит к возникновению эрозий в ротовой полости, где данный белок функционирует как главная мишень иммунной атаки.

Следует отметить, что эпителий слизистой оболочки преимущественно экспрессирует Dsg3, что, однако, не приводит к образованию пузырей в кожном покрове.

В конце XX века в научном сообществе активно обсуждалась так называемая «компенсационная теория», в соответствии с которой аутоантитела против Dsg1 способствуют формированию субкорнеальных пузырей в коже, в то время как в эпителии слизистых оболочек, вследствие деградации Dsg1, наблюдается компенсаторное увеличение экспрессии Dsg3.

Аналогичным образом при выработке аутоантител к десмоглеину Dsg3 на слизистых оболочках образуются супрабазальные пузыри, а последующая утрата Dsg3 сопровождается относительным повышением уровня экспрессии Dsg1.

Однако данная компенсационная модель не способна в полной мере объяснить появление

внутриэпидермальных пузырей, характерных для пузырчатки.

Современные исследования направлены не только на анализ десмоглеинов, но и на выявление роли иных молекул, ответственных за клеточную адгезию, а также разнообразных белков, участвующих в патогенезе заболевания.

При паранеопластической пузырчатке, помимо явления акантолиза, детерминированного аутоиммунными реакциями, фиксируется выраженный клеточный иммунный ответ в эпидермисе, приводящий к апоптозу кератиноцитов с сопутствующей инфильтрацией Т-лимфоцитов в эпидермисе.

## ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ДИАГНОСТИКУ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

В 1990 году G. Anhalt и коллеги выдвинули пять диагностических критериев паранеопластической пузырчатки, включающих:

- проявления болезненных эрозий на слизистых оболочках, сопровождающиеся высыпаниями на коже, характеризующимися папулезным компонентом с последующим формированием пузырей, локализуемых преимущественно на туловище, конечностях, а также на ладонях и подошвах;
- морфологические изменения кожного покрова, включающие интраэпидермальный акантолиз, некроз кератиноцитов, вакуольную дистрофию, выявляемые при гистологическом исследовании;
- детектирование отложений иммуноглобулина G (IgG) и компонентов комплемента в пределах эпидермиса, а также гранулярные отложения комплемента вдоль базальной мембраны, подтверждаемые иммунофлюоресцентными методами;
- наличие аутоантител, связывающихся с поверхностью клеток кожи и слизистых оболочек, что типично для всех форм пузырчатки, характеризующихся связыванием с различными типами эпителия, включающих простой, столбчатый и переходный;
- идентификация комплекса из четырех белков с молекулярными массами 250, 239, 210 и 190 кДа, что подтверждено современными лабораторными методиками.

Далее в исследованиях, проведенных M. Wick и J. Patterson, было отмечено, что кожные изменения у пациентов со злокачественными заболеваниями могут существенно варьироваться. Некоторые из выявленных аномалий обладают инфекционным характером, в то время как иные демонстрируют непосредственную связь с основным злокачественным процессом.

В научной литературе также описывается группа заболеваний, которые рассматриваются как ассоциированные маркеры злокачественных процессов и именуется «паранеопластическими». Последняя категория зачастую попадает в общую концепцию паранеоплазии.

В отдельных случаях удается проследить преобладающую ассоциацию данных патологических состояний со злокачественными поражениями желудочно-кишечного тракта, куда входят такие состояния, как acanthosis nigricans, паранеопластический акродерматит, florid cutaneous papillomatosis (выраженный

папилломатоз кожи), некротическая мигрирующая эритема, ладонно-подошвенная кератодермия и нарушение кератинизации кожи по типу pityriasis rotunda.

Отдельная группа патологий ассоциируется преимущественно с гемобластомами, что включает приобретенный ихтиоз, эксфолиативную эритродермию, некротическую ксантогранулему, плоские ксантомы, гангренозную пиодермию, склеромикседему, синдром Свита, а также лейкоцитокластический васкулит; в эту же группу входит и паранеопластический пемфигус.

Наконец, выделяется группа паранеопластических дерматозов, наблюдаемых при злокачественных заболеваниях различной локализации, таких как синдром Лезера — Трела, синдром Труссо, дерматомиозит, эритема gyratum herens, приобретенный пушковый гипертрихоз, папулоэритродермия Офуджи, образование рубцов на ладонях и мультицентрический ретикулогистиоцитоз.

Данные клинические и морфологические наблюдения позволяют предположить, что паранеопластическая пузырчатка представляет собой сложное заболевание с множественными патогенетическими механизмами, что требует дальнейших исследований для уточнения диагностических критериев и патогенетических взаимосвязей.



Очаги поражения на слизистой полости рта и носовых ходов (пациент в положении лежа)

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обзорная статья, выполненная G. Paolino и коллегами, демонстрирует, что паранеопластическая пузырчатка относится к редким формам пузырчатых заболеваний, составляя около 3–5% от общего числа случаев.

Чаще всего заболевание диагностируется у пациентов в возрастной группе от 45 до 70 лет, при этом половые различия отсутствуют. Зарегистрированы случаи паранеопластической пузырчатки у детей и подростков, при этом данное заболевание развивается на фоне болезни Кастлмана, характеризующейся ангиофиликулярной гиперплазией лимфатических узлов.

Болезнь Кастлмана является редким доброкачественным лимфолифопролиферативным заболеванием с длительным бессимптомным периодом,

которое ассоциируется с широким спектром аутоиммунных и онкологических патологий, а также повышенным риском развития неходжкинской лимфомы или иных злокачественных гематологических нарушений.

Данные статистические исследования подтверждают необходимость ранней диагностики и мониторинга пациентов, проявляющих кожные и слизистые изменения, связанные с паранеопластическим процессом.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Как правило, развитие онкологического процесса предшествует возникновению пузырчатки, хотя примерно у 30% пациентов дерматоз диагностируется предварительно, что способствует своевременному выявлению злокачественного заболевания.

Поражение слизистых оболочек является зачастую первым клиническим признаком паранеопластической пузырчатки.

При осмотре слизистой оболочки полости рта фиксируются эрозивные очаги, появление которых редко предшествует образованию везикул или пузырей, а их распространение может касаться также красной каймы губ.

Орофарингеальные симптомы сопровождаются выраженной болезненностью, что затрудняет процесс глотания и функциональное состояние

пациента. Болезненные эрозии с образованием кровавых корок на красной кайме губ могут клинически имитировать многоформную эксудативную эритему или синдром Стивенса–Джонсона. У педиатрических пациентов стоматит, возникающий в результате паранеопластической пузырчатки, может быть ошибочно интерпретирован как герпетический стоматит, что требует проведения дифференциальной диагностики.

В области носоглотки, ангенитальной области и пищеводе могут наблюдаться массивные болезненные поражения слизистых оболочек, представляющие одну из характерных форм буллезных изменений при данном заболевании.

Поражения глаз выявляются у 70% пациентов, что дополнительно подтверждает мультиорганный характер заболевания. В то же время отмечаются

## КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ



Очаги поражения на коже лица и туловища

Очаги поражения на коже туловища и конечностей (обработаны метиленовым синим)

случаи атипичного течения болезни, при которых поражение слизистых оболочек отсутствует.

Кожные поражения в паранеопластической пузырчатке преимущественно локализируются на голове, туловище и конечностях, при этом их начало может иметь значительную вариабельность.

В клинической картине могут наблюдаться диффузная эритема, везикуло-буллезные высыпания, папулезные элементы с чешуйчатостью, бляшечные образования, эритродермия с эксфолиацией, эрозии и язвы. У некоторых пациентов эритематозные изменения являются первичным проявлением, которое в дальнейшем перерастает в формирование пузырей и эрозий.

Поражение эпителия дыхательных путей выявляется у 92,8% больных, что клинически выражается в форме диспноэ, обструктивной болезни легких и облитерирующего бронхолита.

Помимо основных клинических форм, при паранеопластической пузырчатке описаны редкие варианты проявлений, включающие рубцовое поражение ногтей, паранеопластический пемфигус, а также случаи myasthenia gravis, выступающие в качестве ранних симптомов фолликулярной дендритно-клеточной саркомы поджелудочной железы. Также отмечена связь между паранеопластической пузырчаткой и эктопической перикардиальной тимомой.

В ряде опубликованных источников фиксировались случаи паранеопластической пузырчатки, ассоциированные с фолликулярной дендритно-клеточной саркомой, проявляющейся вне лимфатических узлов и характеризующейся высоким уровнем злокачественности. Учитывая возможность полиорганных поражений, формируется терминологическая группа «паранеопластический аутоиммунный полиорганный синдром», что подчеркивает мультифакторную и многоаспектную природу данного заболевания

## ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Паранеопластическая пузырчатка развивается на фоне как клеточного, так и гуморального аутоиммунного ответа. Взаимодействие аутоантител с десмоглеинами ведет к сепарации кератиноцитов, что обуславливает развитие акантолиза — дистрофического процесса, характеризующегося формированием межклеточных щелей и пузырей в шиловидном (шиповатом) слое эпидермиса кожи, а также в эпителии слизистых оболочек вследствие утраты адгезионных контактов.

Для идентификации аутоантител применяются методы иммунопреципитации и иммуноблоттинга, позволяющие определить целевой антигенный комплекс, включающий плакины (десмоплакин I и II, энвоплакин, периплакин, десмоглеин-3).

Применение прямых и непрямых методов иммунофлюоресценции в сочетании с иммуноферментным анализом (ELISA) способствует

дифференциации различных форм пузырчатки, что предоставляет возможность более точной клинической интерпретации данных лабораторных исследований.

В исследовании J. Kim и S. Kim отмечалась вероятность возникновения аутоиммунной реакции, затрагивающей внутренние органы, в частности легкие.

Аутореактивные Т-клетки и IgG-аутоантитела, нацеленные против гетерогенных антигенов, включая плакины и десмосомальные кадгерин-1, играют ключевую патогенетическую роль в развитии паранеопластической пузырчатки, способствуя как клеточным, так и гуморальным механизмам повреждения тканей.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Генетические исследования показали, что паранеопластическая пузырчатка ассоциирована с наличием аллели DRB1\*03 и аллели HLA-Cw\*14, причем данные генетические корреляции имеют наибольшую выраженность у представителей европеоидной и монголоидной расовой групп (в частности, китайской популяции), по сравнению с другими этническими группами.

На данный момент не обнаружено значимых ассоциаций с другими генами вне системы HLA, указывающих на восприимчивость к заболеванию. Проводятся дальнейшие генетические исследования, направленные на выявление дополнительных диагностически значимых генетических маркеров, которые могут способствовать ранней диагностике и более точной индивидуализации терапевтических подходов.

Дополнительные генетические данные могут способствовать пониманию молекулярных механизмов патогенеза заболевания, а также обеспечить основу для разработки новых стратегий лечения, направленных на коррекцию дефектов клеточной адгезии, обусловленных дисфункцией десмоглеинов и сопутствующих им белков.

Суммарно, современные подходы к диагностике и лечению паранеопластической пузырчатки требуют комплексного междисциплинарного взаимодействия, поскольку патологический процесс характеризуется множественными морфологическими и молекулярными изменениями, происходящими на клеточном уровне.

Научно-исследовательские данные, полученные в ходе многочисленных клинических, иммунологических и генетических исследований, демонстрируют, что данное заболевание представляет собой относительно редкую, но высококритичную форму кожного дерматоза, ассоциированного с онкологическим процессом, что подчеркивает необходимость его раннего выявления и корректного диагностического подхода для своевременной терапии.

Ввиду сложности формирования патогенетических механизмов, охватывающих как клеточные, так и системные ответные реакции, дальнейшие исследования требуют применения современных молекулярно-биологических методов, позволяющих оценить экспрессию специализированных белковых комплексов, иммунный статус клеток и генетическую предрасположенность, что имеет прямую практическую значимость для разработки оптимизированных терапевтических стратегий.

Совокупность данных, полученных в результате клинического наблюдения, патогенетических исследований и генетического анализа, позволяет сформировать интегрированную модель заболевания, охватывающую как локальные, так и системные патологии, что, в свою очередь, способствует совершенствованию диагностических алгоритмов и корректировке лечебных протоколов в зависимости от специфических морфологических и молекулярных особенностей, выявляемых в ходе исследований.

Таким образом, паранеопластическая пузырчатка является многофакторным аутоиммунным заболеванием, развитие которого обусловлено сложными взаимодействиями между клеточными и гуморальными механизмами иммунного ответа. Дополнительные исследования в области иммунологии и генетики позволяют не только уточнить патогенетические механизмы развития данного дерматоза, но и определить новые диагностические и терапевтические мишени, способствующие повышению эффективности лечения, а также минимизации системных осложнений, возникающих в результате полиорганного поражения.

В настоящее время продолжается сбор и анализ данных, представленных в клинических исследованиях и многопрофильных лабораторных исследованиях, что в перспективе позволит интегрировать новые знания в стандартизированные руководства для практикующих врачей, гарантирующие более высокую точность диагностики и своевременное начало лечения.

## СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В период с 2016 по 2022 год было госпитализировано в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ 26 пациентов с клиническим подозрением на паранеопластическую пузырчатку. При последующем анализе архивных данных, а также детальном изучении непосредственно собранных клинических сведений, было установлено, что морфологическим подтверждением диагноза обладает 16 пациентов, при этом у 2 из них изъято по 2 образца тканей, каждый из которых демонстрировал морфологические признаки паранеопластической пузырчатки.

У всех 16 пациентов начальная стадия заболевания характеризовалась выраженным проявлением поражения слизистой оболочки полости

рта. Данное поражение сопровождалось эрозивными очагами, проявившимися в форме выраженной болезненности. В динамике наблюдалось, что в течение последующих 2–6 недель очаги поражения распространялись также на кожу, при этом эрозивные участки в течение нескольких дней осложнялись возникновением вторичной пиодермии.

В рамках дальнейшего наблюдения за пациентами в течение первого года заболевания у 5 субъектов было выявлено поражение легочной ткани, которое специалисты-пульмонологи интерпретировали как облитерирующий бронхолит; кроме того, у 4 пациентов диагностировано нарушение функций органов зрения.

При проведении детального морфологического исследования обнаруживались внутриэпидермальные пузыри, а также отмечались явления акантолиза и выраженная вакуолизация цитоплазмы отдельных клеток базального слоя эпидермиса. В верхних слоях дермы регистрировались периваскулярные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфогистиоцитарных клеток с примесью эозинофилов, что свидетельствует о выраженной иммунной реакции в данной патологической зоне.

При выполнении реакции прямой иммунофлюоресценции с использованием FITC-меченных антител к различным иммуноглобулинам (IgA, IgM, IgG) и компоненту с3с на замороженных срезах наблюдались следующие комбинации свечения:

- межклеточное свечение IgG, что свидетельствует об интерцеллюлярном распределении данного иммуноглобулина;
- линейное распределение компонента с3с вдоль базальной мембраны, что указывает на специфический вариант локализации иммунных комплексов;
- также фиксировалось линейное свечение IgM вдоль базальной мембраны;
- при этом свечение IgA отсутствовало, что соответствует характерной картине патологии.

Проведенный клинический анализ позволяет сделать вывод о том, что начальная стадия паранеопластической пузырчатки преимущественно локализуется на слизистых оболочках, в частности в полости рта, и с дальнейшим развитием заболевания происходит ее распространение на кожные покровы с частым осложнением вторичной пиодермией.

Дальнейшие морфологические исследования выявили наличие внутриэпидермальных пузырей, выраженные явления акантолиза, а также вакуолизация цитоплазмы отдельных клеток базального слоя, что подтверждает патогенность процесса. Дополнительно, в верхних слоях дермы отмечались периваскулярные инфильтраты, включающие лимфогистиоцитарные клетки с примесью эозинофилов, что также является объективным маркером воспалительной реакции.

Вышеупомянутые результаты подтверждаются строгой методикой сбора клинических данных и последующим применением морфологического анализа с использованием современных методов иммунофлюоресцентной диагностики, что позволяет с высокой достоверностью интерпретировать полученные данные в контексте патогенеза паранеопластической пузырчатки.

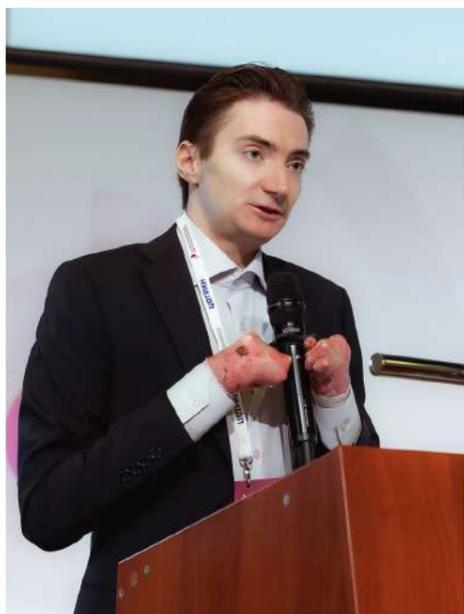
Данные исследования представляют собой важный вклад в развитие методов диагностики и коррекции данного патологического процесса, позволяя установить статистически значимые корреляции между клинической картиной и морфологическими изменениями тканей.

Полученные результаты могут служить основой для дальнейших исследований патологических механизмов и разработки новых методов терапевтического воздействия, что требует проведения дополнительных исследований с расширенной выборкой пациентов и применением мультидисциплинарного подхода в оценке прогноза заболевания.

## ПРАВО

# Особенности работы медицинских работников с медицинскими персональными данными и врачебной тайной

ВОПРОС ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, А ТОЧНЕЕ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИНЦИПОВ И ПРАВИЛ ЗАКОННОСТИ ОБРАБОТКИ, НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ЯВЛЯЕТСЯ КАК НИКОГДА АКТУАЛЬНЫМ, ЭТОТ ВОПРОС СТАНОВИТСЯ ОСОБЕННО ЗНАЧИМЫМ И ОСТРЫМ, КОГДА ЭТИ ДАННЫЕ СОСТАВЛЯЮТ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ. ЭТО ОБУСЛОВЛЕНО ТЕМ, ЧТО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ КАК СТЕПЕНЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ТЕХ, КТО РАБОТАЕТ С ЭТИМИ ДАННЫМИ, ТАК И ПОТЕНЦИАЛЬНО ВОЗМОЖНЫЙ ВРЕД, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ НАНЕСЕН ПАЦИЕНТУ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОПЕРАТОР ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ЛИЦО, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЕ ИХ ОБРАБОТКУ) НЕ СОБЛЮДАЕТ ПРИНЦИПЫ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ТРЕБОВАНИЯ ЗАКОНА.



И. В. Чувствинов

Согласно п. 1 ст. 3 Закона о Персональных данных под персональными данными понимается любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных). Основной целью персональных данных является индивидуализация конкретного лица, что подтверждается судебной практикой: «персональными данными являются сведения, направленные «на идентификацию личности в широком смысле данного понятия», данные «не только об идентификационных характеристиках личности как физического лица, т. е. фамилии, имени, отчестве, дате рождения и т. п., но и о ее биографии, навыках, профессиональных характеристиках» (Определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 25 февраля 2020 г. № 88-4063/2020).

При этом персональные данные, являющиеся специальной категорией — сведениями о состоянии здоровья, также являются сведениями, составляющими врачебную тайну. Так, например, согласно ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «**Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну**». Таким образом, врачи и медицинские организации, работая с данными пациентов, вынуждены соблюдать требования сразу двух законов.

Согласно данным Роскомнадзора (РКН), только в 2024 году в сеть утекло более 710 млн записей о россиянах. Неутешительным является и то, что от года к году количество утекающих данных только растет.

Все это побуждает государство постоянно совершенствовать различные механизмы борьбы с утечками, а также ужесточать ответственность, которая наступает за нарушение законодательства о защите персональных данных.

Регулирование данных и вопросов врачебной тайны является особо чувствительной и важной сферой в жизни общества и государства. Это связано с тем, что недобросовестное или незаконное использование персональных данных наносит существенный вред как отдельным гражданам, так и обществу в целом. В первую очередь это выражается в росте случаев мошенничества, связанного с незаконным использованием персональных данных, утечками и негативными последствиями, которые ложатся тяжелым бременем на плечи граждан.

В 2020-х тенденция на ужесточение регулирования продолжилась, равно как и продолжилось внесение в КоАП изменений, усиливающих ответственность за нарушение персональных данных.

Достаточно значимые изменения были внесены в 2021 году в Закон о защите персональных данных. Так, например, был установлен новый порядок согласования трансграничной передачи персональных данных. В частности, теперь передачу ПД граждан РФ можно осуществлять только после получения от РКН соответствующего согласия. При этом далеко не в каждую страну РКН дает согласие на передачу. Например, есть перечень «надежных» стран, то есть тех, которые, по мнению РКН, могут обеспечить надежную защиту ПД, на передачу в них согласие можно получить с большей вероятностью (Приказ Роскомнадзора от 15.03.2013 № 274 (ред. от 14.09.2021) «Об утверждении перечня иностранных государств, не являющихся сторонами Конвенции Совета Европы о защи-

те физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных и обеспечивающих адекватную защиту прав субъектов персональных данных»).

Также были установлены новые сроки реагирования операторов ПД (то есть тех, кто осуществляет их обработку) на обращения субъектов ПД. Появилось и новое требование к размещению политики обработки ПД на всех страницах интернет-сайта, на которых ведется сбор ПД операторами, а не на одной странице сайта, как это делалось раньше.

Одним из таких красноречивых примеров являются недавние поправки в уголовный кодекс (УК РФ) и кодекс об административных правонарушениях (КоАП РФ).

Важной особенностью новых поправок, ужесточающих административную ответственность, является то, что они касаются как увеличения штрафов за уже существующие в КоАП РФ составы правонарушений, так и установление новых составов.

Теперь за обработку персональных данных, не совместимую с целями сбора, предусмотрена ответственность для юридических лиц от 150 000 до 300 000 рублей. Под обработкой, несовместимой с целями сбора, можно понимать ситуацию, в которой пользователь дал согласие на обработку его данных для целей регистрации на сайте и создания личного кабинета. Предоставил владельцу сайта через регистрационную форму свои ФИО, номер телефона и email, проставил «галочку» в чек-боксе, где было указано, что он дает согласие на сбор и обработку его данных для регистрации. А вла-

делец сайта эти данные переслал сторонней организации, которая начала беспокоить пользователя активными рекламными звонками или смс-рассылкой.

Увеличился и штраф за повторное нарушение, описанное выше, теперь он стал варьироваться от 300 000 до 500 000 рублей.

Из новых составов нарушений добавились штрафы за неуведомление или несвоевременное уведомление Роскомнадзора о намерении осуществить обработку персональных данных. Часть 1 статьи 22 Закона о защите персональных данных установлена обязанность оператора данных перед началом обработки уведомить Роскомнадзор о намерении осуществлять обработку персональных данных. Подается такое уведомление через заполнение специальной формы на сайте РКН либо путем направления уведомления по форме в бумажном виде в РКН. После получения такого уведомления РКН включал соответствующее лицо в список операторов персональных данных.

При этом раньше ответственности за невыполнение этой обязанности не устанавливалось, из-за чего многие компании пренебрегали обязанностью и игнорировали ее, обрабатывая персональные данные без уведомления РКН.

Теперь за неуведомление установлен штраф для компаний в размере от 100 000 до 300 000 рублей.

Особого внимания заслуживают и новые составы за утечки персональных данных. Размер ответственности зависит от количества утекших данных и варьируется от 5 000 000 до 15 000 000 рублей для компаний, а в случае



**ПРАВО**

утечки персональных данных специальных категорий, например, данных о состоянии здоровья или половой принадлежности, — размеры штрафов для компаний являются оборотными. Это значит, что размер штрафа исчисляется в виде процента от совокупного размера выруч-

ки за год, предшествующий году, в котором была утечка. Сейчас минимальный размер процента оборотного штрафа составляет 0,1%, а максимальный 3%.

Более полные данные обо всех изменениях можно почерпнуть в таблице.

Нарушение / Статья	Размер штрафа в актуальной версии закона	Размер штрафа, предлагаемый Законопроектом
Обработка ПД в случаях, не предусмотренных законом / ч. 1 ст. 13.11 КоАП	для генерального директора от <b>10 000</b> до <b>20 000</b> рублей	для генерального директора от <b>50 000</b> до <b>100 000</b> рублей
	для юридического лица от <b>60 000</b> до <b>100 000</b> рублей	для юридического лица от <b>150 000</b> до <b>300 000</b> рублей
Обработка ПД, несовместимая с целями сбора / ч. 1 ст. 13.11 КоАП	для генерального директора от <b>10 000</b> до <b>20 000</b> рублей	для генерального директора от <b>50 000</b> до <b>100 000</b> рублей
	для юридического лица от <b>60 000</b> до <b>100 000</b> рублей	для юридического лица от <b>150 000</b> до <b>300 000</b> рублей
Повторный сбор ПД в случаях, не предусмотренных законом; либо обработка ПД, несовместимая с целями сбора / ч. 1.1 ст. 13.11 КоАП	для генерального директора от <b>20 000</b> до <b>50 000</b> рублей	для генерального директора от <b>100 000</b> до <b>200 000</b> рублей
	для юридического лица от <b>100 000</b> до <b>300 000</b> рублей	для юридического лица от <b>300 000</b> до <b>500 000</b> рублей
Неуведомление или несвоевременное уведомление оператором Роскомнадзора о намерении осуществить обработку ПД	Компания не уведомила Роскомнадзор до начала обработки ПД клиентов	для юридического лица от <b>100 000</b> до <b>300 000</b> рублей
Неуведомление или несвоевременное уведомление оператором Роскомнадзора о намерении осуществить обработку ПД, если установлена утечка ПД	Компания не уведомила Роскомнадзор до начала обработки ПД клиентов, и в результате проведенной проверки Роскомнадзора или в результате судебного процесса был установлен факт утечки ПД у компании	для юридического лица от <b>1 000 000</b> до <b>3 000 000</b> рублей
Утечка персональных данных в отношении от 1 000 до 10 000 субъектов ПД	Компания допустила утечку ПД от 1 000 до 10 000 своих клиентов	для юридического лица от <b>3 000 000</b> до <b>5 000 000</b> рублей
Утечка персональных данных в отношении от 10 000 до 100 000 субъектов ПД	Компания допустила утечку ПД от 10 000 до 100 000 своих клиентов	для юридического лица от <b>5 000 000</b> до <b>10 000 000</b> рублей
Утечка персональных данных в отношении более 100 000 субъектов ПД	Компания допустила утечку ПД в отношении более чем 100 000 своих клиентов	для юридического лица от <b>10 000 000</b> до <b>15 000 000</b> рублей
Повторная утечка ПД в отношении более чем 1 000 субъектов ПД в течение года с даты реализации наказания за первую утечку	Компания допустила утечку ПД в отношении более чем 1 000 своих клиентов	для юридического лица от <b>1%</b> до <b>3%</b> от совокупного размера выручки за год, предшествующий году, в котором была утечка, но <b>не менее 15 000 000</b> и <b>не более 500 000 000</b> рублей
Утечка ПД, относящихся к специальным категориям	Компания добавила в регистрационную форму на своем сайте графу для заполнения данных о национальности клиентов или их религиозных взглядах, впоследствии в отношении этих данных произошла утечка	для юридического лица от <b>10 000 000</b> до <b>15 000 000</b> рублей

Особо остро вопрос обработки персональных данных встает, когда речь заходит об обработке сведений, составляющих врачебную тайну.

Таким образом, у медицинских организаций и врачей существенно возросла ответственность в области обработки данных пациентов.

В связи с этим, им необходимо:

(i) согласовать реально существующие процессы обработки персональных данных с тем, что у них указано в политиках обработки данных и в согласиях, которые дают субъекты персональных данных;

(ii) также необходимо направить уведомления в РКН об обработке персональных данных;

(iii) наконец, в целях защиты от утечек, необходимо соблюдать технические меры, направленные на обеспечение безопасности обрабатываемых персональных данных.

В Законе о защите персональных данных установлен открытый перечень технических

мер, которые необходимо соблюдать компаниям, в зависимости от типа и объема обрабатываемых данных перечень принимаемых мер всегда будет отличаться. Что в свою очередь наталкивает бизнес на понимание того, что для целей соблюдения требований законодательства о персональных данных необходимо проводить внешний аудит по соблюдению законодательства о защите персональных данных.

Таким образом, тенденция, которая сложилась на сегодняшний день говорит о том, что внимание государства сфокусировано на усилении контроля за такой значимой сферой, а также на ужесточении ответственности за несоблюдение требований законодательства. Эта тенденция ожидаемо останется и в ближайшем будущем.

*И. В. Чувствинов*

**НОВОСТИ**

# ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» принял участие во Всемирном дне качества-2025!

С 10 по 16 ноября 2025 года в Российской Федерации прошла Всемирная неделя качества, в рамках празднования Всемирного дня качества, который по традиции отмечается 13 ноября.

**В** этом году праздник проходил под девизом «Россия — страна со Знаком качества», который отразил общенациональные устремления к лидерству в сфере производства товаров и оказания услуг высокого качества и важнейшие векторы государственной политики, направленной на укрепление доверия к отечественной продукции и повышение статуса на международной арене. Как отметил первый заместитель председателя Правительства РФ Денис Мантуров: «День качества — праздник, который консолидирует профессиональное сообщество вокруг фундаментальных ценностей, определяющих не только экономическую эффективность, но и лидерство РФ в ключевых отраслях. Сегодня качество эволюционирует, становится системообразующим принципом и стратегическим активом, который позволит формировать основы для устойчивого развития».

Центральным событием недели стал Международный Форум «Всемирный день качества — 2025», который явился масштабной площадкой для обсуждения вопросов, связанных с качеством и устойчивым развитием, обмена опытом и открытого, конструктивного диалога между федеральными и региональными органами власти, представителями бизнеса, общественных организаций, представителями сферы услуг, медицинского сообщества и конечными потребителями.

ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», как Лауреат Премии Правительства РФ в области качества, был приглашен на стратегическую сессию «Премия

Правительства РФ в области качества: Лидеры здравоохранения», чтобы поделиться своим уникальным опытом участия в Премии.

На стратегической сессии Центр представили: директор ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», д.м.н., проф. Потеев Николай Николаевич, заместитель главного врача по КЭР, к.м.н. Поршина Оксана Владимировна и руководитель отдела менеджмента качества, к.соц.н, доцент Калабухова Галина Валентиновна.

Сессия была посвящена ключевым идеям и предложениям, основанным на опыте участия организаций в конкурсе Премии Правительства РФ в области качества, касающимся особенностей применения критериев модели Премии Правительства РФ в области качества в медицинских организациях, а также факторов успеха и ограничений, выявленных в процессе самооценки и внешней оценки.

Оксана Владимировна Поршина в своем выступлении рассказала об использовании критериев Модели для оценки качества медицинской помощи пациентам с тяжелыми орфанными заболеваниями.

По итогам стратегической сессии экспертами было выработано решение о необходимости адаптации Модели Премии Правительства РФ в области качества в здравоохранении для медицинских организаций, а также была единогласно поддержана инициатива ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» о необходимости включения в один из критериев Модели, оценку качества работы медицинских учреждений с орфанными пациентами.



ФОТОРЕПОРТАЖ

# Дерматовенерология и косметология: от инноваций к практике

## КАЛУГА 03.10



## ЕКАТЕРИНБУРГ 20-21.11



## СТАВРОПОЛЬ 11.12



## НОВОСТИ

## В Кемеровском государственном медицинском университете состоялась первая студенческая олимпиада по дерматовенерологии

29 ОКТЯБРЯ 2025 ГОДА НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ УНИВЕРСИТЕТА СОСТОЯЛОСЬ ЗНАКОВОЕ СОБЫТИЕ — ПЕРВАЯ В ИСТОРИИ ВУЗА СТУДЕНЧЕСКАЯ ОЛИМПИАДА ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО И ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ 4–6 КУРСОВ. МЕРОПРИЯТИЕ СТАЛО УНИКАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКОЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПОДДЕРЖКИ САМЫХ ТАЛАНТЛИВЫХ И ПЕРСПЕКТИВНЫХ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ.

Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Ольга Янец отметила, что проведение первой внутривузовской олимпиады по дерматовенерологии в Кемеровском государственном медицинском университете — значимое событие для кафедры и всего университета. «Олимпиада — это не только проверка теоретической подготовки, но и возможность для студентов проявить себя в решении практических задач, что крайне важно для будущих врачей. Мы надеемся, что это станет доброй традицией и будет способствовать дальнейшему развитию студенческого научного движения в нашем университете», — заключила она.

Победителем олимпиады стала студентка 5 курса лечебного факультета Алина Шевцова.

«Это был бесценный опыт! Задания были сложными, но невероятно интересными. Особенно запомнился клинический разбор случаев, где нужно было поставить диагноз и предложить тактику лечения. Это полностью переворачивает представление о теории из



учебников и заставляет думать как практикующий врач. Спасибо за такую возможность!», — подчеркнула она.

Поздравляем всех победителей и участников! Ваш энтузиазм и глубокие знания — это залог светлого будущего российской медицины.

## В Туве открылся первый в Сибирском федеральном округе Центр генных дерматозов

Центр создан в рамках совместного проекта Министерства здравоохранения Республики Тыва и благотворительного фонда «Дети-бабочки». Его главная цель — совершенствование системы медицинской и социальной поддержки пациентов с генными и хроническими дерматозами: буллезным эпидермолизом, ихтиозом, псориазом, атопическим дерматитом и другими заболеваниями. Здесь пациенты смогут пройти диагностику, наблюдение у специалистов, получить медико-социальное сопровождение и расчет необ-

ходимых лекарственных препаратов. При необходимости предусмотрено направление к врачам смежных специальностей, ведь многие генетические заболевания кожи сопровождаются осложнениями со стороны внутренних органов. «Создание Центра генных дерматозов — важный шаг для всей системы здравоохранения региона. Мы делаем все, чтобы пациенты с редкими и хроническими кожными заболеваниями могли получать современную, комплексную помощь здесь, в Туве, не выезжая в другие регионы», — отметил министр здравоохранения Республики Тыва Анатолий Югай.



## ЮБИЛЕИ

7 ноября отметила свой юбилей Лариса Николаевна Катамадзе.

С 1989 года, после окончания клинической ординатуры, по настоящее время Лариса Николаевна работает врачом-дерматовенерологом консультативно-диагностического отделения Государственного учреждения здравоохранения «Краевой кожно-венерологический

диспансер». Стаж работы в здравоохранении — 44 года, стаж работы по специальности — 38 лет. В 2002 году юбиляру присвоена высшая квалификационная категория по специальности «Дерматовенерология».

У Ларисы Николаевны семь публикаций в профильных научно-практических изданиях центрального значения, таких как: «Уральский Медицинский журнал», «Вестник дерматологии и венерологии», «Забайкальский медицинский журнал». Как специалист-наставник она передает свой накопленный опыт молодым специалистам, ее ординаторы отмечают профессиональную компетентность и способность доступно разобрать клинические случаи. Пользуется авторитетом и заслуженным уважением среди коллег, а за период работы не поступило ни одной жалобы от пациентов и их родственников на нетактичное поведение Ларисы Николаевны или некачественно оказанную ей медицинскую помощь.

От всей души поздравляем с юбилеем, желаем здоровья и дальнейшего процветания!



## ГБУЗ ТОКВКД вновь в 100 лучших!

В этом году вот уже в 28-й раз прошел Всероссийский конкурс «100 лучших товаров России» — масштабная инициатива, объединяющая производителей продукции и услуг по всей стране. Данное мероприятие стимулирует предприятия и учреждения на улучшение качества продукции, снижение негативного воздействия производства на окружающую среду, обеспечение безопасности товаров и услуг.

ГБУЗ ТОКВКД четвертый год подряд принимает участие в этом конкурсе и вновь одержал победу! В этом году учреждение стало лауреатом Всероссийского этапа и получило право на товарный знак «100 лучших товаров России» с услугой по выявлению новообразований кожи, инфекционных и паразитарных дерматозов, болезней придатков кожи и других болезней кожи на аппарате «Дерматоскоп РДС-2 цифровой «Россия». Данный метод исследования позволяет получать и выводить онлайн увеличенное цветное изображение осматриваемых участков для детального изучения придатков, родинок, бородавок и других образований для проведения динамического наблюдения за мель-



чайшими деталями всех кожных образований. Также с помощью программного обеспечения в процессе обследований создается «паспорт кожи» пациента.

## МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ №12 (52)

Свидетельство о регистрации: ПИ №ФС 77-51552 от 26.10.2012 г.

Учредитель: Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»

Адрес редакции: 119071, Москва, Ленинский проспект, д. 17

E-mail: klinderma@inbox.ru, pressderma@yandex.ru

Главный редактор — Потекаев Н.Н.

Зам. главного редактора — Доля О.В.

Зам. главного редактора — Жукова О.В.

Научный редактор — Поршина О.В.

Шеф-редактор — Николаева Н.В.

Редактор — Шевцова В.В.

По вопросам размещения рекламы — Кочеткова И.Л. Тел.: +7 903 108 36 35

## Редакционная коллегия:

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Дальневосточного федерального округа — **Аршинский М.И.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Северо-Кавказского федерального округа — **Земцов М.А.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Уральского федерального округа — **Зильберберг Н.В.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Сибирского федерального округа — **Новиков Ю.А.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Северо-Западного федерального округа — **Разнатовский К.И.**

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Южного федерального округа — **Темников В.Е.**

## Периодичность: 4 номера в год

Газета набрана и сверстана в ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС»,

отпечатана в ООО «Борус-Пресс».

300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6

Тираж: 5000 экземпляров

Цена свободная. Номер подписан 12.12.2025

Время подписания в печать: по графику 09:00, фактическое 10:00.

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский дерматолог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.

“  
**ДОКТОР МЕНЯ  
НЕ УЗНАЕТ!**  
”

## ВЫ МОЖЕТЕ УДИВИТЬСЯ, КОГДА УВИДИТЕ ПАЦИЕНТА СНОВА!

БОЛЕЕ 80% ПАЦИЕНТОВ УДЕРЖИВАЮТ **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОТВЕТ**  
**В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ<sup>1</sup>** БЛАГОДАРИЯ ТОМУ, ЧТО ТРЕМФЕЯ:

- СПОСОБСТВУЕТ ПОЛНОМУ ОЧИЩЕНИЮ КОЖИ\*
- ОБЛАДАЕТ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ,  
СОПОСТАВИМЫМ С ПЛАЦЕБО<sup>2-4</sup>
- ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛЬНОЕ ОБЛЕГЧЕНИЕ СУСТАВНЫХ  
ПРОЯВЛЕНИЙ<sup>5</sup>

\* 53% ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГУСЕЛЬКУМАБ, ДОСТИГЛИ И УДЕРЖИВАЛИ PASI 100 В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ VOYAGE-1<sup>1,2</sup> PASI (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX) - ИНДЕКС РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА.

1. REICH K, ET AL. BR J DERMATOL. 2021;185(6):1146-1159. 2. BLAUVELT A. ET AL. J AM ACAD DERMATOL 2022 APR;86(4):827-834. 3. BLAUVELT A. ET AL. J AM ACAD DERMATOL 2017;76:405-417. 4. LANGLEY RG. ET AL. BR J DERMATOL 2018;178:114-123. 5. MCLNNES IB. ET AL. ARTHRITIS RHEUMATOL 2021;74(3):475-485.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПРЕПАРАТА И ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРИНИМАЮЩАЯ ПРЕТЕНЗИИ:  
ООО «ДЖОНСОН & ДЖОНСОН», РОССИЯ, 121614, Г. МОСКВА, УЛ. КРЫЛАТСКАЯ, Д. 17, КОРП. 2.  
ТЕЛ. (495) 755-83-57, ФАКС: (495) 755-83-58. СР-477163 ОКТЯБРЬ 2024



Инструкция  
по медицинскому  
применению и общая  
характеристика  
лекарственного  
препарата Тремфрея

**Johnson & Johnson**