

ИНТЕРВЬЮ

Выходит в свет первое национальное Руководство по косметологии — какую пользу получит практикующий врач?

НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕЧАЕТ РЕДАКТОР КНИГИ, ПРОФЕССОР **ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА КОРОЛЬКОВА**, Д.М.Н., ЗАВЕДУЮЩАЯ КАФЕДРОЙ КОСМЕТОЛОГИИ СЗГМУ ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ), ВИЦЕ-ПРЕЗИДЕНТ НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ, ЧЛЕН ПРОФИЛЬНОЙ КОМИССИИ МИНЗДРАВА РОССИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КОСМЕТОЛОГИЯ», ПРЕДСЕДАТЕЛЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ-КОСМЕТОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.



— В мае этого года в нашей стране выходит первое издание национального руководства по косметологии. Какие главные цели ставил перед собой коллектив авторов при создании книги, и какую основную пользу, по вашему мнению, от нее получают практикующие косметологи?

— Главная цель — дать объем знаний, необходимый для практикующего врача-косметолога. Слишком много появилось учебных центров, связанных с распространением косметической продукции, в которой они заинтересованы. Им важна только продажа продвигаемых ими средств, поэтому и обучение связано только с их применением.

— Именно косметологи — это и есть основная аудитория ваших читателей, или есть кто-то еще?

— В первую очередь, конечно, врачи-косметологи. Но могут быть и другие специали-

сты, работающие в области косметологии. Мне кажется, что и производители косметики, медицинских изделий, аппаратов поинтересоваться, чем дышит современная косметология. А студенты, которые выбирают себе будущую работу в медицине? Убеждена, что и им окажется полезной и интересной наша книга.

— Первая глава книги посвящена организационным вопросам в косметологии. Может ли читатель получить здесь основной объем информации по этой теме, и тогда к юристу нужно будет обращаться только в самых сложных случаях?

— Основной объем информации изложен. По крайней мере, читатель руководства будет иметь представление об организации косметологической службы, чтобы понять, кто такой

Продолжение на стр. 2

6

Итоги 19 Всероссийского Съезда НАДК



8

Дерматологические проявления некоторых ревматологических заболеваний



11

Юбилейный форум в Петербурге объединил ведущих онкологов и смежных специалистов со всей России

ИНТЕРВЬЮ

Окончание. Начало на стр. 1

«надомник», что считается правонарушениями в работе косметолога и так далее.

После ознакомления с этой главой читатель сможет правильно формулировать вопросы к юристу и, вернувшись при необходимости к руководству, лучше понять изложенную этим юристом информацию. Но этот раздел мы поручили написать не юристу, а эксперту с многолетним опытом по организации здравоохранения именно в направлении косметологии.

— **Вторая и третья главы рассказывают об анатомии и физиологии кожи, в том числе головы. Но часто ли вашим коллегам приходится обращаться к этим темам с учетом того, что в своей повседневной практике они и так уже много лет и изо дня в день «работают» по этим частям тела? Каких знаний им здесь может не хватать?**

— Вот этих знаний может и не хватать! И именно на примере этих глав я хотела бы показать, насколько тщательно мы отбирали авторов для различных частей нашей книги. Целая команда из шести экспертов готовила этот материал. Причем мы пригласили лучших российских специалистов, каждый из которых рассказал о своей отлично знакомой ему теме, например, физиологии гиподермы, потовых желез, волосяного фолликула или аппарата ногтя. И еще очень важно то, что акцент в этих главах был сделан не на общей анатомии и физиологии данных частей тела, а именно на тех особенностях, которые прежде всего важны косметологу в его практической работе.

— **Далее в руководстве описаны диагностические методы. Удалось ли вам собрать здесь всю необходимую информацию по базовым методам косметологических исследований? Много ли все-таки остается инновационных, но при этом дорогих и мало-доступных методов, о которых вы не рассказываете?**

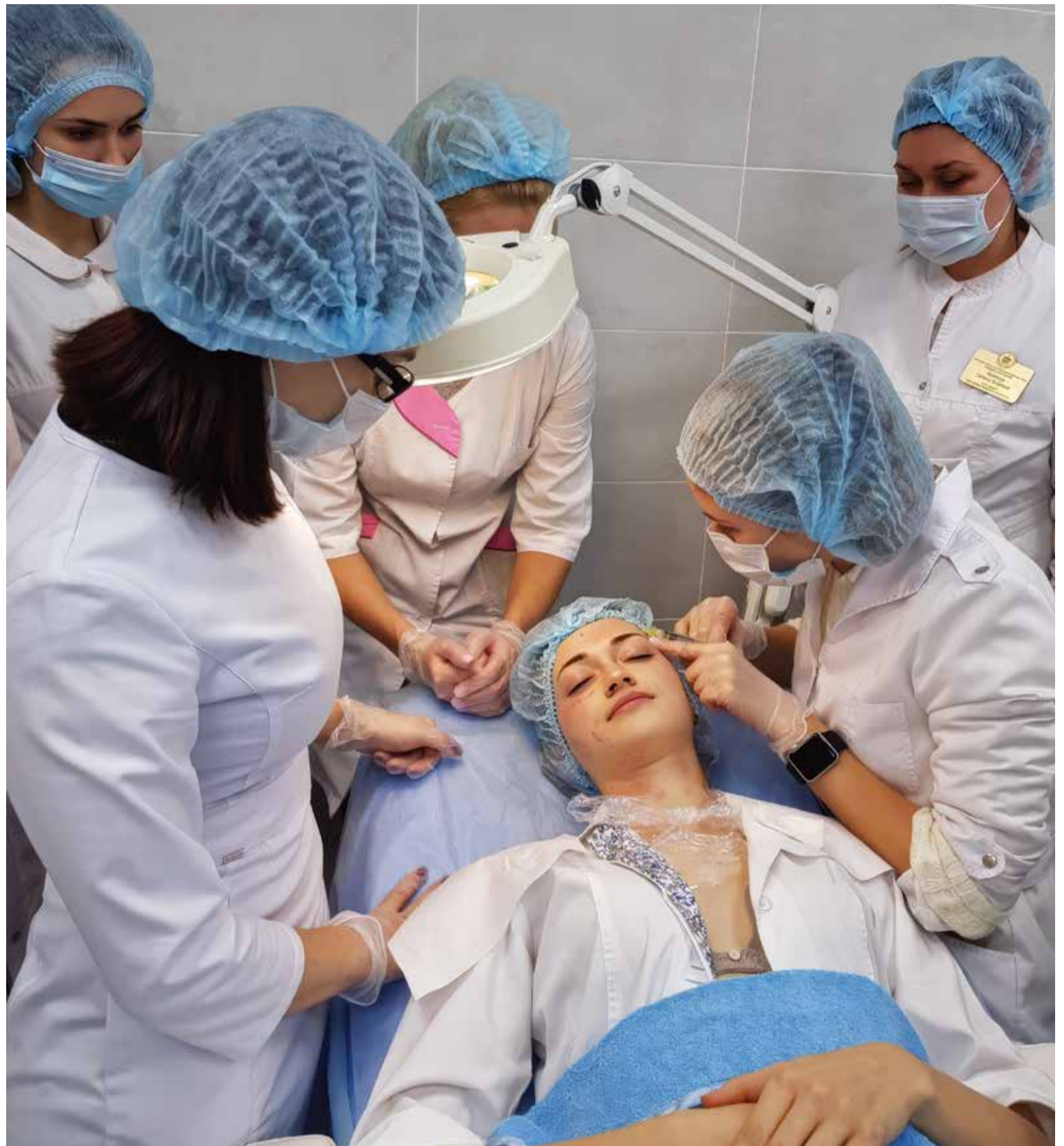
— В нашей книге представлены диагностические методы, которые именно сегодня наиболее широко и активно используются в отечественной косметологии. И в этом, как мне кажется, и заключается актуальность данной главы. Однако появляются все новые научные достижения в диагностике состояний кожи, а значит, в следующих изданиях мы обязательно их опишем.

— **Пятая глава, по-моему, получилась как краткая, но очень емкая энциклопедия, где говорится о косметологических средствах для ухода за самыми разными типами кожи: мужчин, детей, этнической кожей, пациентов с разными болезнями и так далее. Но специальной подглавы для женской кожи нет, а почему?**

— Интересно, что вы это заметили! Мы всегда традиционно говорим о женской коже, поэтому в названии и не указали данную тему. А все остальные — это особенности строения по сравнению с женской кожей. Нельзя исключить, что косметологи крайне бы удивились, увидев в заглавии «женская кожа». Примечательно, что автор главы тоже об этом не подумал. Так что повторю — таковы традиции нашей старейшей и востребованной прежде всего среди прекрасного пола профессии.

— **Далее в руководстве изложен его самый большой раздел — свыше трети объема всей книги — старение лица и шеи и инвазивные и неинвазивные методы профилактики и коррекции внешних признаков старения. Как вы считаете, какое преимущество получит читатель руководства, если будет знакомиться с этими ключевыми косметологическими темами именно по вашей книге, а не другим источникам?**

— Профилактика и коррекция уже имеющих признаков старения — самая распространенная и важная тема в косметологии. Мы даем базовые знания. А развиваться можно по дополнительной литературе, мастер-классам и другим источникам.



— **Почему в следующей главе, посвященной аппаратным технологиям на основе различных видов энергии в эстетической медицине, вы специально остановились именно на этих методиках?**

— На самом деле, это очень сложное направление. И заслуга авторов этой главы состоит в том, что они представили его вполне доступно, но сохранив при этом самую важную и необходимую коллегам в их повседневной работе информацию. Классификации аппаратов в косметологии, в отличие от физиотерапии, до нашего описания не было. Кроме того, постоянно появляются новые технические изделия. Приведенное описание аппаратов по факторам воздействия на кожу позволяет понять их возможности, показания, противопоказания и осмысленно представлять действие вновь появляющихся устройств.

— **А вот следующая глава «Трихология» получилась совсем небольшой. Это оправдано тем, что коррекция нарушений волос занимает относительно небольшое место в работе косметолога?**

— Трихология — это серьезная ветвь дерматологии, косметологи могут внести свой вклад в это направление, который заключается в том, что коллегам следует правильно поставить диагноз и направить пациента к нужному врачу-специалисту.

— **В главе «Новообразования кожи» речь идет не только о доброкачественных, но и о злокачественных опухолях кожи. Ставили ли перед**

собой авторы Руководства такую цель — повысить онконастороженность коллег?

— Конечно, ставили! Если пациент впервые обратился к косметологу, и есть подозрение на начало развития злокачественного новообразования, человек должен получить от этого специалиста правильный алгоритм действий. Порой нельзя терять времени и откладывать начало лечения.

— **Глава «Неотложные состояния в косметологии» занимает достаточно большой объем. Это оправданно? Действительно ли такие состояния пациента часто встречаются в практике врача-косметолога?**

— Даже если редко, косметолог обязан безотлагательно оказать правильную медицинскую помощь. Эти знания входят в программы подготовки всех врачей.

— **Сколько времени создавалось Руководство?**

— Написание книги коллективом из примерно 40 авторов ушло более двух лет.

— **Кто из ведущих российских специалистов дерматовенерологов и косметологов стал инициатором подготовки такой книги?**

— Идея создания Руководства принадлежит президенту НАДК профессору Николаю Николаевичу Потеевскому.

— **В чем заключалась ваша роль в подготовке книги?**

— Поскольку мне пришлось заниматься косметологией вместе с развитием этого направления в России, которое включало создание

в 2000 году первой кафедры косметологии и написание первых отечественных программ обучения косметологов, то, наверное, мне легче других было представить необходимый объем знаний для полноценного врача-косметолога.

Сначала нужно было написать план с основным содержанием будущей книги и выбрать лучших специалистов, способных грамотно отразить свою тему. А также получить одобрение и поддержку Н.Н. Потеевского, который продолжал курировать написание Руководства все те два года, что продолжалась эта работа.

— **Есть ли уже зарубежные публикации, подобные вашему руководству? Вы как-то учитывали опыт создания таких книг в мировой косметологии?**

— Конечно, учитывали. И не только зарубежные, но и замечательные отечественные труды. Понятно, что работы советских косметологов были лишены современных научных возможностей. Но принципиальные подходы к особенностям строения кожи, типам старения, важным вопросам профилактики остаются актуальными и сейчас.

В зарубежной литературе монографии либо посвящены конкретным техникам, либо учебные издания содержат набор самостоятельных глав, отражающих актуальные на момент издания вопросы. Безусловно авторы нашего руководства использовали накопленный опыт отечественной и зарубежной косметологии.

— **Как вы считаете, сможет ли ваша книга, ставшая настоящей энциклопедией совре-**

ИНТЕРВЬЮ

менной косметологии, использоваться как часть каких-то государственных образовательных программ, например, по подготовке косметологов еще в вузах или при последипломном образовании?

— Мы очень надеемся, что наше руководство будет использоваться врачами-косметологами при получении последипломного образования.

— Расскажите, пожалуйста, подробнее о педагогической и научной работе, которая ведется на руководимой вами кафедре. Знаю, что основными научными направлениями кафедры являются изучение механизмов изменения структуры и функции кожи при различных физиологических и патологических состояниях, а также способов их ранней и неинвазивной диагностики, разработка оптимальных методов терапии и коррекции патологических изменений и дефектов кожи и подкожной клетчатки.

— Наука, конечно, важна, но наше главное направление — учебная работа. У нас 10 оборудованных тематических учебных классов, и работают вместе со мной 10 преподавателей. Все коллеги уже защитили кандидатские диссертации, многие из них — доценты кафедры. В написании руководства приняли участие семь человек. Каждый из преподавателей развивает свое направление в косметологии, посвященное, например, ботулинотерапии, мезотерапии, контурной пластике, лазеротерапии, химическим пилингам, владеет многими техниками в косметологии и ведет амбулаторный прием пациентов.

Очень важное направление кафедры — научная работа. Для этого оборудованы два помещения. Одно для определения функциональных параметров кожи и фотографирования пациентов со своим старшим лаборантом, другое — для иммуногистохимических исследований кожи с соответствующим



оборудованием. Все диссертационные работы сотрудников выполнялись с использованием нашей научной базы.

Также мы проводим исследования для подтверждения заявленных свойств косметики, например, кремов, химических пилингов, средств с экзосомами и медицинских изделий, в том числе биоревитализантов, филлеров. Мы участвуем и в некоторых международных исследованиях по теме ботулотоксинов, изучаем возможности новых активных компонентов для косметологии.

— Остается ли у вас время на научную работу? Если да, то не могли бы вы привести пример исследования последних лет, выполненного вами и коллегами по кафедре, которое кажется вам наиболее интересным?

— Успешно рассказать о самой последней нашей работе, опубликованной в начале 2026 года в журнале «Клиническая дермато-

логия и венерология» и посвященной результатам исследования наружной экзосомальной терапии розацеа.

Хотя данная патология и не относится к тяжелым дерматозам, это заболевание с его характерным красным «штормом на лице» буквально обрушивает качество жизни женщины, трудно лечится и, по некоторым данным, достигает распространенности 20%. Вот почему так важен поиск новых средств для терапии этого дерматоза.

В косметологии в качестве инновационного неинвазивного метода профилактики и коррекции внешних признаков старения сегодня широко применяются экзосомы. Так называют микроскопические пузырьки, которые образуются внутри клеток и секретируются в межклеточное пространство без способности к репликации.

Экзосомы обладают мембраной и содержат белки, нуклеиновые кислоты, липиды и другие

биомолекулы. Подобные везикулы (их могут получать, например, из стволовых клеток дамасской розы) оказывают противовоспалительное действие, способствуют регенерации и восстановлению кожного барьера и оказывают другие позитивные эффекты на кожу, основанные прежде всего на патогенетически направленном влиянии на сосуды.

Но пока не было работ, где средства, содержащие экзосомы, применялись бы для лечения розацеа. Соответственно, целью нашей работы явилась оценка безопасности и эстетического результата применения включающих экзосомы косметических продуктов у пациенток с розацеа **эритематозно-телеангиэктатической и папуло-пустулезной формами.**

Участницы исследования получили 5 процедур с интервалом 7 дней. Результаты оценивались при каждом визите, а затем через 2 и 4 недели после последней процедуры. Для подобной оценки мы применяли анкетирование, фотографирование, корнео- и мексаметрию, метод определения трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ).

Уже спустя месяц после последней процедуры мы обнаружили достоверное и выраженное уменьшение степени эритемы (мексаметрия), укрепление барьерных свойств кожи (ТЭПВ), улучшение внешнего вида женщин. Это однозначно указывает на положительную клиническую динамику. Встречая наших пациенток еще через 2–6 месяцев после завершения исследования, мы обнаружили, что покраснение лица продолжило уменьшаться. Эритематозные проявления у женщин еще сохранялись, но прежней пылающей яркости не было.

Считаю, что косметические средства, включающие экзосомы и примененные нами в комплексной терапии эритематозно-телеангиэктатической и папуло-пустулезной розацеа, способны помочь пациенткам, страдающим подобным дерматозом.

Беседовал к.м.н. А. Рылов

МЕРОПРИЯТИЯ

Красота любой ценой: безопасность эстетической медицины

3 ИЮНЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ НА ПЕТЕРБУРГСКОМ МЕЖДУНАРОДНОМ ЭКОНОМИЧЕСКОМ ФОРУМЕ СОСТОЯЛАСЬ СЕССИЯ «КРАСОТА ЛЮБОЙ ЦЕНОЙ: БЕЗОПАСНОСТЬ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ».

Участниками сессии стали ведущие специалисты организаторы здравоохранения, заслуженные врачи. Модератором мероприятия выступила Марина Евгеньевна Ким — первый заместитель председателя комитета Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по информационной политике, информационным технологиям и связи. «Значимость темы красоты — не праздный интерес, это наше с вами здоровье и дальнейшее развитие индустрии напрямую зависит от нас с вами», — подчеркнула она в своем выступлении.

Открывая мероприятие, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист дерматовенеролог и косметолог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов Николай Николаевич Потеев отметил, что тема безопасности эстетической медицины заслуживает отдельного внимания даже в рамках большого экономического форума. В своем выступлении он выделил несколько ключевых факторов, напрямую влияющих на современные реалии эстетической медицины.

В первую очередь Николай Николаевич выразил обеспокоенность квалификацией

кадров. «Незнание базовых дисциплин ведет к негативным последствиям, поэтому образование в сфере эстетической медицины должно быть в руках профессионалов, а не коммерческих структур с сомнительными лицензиями», — отметил он. Особое внимание Николай Николаевич уделил разрыву между рекламой и реальными характеристиками средств, призывая быть реалистами и не терять бдительности. Он подчеркнул, что поступление косметологической продукции в клиники должно осуществляться исключительно легальным путем, а вся продукция, в свою очередь, должна иметь четкую маркировку и официальную регистрацию. В этой связи профессор попросил присутствующего в зале представителя Росздравнадзора расшифровать механизмы контроля за оборотом инъекционных препаратов, в целях исключения их использования вне проверенных медицинских учреждений. Спикер также выразил обеспокоенность таким серьезным явлением, как лицензирование клиник. Несмотря на то, что очевидных, на первый взгляд, проблем с получением лицензий нет, современная эстетическая медицина нуждается в прозрачности требований к медицинским центрам, работающим в данной сфере. Кроме того, он предложил обратить внимание на стратегию



развития локального производства препаратов, поскольку их выпуск внутри страны не только сделает эстетическую медицину доступнее и качественнее, но и поможет не зависеть от внешних факторов и производителей.

Исполняющий обязанности генерального директора Национального института качества Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Борис Александрович Александров заметил, что все пациенты, ежедневно обращающиеся за помощью, рассчи-

тывают, в первую очередь, на безопасность. «Статистика показывает, что ежегодно огромное количество людей сталкиваются с осложнениями при получении медицинской помощи. Хотелось бы обратить внимание на то, что большую часть подобных случаев можно было предотвратить при правильном выстраивании процессов и соблюдении стандартов качества. Настоящим выходом из ситуации станет повсеместное внедрение СМК — системы менеджмента качества», — заключил он.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Актуальные вопросы диагностики лейшманиозов

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ТУРИСТИЧЕСКАЯ ИНДУСТРИЯ В РОССИИ ОЧЕНЬ НЕУСТОЙЧИВА. ИЗ-ЗА ГЕОПОЛИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НА БЛИЖНЕМ ВОСТОКЕ ПРОИСХОДЯТ ИЗМЕНЕНИЯ МАРШРУТОВ КУРОРТНЫХ ПОТОКОВ. РОССИЙСКИЕ ТУРИСТЫ ЧАСТО ВЫБИРАЮТ АЗИАТСКИЕ СТРАНЫ, ТАКИЕ КАК ВЬЕТНАМ, КИТАЙ, ТАИЛАНД. ВМЕСТЕ С ТЕМ РАСТЕТ СПРОС НА ЭКЗОТИЧЕСКИЕ МАРШРУТЫ СРЕДНЕЙ АЗИИ.



Н. А. Сапожникова

Необходимо помнить, что лейшманиоз является эндемическим заболеванием.

Лейшманиозы — группа острых и хронических протозойных паразитарных заболеваний человека и животных, характеризующихся преимущественным поражением внутренних органов (висцеральный лейшманиоз) или кожи и слизистых оболочек (кожный лейшманиоз). В России фиксируют единичные завозные случаи висцерального лейшманиоза, кожный встречается значительно чаще.

Лейшмании — внутриклеточные паразиты, развивающиеся в макрофагах или клетках ретикуло-эндотелиальной системы. Жизненный цикл лейшманий протекает со сменой хозяев в виде двух стадий — безжгутиковой (амастиготной) в организме позвоночного животного или человека и жгутиковой (промастиготной) — в организме членистоногого. Резервуар и источники инвазии — человек и различные животные. Среди последних наибольшее значение имеют шакалы, лисицы, собаки и грызуны (рис. 1).

Заразность длится неопределенно долгое время и равна периоду пребывания возбудителя в крови и изъязвлениях кожи хозяина. Длительность кожного лейшманиоза у песчанок обычно составляет около 3 месяцев, но может достигать 7 месяцев и более. Механизм передачи — трансмиссивный, переносчики — москиты родов *Phlebotomus* и *Lutzomyia*. За один укус в кожу попадает от 100 до 1000 паразитов.

Гораздо реже можно столкнуться с висцеральным лейшманиозом, но такие случаи встречаются в Москве и других городах России.

Учитывая, что многие территории постсоветского пространства в Средней Азии и республиках Закавказья эндемичны по лейшманиозу, что подтверждается данными ИМПИТМ им. Е. И. Марциновского, и по данным ВОЗ эндемичными являются 98 стран мира, врачам-дерматовенерологам необходимо иметь особую настороженность в отношении диагностики лейшманиоза, особенно кожной формы.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, ПО ДАННЫМ РАЗЛИЧНЫХ ИСТОЧНИКОВ, ЛЕЙШМАНИОЗОМ ИНФИЦИРОВАНО ОКОЛО 14 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК. ЕЖЕГОДНО ВОЗНИКАЕТ ОКОЛО ДВУХ МИЛЛИОНОВ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ. РИСКУ ПОДВЕРГАЮТСЯ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО 350 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК.

ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ

1. Зоонозные: средиземноморско-среднеазиатский (детский кала-азар), восточно-африканский (лихорадка дум-дум), кожно-слизистый лейшманиоз (лейшманиоз Нового Света, носоглоточный лейшманиоз).
2. Антропонозный (индийский кала-азар).

КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ

1. Зоонозный (сельский тип болезни Боровского, пендинская язва).
2. Антропонозный (городской тип болезни Боровского, ашхабадская язва, багдадский фурункул).
3. Кожный и кожно-слизистый лейшманиоз Нового Света (эспундия, болезнь Бреды).
4. Эфиопский кожный лейшманиоз.

Средиземноморско-среднеазиатский висцеральный лейшманиоз, вызываемый *L. infantum*, является зоонозом, резервуар инфекции в природе — шакалы, лисицы, собаки. Распространен в ряде стран Средиземноморья, Ближнего и Среднего Востока, Африки, Казахстане, Средней Азии и Закавказье. Выделяют природные, полусинантропные (сельского типа) и синантропные (городского типа) очаги инвазии. Заражение происходит чаще всего летом, болеют в основном дети от 1 года до 5 лет жизни.

Южноамериканский висцеральный лейшманиоз (висцеральный лейшманиоз Нового Света), вызываемый *L. chagasi*, близок по своим проявлениям к средиземноморско-среднеазиатскому лейшманиозу. Отмечают в основном спорадическую заболеваемость в ряде стран Центральной и Южной Америки.

Восточно-африканский висцеральный лейшманиоз часто проявляется первичным аффектом в виде узелка; также отмечается тенденция к рецидивам.

При кожном лейшманиозе развиваются деструкция кожных покровов в месте бывшего бугорка, изъязвление и затем заживление

язвы с образованием рубца. Распространяясь лимфогенным путем к регионарным лимфатическим узлам, лейшмании провоцируют развитие лимфангитов и лимфаденитов, образование ограниченных поражений кожи в виде последовательных лейшманиом.

Развитие **туберкулоидного**, или диффузно-инфильтрирующего, кожного лейшманиоза (рис. 2) во многом обусловлено состоянием реактивности организма (соответственно гиперергии или гипозергии). Это хроническая форма антропонозного кожного лейшманиоза, медленно прогрессирующего течения, чаще всего на открытых участках кожи, плохо поддается лечению. Следует провести дифференциальную диагностику с лепрой, туберкулоидной фор-



Рис. 2

мой данного заболевания. От туберкулоидного типа лепры лейшманиоз отличается отсутствием склонности лейшманиом группироваться, длительностью процесса (спустя 4–6 месяцев лейшманиомы изъязвляются и примерно через год рубцуются, в отличие от лепры, где процесс растягивается на много лет, элементы при этом безболезненны).

Лепроматозный лейшманиоз (рис. 3) — неблагоприятная форма болезни, практически не поддающаяся лечению. Характеризуется поражением кожи в виде обширных инфильтратов и бляшек, которые редко изъязвляются,

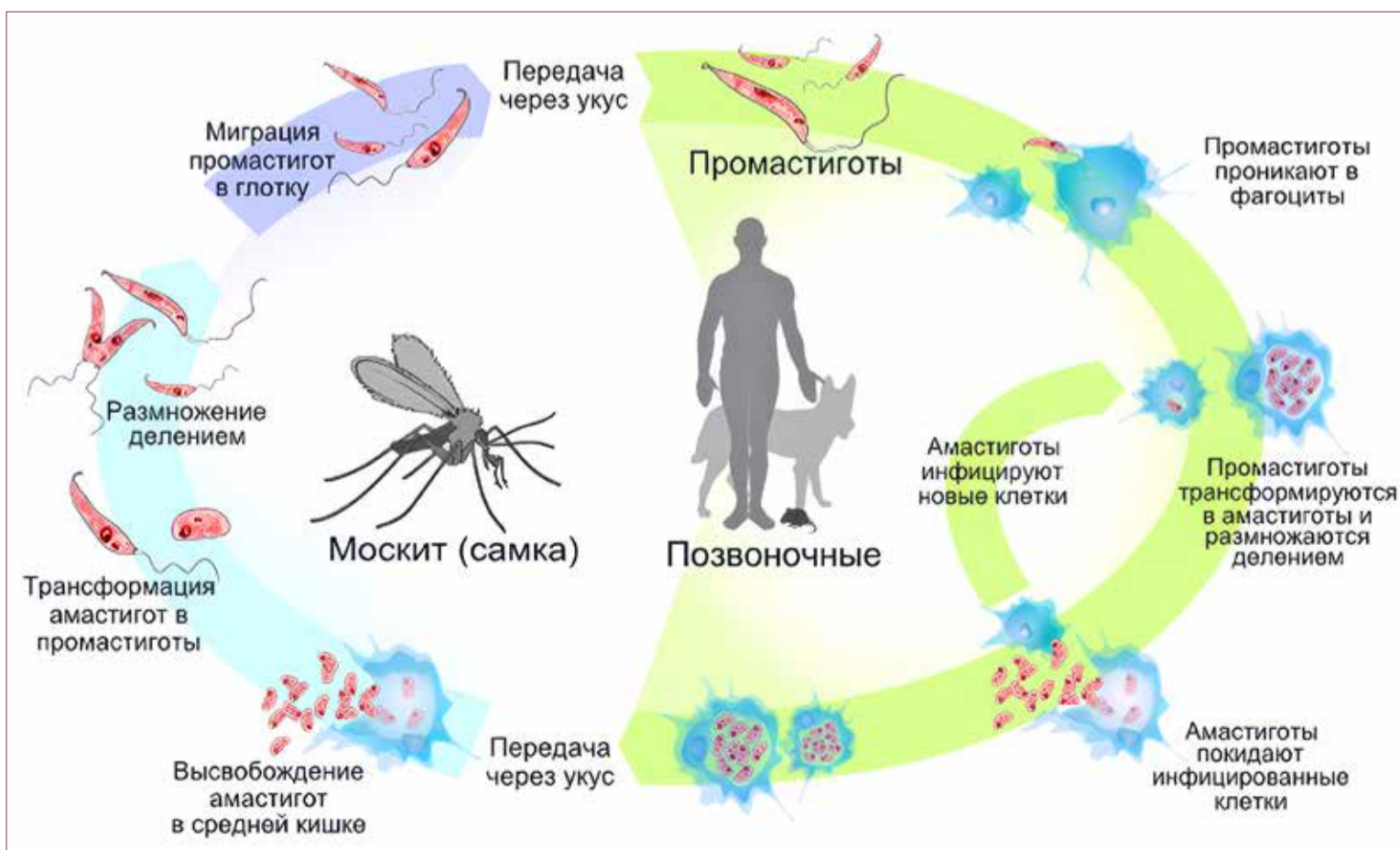


Рис. 1



Рис. 3

но не имеют тенденции к рассасыванию. В практике встречается крайне редко.

Зоонозный кожный лейшманиоз Нового Света (мексиканский, бразильский и перуанский кожные лейшманиозы) (рис. 4), вызываемые *L. mexicana*, *L. braziliensis*, *L. peruviana*, *L. uta*, *L. amazoniensis*, *L. pifanoi*, *L. venezuelensis*, *L. garnhami*, *L. panamensis*, регистрируют в Центральной и Южной Америке, а также в южных районах

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

США. По клиническим проявлениям очень похоже на фурункулез. От фурункула лейшманиома отличается как локализацией (фурункул присутствует только в тех зонах кожи, где есть волосные фолликулы), так и отсутствием гнойно-некротического стержня. При локализации на лице развивается косметический дефект, что приводит к серьезным психологическим проблемам.



Рис. 4

Природный резервуар возбудителей — грызуны, многочисленные дикие и домашние животные. Заболевания встречаются в сельской местности, преимущественно в сезон дождей. Заболевают лица всех возрастов. Обычно заражение происходит в момент работы в лесу, охоты и т.д.

Одной из форм кожного лейшманиоза, который очень трудно диагностировать, является **псориазиформный лейшманиоз** (рис. 5). Особая настороженность должна присутствовать у дерматологов ввиду схожести клиники с псориазическими поражениями.

Висцеральный лейшманиоз следует отличать от малярии, тифо-паратифозных заболеваний, бруцеллеза, лимфогранулематоза, лейкоза, сепсиса. При установлении диагноза используют данные эпидемиологического анамнеза, свидетельствующие о пребывании больного в эндемических очагах заболевания. При обследовании больного необходимо обратить внимание на длительную лихорадку, лимфаденопатию, анемию, похудение, гепатолиенальный синдром со значительным увеличением селезенки.

Кожный зоонозный лейшманиоз дифференцируют от похожих местных изменений при лепре, туберкулезе кожи, сифилисе, тропических язвах, эпителиоме. При этом необходимо учесть фазность образования лейшманиомы (безболезненная папула — некротические изменения — язва с подрывными краями, ободком инфильтрата и серозно-гнойным экссудатом — образование рубца) (рис. 6).

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

При висцеральном лейшманиозе в гемограмме определяют признаки гипохромной анемии, лейкопении, нейтропении и относительного лимфоцитоза, тромбоцитопении, повышения СОЭ. Характерны пойкилоцитоз, анизоцитоз, анизохромия, возможен агранулоцитоз.

Возбудители могут быть обнаружены в мазках и толстых каплях крови, окрашенных по Романовскому-Гимзе, значительно чаще в мазках пунктатов костного мозга, содержанием лейшманиом.



Рис. 5

При кожном лейшманиозе возбудители могут быть обнаружены в материале, полученном из бугорков или язв. В препарате из содержимого язвы, окрашенного по Романовскому-Гимзе, при прямой микроскопии (Ув. 1000) в цитоплазме макрофагов, а также свободно лежащими, обнаруживаются овальные тельца, цитоплазма которых окрашена в серовато-голубой цвет. Ядра оттеснены к периферии, окраска их несколько темнее. В цитоплазме обязательно присутствует кинетопласт — палочковидное образование, окрашенное более интенсивно, чем ядро (рис. 7).

КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Лейшмании присутствуют в культурах клеток при 37 °С, рост в виде амастигот, имеющих овальную форму, на бесклеточных средах при 22–27 °С, рост в виде промастигот веретеновидной формы.

ПЦР-ДИАГНОСТИКА

Полимеразно-цепная реакция (ПЦР) как прямой метод диагностики возбудителя в клиническом материале также широко применяется для лабораторного подтверждения, особенно висцерального лейшманиоза на всех стадиях и всех формах инфекционного процесса. В качестве мишеней для амплификации (многократного копирования) используются ген кинетопласта (высокая диагностическая чувствительность метода — до 100%), рибосомальные гены, белок gp 63.

Диагностическое значение имеют такие методики, как NASBA (основан на амплификации — многократном копировании РНК возбудителя) и LAMP (петлевая изотермическая амплификация ДНК и РНК).

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Используются следующие методы диагностики:

- реакция прямой агглютинации (РПА) применяется в африканских странах, т.к. имеет высокую степень кросс-реактивности для всех видов лейшманий;
- реакция непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ) может применяться у пациентов на ранней стадии инфицирования, имеет высокую чувствительность и специфичность (до 90%);
- реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) используется как скрининговый метод на эндемичных территориях, но имеет кросс-реактивность с малярией, туберкулезом и бруцеллезом, поэтому чаще используется для выявления частоты контактов у населения;
- иммуноферментный анализ (ИФА) — один из основных методов для подтверждения диагноза;
- иммунохроматографический анализ (ИХА) — бесприборная методика, предпочтительна для быстрого получения результата, при этом имеет высокую чувствительность.

Все иммунологические тесты используются чаще всего для выявления антител к возбудителю в крови пациента. Высокая чувствительность и специфичность позволяют детектировать антитела к возбудителю также в моче и мокроте. Иммунологические тесты наиболее широко используются для диагностики висцерального

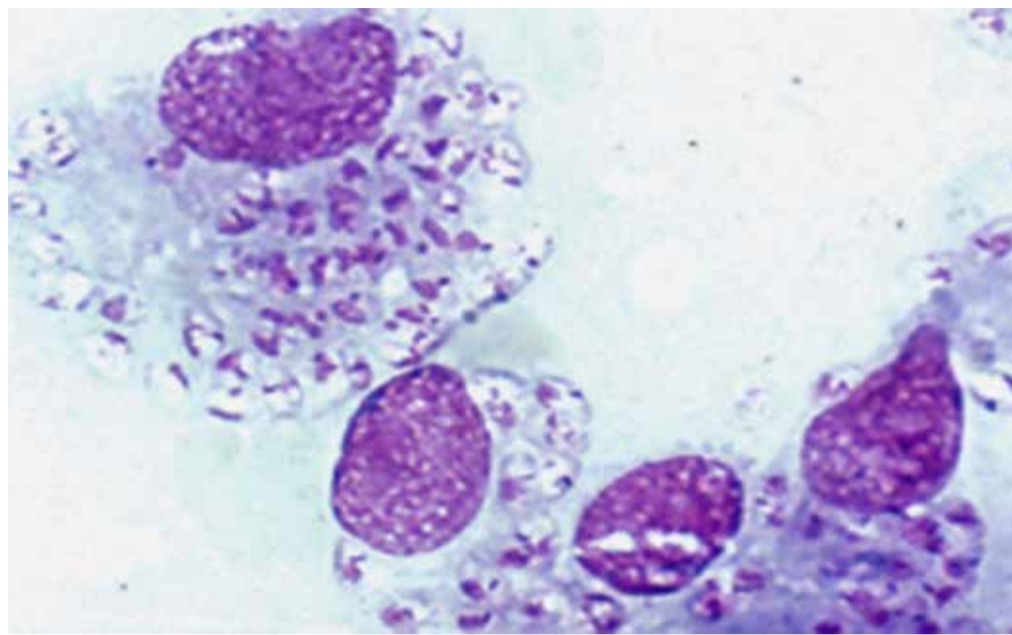


Рис. 7. Микроскопия с очага пациента МНПЦДК ДЗМ

лейшманиоза, так как период выработки антител довольно длительный, что затрудняет диагностику ранней, латентно протекающей инфекции и реконвалесценции. К недостаткам относятся разная чувствительность и специфичность разных видов лейшманий.

Лейшманиозные антигены могут определяться в моче методом латекс-агглютинации (МЛА).

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ НА ХОМЯЧКАХ ИЛИ БЕЛЫХ МЫШАХ

При использовании этого метода пробы биологического материала вводят восприимчивым лабораторным животным (грызунам). Метод длительный, и появление симптомов у животных может произойти через несколько месяцев.

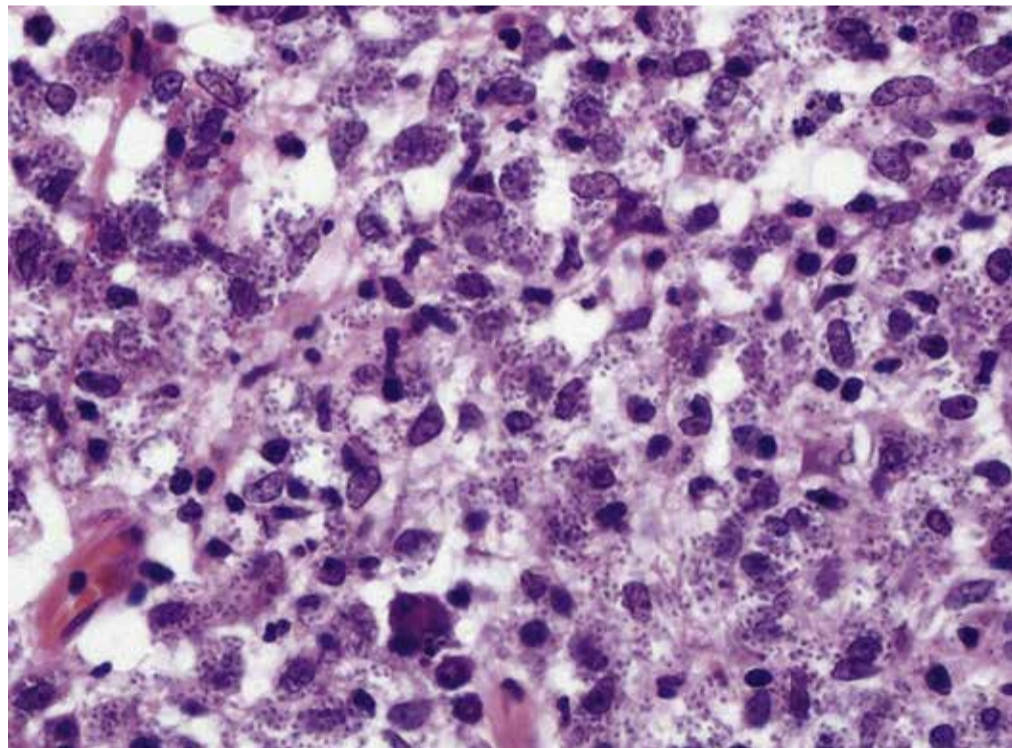


Рис. 8. Микроскопия биоптата пациента МНПЦДК ДЗМ

Кожная проба с лейшманином (реакция Монтенегро), применяемая только при эпидемиологических исследованиях. При острой форме морфологическая картина наиболее

специфична. Отмечается диффузная инфильтрация дермы лимфоцитами, плазматическими клетками и большим количеством макрофагов, наполненных амастиготами паразитов.

При хронизации процесса количество макрофагов с амастиготами уменьшается, вплоть до их полного исчезновения, появляется тенденция к образованию эпителиоидноклеточных гранулем.

Гистологические изменения становятся схожими с поражениями кожи при других гранулематозных процессах: туберкулезе, саркоидозе, гранулематозной реакции рассасывания инородных тел, гранулематозной форме розacea, кольцевидной гранулеме (рис. 8).

Для кожно-слизистой формы характерны обширные очаги некроза, выраженная инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофилами и гистиоцитами, макрофаги с амастиготами обнаруживаются также в малом количестве.

Диффузный кожный лейшманиоз и пост-каларный кожный лейшманиоз характеризуются плотными узловыми инфильтратами из макрофагов с различным содержанием амастигот. Гранулемы отсутствуют. Гистологические изменения схожи с лепрой.

Необходимо отметить, что в диагностике лейшманиозов особое значение имеют анамнестические данные о пребывании пациента на эндемичной территории. Только комплексный подход может иметь успех в диагностике и лечении таких пациентов.

Заведующая Централизованной клинико-диагностической лабораторией

Н. А. Сапожникова

Фото 2, 4, 5 предоставлены проф. ИМПитМ им. Е. И. Марциновского Е. Н. Понировским



Рис. 6. Пациент МНПЦДК ДЗМ

МЕРОПРИЯТИЯ

Итоги 19 Всероссийского Съезда НАДК

17–19 МАРТА В МОСКВЕ В ГИБРИДНОМ ФОРМАТЕ ПРОШЕЛ 19-Й ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ.

Мероприятие прошло при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья, Общественного совета при Росздравнадзоре, Департамента здравоохранения города Москвы.

Организаторами выступили Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов (НАДК), ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» (РУДН), ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии».

Торжественно открыл 19-й Всероссийский Съезд НАДК главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы, президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, директор МНПЦДК ДЗМ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор **Николай Николаевич Потекаев**. Он зачитал приветствие от Алексея Владимировича Сеницына, председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике, в котором подчеркивалась значимость съезда как площадки, объединяющей ведущих специалистов страны, а также роль дерматовенерологии и косметологии в реализации ключевых задач социальной политики. «Желаю плодотворных дискуссий, ярких научных открытий, полезных профессиональных контактов и новых достижений, которые послужат укреплению здоровья россиян», — говорилось в приветствии в частности.

Затем к участникам съезда обратился **Сергей Дмитриевич Леонов**, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья. Он отметил актуальность представленных в программе тем и выразил уверенность в практической ценности профессионального общения, пожелав коллегам продуктивной работы. «Вы для своей работы точно почерпнете что-то новое в общении друг с другом», — подчеркнул он.

Профессор **Наталья Евгеньевна Мантурова**, главный внештатный специалист пластический хирург Минздрава России и ДЗМ, президент Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов подчеркнула значение научного подхода в современной косметологии и пластической хирургии: «Не могу не отметить, что в дерматокосметологии, в косметологии сейчас очень большую часть



Открытие 19 Всероссийского Съезда НАДК

занимает наука... Благодаря научным достижениям, достоверным данным, которые обладают научно-доказательной базой, мы получаем необыкновенные результаты в борьбе с возрастными изменениями и заболеваниями».

Главный внештатный специалист ЦФО РФ по профилю дерматовенерология и косметология Минздрава России, исполнительный директор Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, д.м.н., профессор **Ольга Валентиновна Жукова** отметила широкую географию участников, объединяющую как опытных специалистов, так и молодых ученых: «Очень приятно в зале видеть наших специалистов, главных внештатных специалистов, врачей, которые занимаются ежедневной практикой, молодых ученых».

С приветствием также выступила **Татьяна Николаевна Королькова**, заведующая кафе-

дрой косметологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. Она рассказала о значительной работе, проделанной в период после последнего съезда, в частности о подготовке Национального руководства по косметологии, и отметила вклад профессионального сообщества в его создание. «Очень много сил было вложено в это национальное руководство... Большое количество косметологов, профессоров, ведущих специалистов приняли участие в его подготовке», — сказала она.

От имени белорусских коллег участников поприветствовал **Дмитрий Федорович Хворик**, председатель правления Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов. Он подчеркнул значение съезда как международной площадки для профессионального взаимодействия, обмена опытом и укрепления сотрудничества между странами. «Ежегодный Всероссийский Съезд — это уни-

кальная площадка, где стираются границы и на первый план выходят общие цели — совершенствование медицинской помощи для здоровья наших пациентов», — отметил он, выразив уверенность в дальнейшем развитии профессионального диалога.

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии Министерства здравоохранения Республики Беларусь **Анна Павловна Музыченко** отметила значимость консолидации науки и практики, а также укрепления международного профессионального сотрудничества: «Сегодня мы понимаем, что самым главным, самым важным в развитии специальности является консолидация науки и практики». Она поблагодарила организаторов и пожелала участникам плодотворной работы и ярких дискуссий.

В завершение с обращением выступила др. Фахрия Аль Шибли, врач-дерматолог, консультант, генеральный директор клиники **Dr. Fakhriya Clinics** из Султаната Оман. Она поблагодарила



А. М. Зубрилина



А. В. Зуев

МЕРОПРИЯТИЯ

организаторов за возможность участия, отметила интерес к сотрудничеству с российскими коллегами. «Я вижу перспективы сотрудничества с российскими коллегами и надеюсь на развитие профессионального взаимодействия между нашими странами», — подчеркнула она.

Завершая официальную часть открытия, Николай Николаевич Потеев вручил награды Национального альянса дерматовенерологов и косметологов.

Медаль «За личный вклад в развитие дерматовенерологии» вручили:

- **Темникову Вадиму Евгеньевичу**, д.м.н., профессору, главному внештатному специалисту по дерматовенерологии и косметологии Южного федерального округа и Ростовской области, главному врачу Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Кожно-венерологический диспансер».
- **Конюховой Каринэ Александровне**, Заслуженному врачу РФ, главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тверской области «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В. П. Аваева».

Нагрудный знак «За вклад в развитие дерматовенерологии» вручили:

- **Петрову Сергею Егоровичу**, главному врачу Государственного бюджетного учреждения Республики Саха (Якутия) «Якутский республиканский кожно-венерологический диспансер»;
- **Набигулаевой Заире Магомедовне**, заместителю главного врача Государственного бюджетного учреждения Республики Дагестан «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;
- **Янец Ольге Евгеньевне**, заместителю главного врача по клинико-экспертной работе ГАУЗ «Кузбасский клинический кожно-венерологический диспансер», и.о. заведующей кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», главному внештатному специалисту по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Кузбасса, кандидату медицинских наук, доценту;
- **Шатилову Алексею Владимировичу**, заведующему поликлиникой, врачу-дерматовенерологу ГБУЗ «Луганский Республиканский дерматовенерологический диспансер» Луганской Народной Республики, кандидату медицинских наук;
- **Зуеву Андрею Викторовичу**, заведующему кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГАУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта», доктору медицинских наук, профессору;
- **Русаковой Людмиле Леонидовне**, заместителю главного врача по медицинской части Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Брянский областной кожно-венерологический диспансер».

В рамках пленарного заседания Съезда Николай Николаевич Потеев представил доклад «**О дерматовенерологической службе Российской Федерации**».

В докладе он отметил, что в стране функционирует развитая сеть профильных учреждений: 2951 кабинет дерматовенеролога, 97 кожно-венерологических диспансеров и 9 специализированных центров. В системе работает около 7,3 тыс. врачей, обеспеченность составляет 0,5 на 10 тыс. населения. Коечный фонд насчитывает более 14 тысяч коек с постепенным развитием дневных стационаров.

В сообщении был представлен новый Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (приказ Минздрава России № 582н от 24 сентября 2025 года), который устанавливает единые требования к организации работы, оснащению и штатам, а также расширяет возможности создания кабинетов и стационаров в различных медицинских организациях. Документ усиливает маршрутизацию пациентов и междисциплинарное взаимодействие, включая участие смежных специалистов при лечении осложненных форм заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем.

Отдельно были обозначены требования к диагностике онкологических заболеваний кожи, включая обязательную дерматоскопию и при необходимости биопсию кожи с направлением к онкологу. Также он отметил унификацию структуры кожно-венерологических диспансеров и развитие консультативно-диагностических подразделений. В числе приоритетов были названы развитие образовательных программ, создание центров генодерматозов, расширение инфраструктуры профильной помощи и укрепление международного сотрудничества с партнерами из стран Ближнего Востока, в том числе Meidam, СНГ и Республики Беларусь.

Закончил свое выступление Николай Николаевич словами благодарности основоположнику российской дерматовенерологии Алексею Герасимовичу Полотебнову: «Статья Алексея Герасимовича “Современное состояние дерматологии в России”, изданная в 1882 году, послужила поводом к изменению Университетского Устава, действовавшего раньше в Российской империи, и учреждению с 1884 года кафедры кожных и венерических болезней во всех университетах страны. Мы должны быть глубоко благодарны профессору за появление российской дерматовенерологии», — заключил он.

По окончании пленарного заседания Съезда состоялось заседание Профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальностям «дерматовенерология» и «косметология», включающее всех профильных главных внештатных специалистов в федеральных округах и субъектах Российской Федерации и наиболее видных представителей дерматовенерологической службы Российской Федерации. Доклад, посвященный вопросам орга-



Участники Съезда

низации медицинского освидетельствования иностранных граждан представил А. В. Микрюков, заместитель директора по общим вопросам ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, о предварительных данных заболеваемости сифилисом в субъектах Российской Федерации за 2025 год доложила главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России в УрФО Н. В. Зильберберг, Об организации медицинской помощи пациентам с глубокими микозами — К. И. Разнатовский, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Северо-Западного федерального округа. Председатель Совета СРО «Национальная Ассоциация клиник эстетической медицины» (НАКЭМ) Ю. Ю. Франгулова представила доклад «О нелегальном оказании косметологических услуг и предлагаемых мерах по их предупреждению».

Организационно в научной программе состоялась пленарное заседание, междисциплинарный круглый стол по ВПЧ, 30 научных секций, 10 сателлитных симпозиумов, 2 клинических разбора, заседание Профильной комиссии Минздрава России, академия вирусной дерматовенерологии «Продолжение дискуссии двух профессоров», а также конкурс молодых ученых.

В рамках основной научной трехдневной программы были проведены секции, подготовленные в интеграции со смежными специалистами. Совместно с врачами-аллергологами проведена секция «Аллергодерматозы на стыке медицинских дисциплин». Рассмотрено влияние коморбидных состояний на течение atopического дерматита (О. Г. Елисютина), современные аспекты диагностики наследственного ангиотека у детей (А. Н. Пампура), имитаторы крапивницы (А. С. Боткина), мастоцитоз (Е. И. Касихина) и другие темы. На секции «Микология и подология» были обсуждены клинико-амнестические характеристики и проблемы терапии пациентов с *Trichophyton indotinea* в РФ (В. Ю. Васенова, А. Е. Гушин), прозвучали доклады о поверхностных микозах редких локаций (П. С. Уткин), методах лабораторной диагностики онихомикозов (А. Е. Гушин, С. А. Полевщикова) и другие.

Ярко прошел сателлитный симпозиум «Системные хронические заболевания кожи: atopический дерматит и не только» под председательством К. И. Разнатовского и Д. С. Фоминой.

Особый интерес вызвала секция «За горизонтом диагноза: редкие дерматозы в эпоху молекулярной медицины». В рамках секции О. С. Орлова представила современные подходы к лечению орфанных генодерматозов, Ю. М. Шокурова — микробиологическое разнообразие и терапевтические стратегии при тяжелых хронических и редких заболеваниях кожи, Л. В. Шурова — опыт лечения обширных незаживающих ран и вторичного амилоидоза у больной врожденным буллезным эпидермолизом, П. И. Богдан — роль новых лекарственных препаратов в формировании индекса оценки степени тяжести ВБЭ. Доклады «Эпидемиологический мониторинг и структура наследственных несиндромальных кератозов в популяции мегаполиса (на при-

мере Москвы)», «Паллиативный уход за кожей у детей как междисциплинарная проблема», «Пигментная ксеродерма как наследственно обусловленный прогероидный синдром у детей» представили на секции «Клинико-эпидемиологические и генетические аспекты детских кожных патологий».

Актуальные проблемы эстетической медицины обсуждали на секциях «Эффективные протоколы наружной и инъекционной косметологии. Современные подходы к аппаратной косметологии», «Косметологические методы в реабилитации дерматологических больных», «Реабилитация и лечение осложнений после косметологических процедур» и др.

Под эгидой НП Герпес-Форум состоялась традиционная Академия вирусной дерматовенерологии «Продолжение дискуссии двух профессоров». Проф. А. А. Халдин и проф. М. А. Гомберг обсудили вопросы специальности.

Программу второго дня Съезда отличала обширная секция, посвященная онкодерматологии, на которой были рассмотрены клинические и биологические факторы прогрессии меланомы (К. С. Титов), меланоцитарные опухоли Шпиц (А. Н. Шевченко, Т. А. Годзенко). П. И. Богдан посвятил свой доклад пигментной форме базальноклеточного рака кожи, А. В. Красноручий — узловой меланоме, Р. А. Раводин — себацейной карциноме, а Т. С. Бельшева рассказала о создании мультицентра по диагностике и ведению пациентов с генодерматозами высокого онкологического риска в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина».

Секция «Дерматоскопия новообразований кожи», которую модерировали Е. Ю. Неретин и Р. А. Раводин, нашла широкий отклик у посетителей Съезда, как и секция, посвященная детской дерматологии, которая выделялась докладами О. В. Поршиной «Хроническая рана у ребенка: зона особого внимания дерматовенеролога» и О. Б. Тамразовой «Особенности ведения детей с пиодермиями».

Секция «Заболевания кожи с поражением аногенитальной зоны» рассказала о подводных камнях терапии аногенитальных дерматозов (А. В. Игнатовский), о значимости ВПЧ-инфекции в случае неэффективности стандартной терапии (И. С. Задорожная). Профессор Н. И. Чернова рассказала о практических аспектах ведения больных с наиболее распространенными дерматозами в докладе «Кто в ответе за кожу аногенитальной зоны?» Продолжением темы явилась секция «Эстетические процедуры в области гениталий», которая выделялась докладами проф. И. А. Аполихиной «Многоликий ГУМС — многозадачное решение», проф. Н. И. Черновой «Мировые тренды антиэйдж в области гениталий» и другими.

Особенности диагностики и лечения болезней волос традиционно рассматривали на секциях под руководством А. Г. Гаджигоревой. В свою очередь секции «Юридические аспекты деятельности врачей-дерматологов, косметологов» носили прикладной характер и были крайне полезны практикующим специалистам.

Всего на мероприятии выступило 187 спикеров, которые прочитали 215 докладов.



К. И. Разнатовский

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Дерматологические проявления некоторых ревматологических заболеваний

КОЖНЫЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ЧАСТЫХ ПРИЗНАКОВ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. АДЕКВАТНАЯ ОЦЕНКА И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИГРАЕТ ВАЖНУЮ РОЛЬ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПОИСКЕ, СПОСОБСТВУЕТ ДОСТОВЕРНОМУ И СВОЕВРЕМЕННОМУ РАСПОЗНАВАНИЮ БОЛЕЗНИ И В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ОТРАЖАЕТ АКТИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОГНОЗ.



Н. С. Громова

Все кожные проявления можно разделить на специфические (гелиотропная сыпь при дерматомиозите, ревматоидные узелки) и неспецифические (эритема, васкулит). Рассмотрим кожные симптомы некоторых, наиболее часто встречающихся на приеме ревматологических заболеваний.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Системная красная волчанка (СКВ) представляет собой хроническое полисиндромное заболевание с неконтролируемой продукцией антител к собственным клеткам и их компонентам, приводящее к аутоиммунному и иммунокомплексному воспалению. 30% случаев СКВ дебютирует с кожного синдрома, который связан с отложением IgG и IgM на границе эпидермиса и дермы.

Патогномоничный признак заболевания — фиксированная эритема на скулах, спинке носа, щечной области — коррелирует с клинико-лабораторной активностью и наличием почечных поражений (волчаночный нефрит), поэтому имеет не только диагностическое, но и прогностическое значение.

Насторожить дерматолога в плане дебюта СКВ могут: фотосенсибилизация, «волчаночная бабочка», дискоидные высыпания, петехии на кистях, энантема слизистой рта, эритемы на крупных суставах, витилиго, алопеция.

Вариантом тяжелого поражения кожи при СКВ является токсический эпидермальный некролиз, который долгое время считался проявлением тяжелой лекарственной аллергии.

ДЕРМАТОМИОЗИТ

Дерматомиозит (ДМ) — системное воспалительное заболевание скелетной гладкой



Рука механика при дерматомиозите

мускулатуры и кожи. Поражение кожи при ДМ выявляется более чем у 50% больных, причем кожные проявления часто предшествуют мышечной слабости, поэтому пациенты первично обращаются к дерматологу.

Специфичны для ДМ: периорбитальный отек с пурпурно-лиловой гелиотропной эритемой, отек и эритема кожи лба, век и щек, стойкая шелушащаяся эритема над суставами, особенно пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми (папулы Готтрона).

При ДМ часто встречается гиперемия у основания ногтевого ложа, инфаркты окологтевого ложа. Кожа подушечек пальцев становится атрофичной, с трещинами и шелушениями («рука механика»).

Следует отметить, что встречается и амиопатическая форма ДМ с характерными кожными проявлениями, но без поражения мышечной ткани. При подозрении на ДМ пациента необходимо направить к ревматологу.

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Системная склеродермия (ССД) относится к группе склеродермических болезней, которая включает ограниченную склеродермию, диффузный эозинофильный фасциит, склеродему Бушке.



Кальцинаты, симптом крысиного укуса у пациента с системной склеродермией

Типичные склеродермические изменения при системном процессе преимущественно локализируются на лице и кистях. Характерна маскообразность лица, кистообразные морщины вокруг рта, заострение носа, телеангиоэктазии, трофические нарушения. Склеродактилия — плотный отек и индурация кожи кистей с нарастающим ограничением движений и развитием контрактур — характерна именно для ССД. Сосудистые нарушения связаны с частым при ССД синдромом Рейно, прогрессирование которого приводит к тяжелым ишемическим изменениям, развитию дигитальных язв и рубчиков.

Все пациенты с установленным диагнозом очаговой склеродермии, а также с клиническими проявлениями синдрома Рейно, должны быть направлены на консультацию ревматолога для исключения системного заболевания, дифференциальной диагностики первичного и вторичного (характерен для ССД, СКВ, РА) синдрома Рейно.

ПСОРИАЗ. ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

42% больных псориазом страдает псориатическим артритом (ПсА). Такая высокая ассоци-

ация обусловлена генетическими аспектами. Псориаз и ПсА это не отдельные болезни, а сложные клинко-иммунологические синдромы. Что позволит дерматологу заподозрить дебют ПсА и направить пациента к ревматологу? Чаще артрит развивается у пациентов с поражением кожи волосистой части головы и перианальной зоны, а также с поражением ногтей.



Псоориатический артрит

Одним из первых симптомов заболевания может быть боль в позвоночнике, локализованная в шее и нижней части спины (максимальная утром, возникает в положении сидя, стоя и уменьшается на фоне движения).

Суставной синдром при ПсА очень разнообразен. В ряде случаев это моноартрит коленного, голеностопного суставов, часто встречается ревматоидоподобная дистальная форма, когда пациент отмечает скованность, боли и припухание суставов кистей.

Характерно поражение энтезисов. Энтезит (воспаление в местах прикрепления связок, фасций) может быть одним из первых признаков ПсА. Наиболее часто поражаются места прикрепления подошвенного апоневроза (пациента беспокоит боль в стопах, пятках) и ахиллова сухожилия, надколенника и вращательной манжеты плеча. Патогномоничным признаком артрита является дактилит — сосискообразный палец. Воспаляются пальцы стоп и кистей. К сожалению, любой пациент с псориазом имеет риск развития артрита, поэтому при наличии суставного синдрома его необходимо направить на консультацию к ревматологу.

Больной с псориазом — это часто пациент с метаболическим синдромом, у которого лабораторно выявляется гиперурикемия, повышающая риск не только ССО, но и подагры с развитием уратной нефропатии. На приеме ревматолога такие пациенты не редкость, они нуждаются в назначении антигиперурикемической терапии для предупреждения приступа подагрического артрита.



Подагрические тофусы, разная локализация

ВАСКУЛИТЫ

Васкулиты — группа заболеваний, при которых ишемия и некроз тканей возникает вследствие воспаления кровеносных сосудов. Клинические проявления зависят от типа, размера и локализации поражения сосудов. Это одна из самых сложных в диагностике и определении тактики лечения нозологических групп, объединяющих ревматолога и дерматолога. Подозрение на васкулит возникает, когда мы видим петехии, пурпуру, множественные экхимозы. Все эти высыпания неспецифичны и могут встречаться при многих заболеваниях, но, как правило, именно дерматолог первым осуществляет диагностику васкулита. При системных васкулитах лабораторно отмечается повышение СОЭ, СРБ, высокоспецифичным является повышение антинейтрофильных антител к протеиназе 3 (АНЦА). Локализация высыпаний: чаще дистальные отделы нижних конечностей, характерна симметричность, усиление при длительном положении вертикально и болезненность. Примечательно,



Геморрагический васкулит

что васкулит наряду с **панникулитами** часто развиваются вторично на фоне ревматологических заболеваний (панникулиты при ССД — 8% случаев, ССК — 3%, ДМ — 10%, болезнь Бехчета — 50%).

В заключение следует отметить, что пациенты ревматологического и дерматологического профилей — сложные, коморбидные больные, которые требуют междисциплинарного взаимодействия.

Врач-ревматолог Н. С. Громова



ПРАВО

Правовое значение информированного добровольного согласия в медицинских спорах

ТЕРМИН «ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ» (ИДС) ЧАСТО ПРОИЗНОСЯТ В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ, НО НЕ ТАК СЕРЬЕЗНО ЗАДУМЫВАЮТСЯ, ЧТО ЖЕ ЗА НИМ СТОИТ.

Для врача — это иногда просто «бумажка», без которой нельзя начать оказывать медицинскую помощь. Но почему-то подписывать ее случается уже после оказания услуги.

Для пациента — это не всегда понятный документ с кучей слов, который нужно подписать, прежде чем получить то, за чем обратился в медицинскую организацию.

Для юриста — важный инструмент, который в суде может как спасти, так и перераспределить силы не «в нашу» пользу.

Редко когда на ИДС смотрят как на результат процедуры информирования пациента о предполагаемом вмешательстве: диалога, в котором врач дает полную понятную информацию, а пациент интересуется, задает вопросы, возможно, отказывается, и все это находит закрепление в утвержденной (или нет) форме. По сути, ИДС — это зафиксированный результат обмена информацией.

В истории современной России право гражданина на ИДС появилось в 1993 году. С тех пор происходили изменения в законодательстве: в 2011 году был принят Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», значимое место заняла ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства». За более чем десятилетний период действия норм, касающихся порядка получения ИДС, изменены и дополнены только отдельные положения. ИДС по сей день является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства.

На первый взгляд, наличие подписанного ИДС создает презумпцию надлежащего информирования пациента. Однако суды уже смотрят не просто на наличие подписи, а на то, как было организовано информирование, то есть формальный подход больше не работает.

Согласно позиции Верховного суда РФ, изложенной в определении № 5-КГ18-15 от 27 марта 2018 г., исполнитель обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора, в том числе относительно заключения договора, уплаты цены либо отказа от этого.

По данному делу истец (пациент) обратился в медорганизацию за проведением имплантологического лечения, включающего операцию по наращиванию костной ткани и последующее протезирование зубов. Операция была проведена успешно, однако дальнейшая установка имплантов оказалась невозможной из-за имеющихся у пациента противопоказаний, о которых *медучреждение его заранее не предупредило*. Удовлетворяя жалобу пациента, Верховный Суд РФ указал, что при оказании платных медуслуг применяется Закон «О защите прав потребителей», по которому обязанность доказывания факта надлежащего информирования (включая противопоказания и риски) лежит на медорганизации. ИДС играет важную роль: именно оно является основным документом, доказывающим, что пациент был предупрежден о невозможности достижения желаемого результата, а значит, и бремя доказывания перекладывается на медорганизацию.

В Апелляционном определении (Омский областной суд от 21.05.2014 г. по делу № 33-3151/2014) судебная коллегия пришла к выводу, что критерии полноты и доступности информации — это оценочные категории, и медицинской организации нужно опираться на тот факт, понял



Фото с сайта freepik.com

ли пациент разъяснения, данные ему врачом. К обстоятельствам, имеющим юридическое значение для разрешения данного спора, кроме прочего, суд отнес предоставление в наглядной, доступной форме, способами, принятыми в области оказания медицинских услуг, информации о послеоперационном поведении с учетом образовавшейся постпункционной гематомы. И в данном случае врачом были даны разъяснения общего характера безотносительно конкретного заболевания: пациент подписал типовой бланк согласия, что, по мнению суда, не отвечало критерию полноты.

Кассационное определение (7 КСОЮ от 07.10.2025 по делу № 88-13473/2025) демонстрирует иной, более гибкий подход. Пациентка настаивала, что подписанное ею ИДС на гинекологическую операцию является «общим», поскольку в нем не перечислены все возможные риски и осложнения, характерные именно для этого вмешательства. Суд отклонил этот довод, указав, что действующее законодательство (ст. 20 Закона № 323-ФЗ и Приказ Минздрава № 1051н) не требует включать в ИДС развернутый перечень всех потенциальных последствий. Достаточно, чтобы пациент был в доступной форме ознакомлен с характером вмешательства, основными факторами риска и возможными вариантами, а также добровольно подтвердил свое согласие подписью. При отсутствии дефектов самой медицинской помощи одно лишь отсутствие в ИДС детализированного описания маловероятных осложнений не может служить основанием для взыскания компенсации морального вреда.

Помимо отраслевого законодательного акта, правовое регулирование вопросов ИДС занимает значительное место и в гражданском законодательстве. ИДС вытекает из принципа информирования потребителей, который в общем виде нашел свое выражение в ст. 8, 10 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», в соответствии с которым исполнитель обязан предоставить потребителю необходимую и достоверную информацию об услуге, соответствующую требованиям к ее содержанию и способам предоставления, установленным законом.

По общему правилу, гражданско-правовая ответственность не может наступать при отсутствии вины причинителя вреда. Однако независимо от вины причинителя вреда возмещается вред жизни и здоровью гражданина вследствие недостатков товаров или услуги, а также *вследствие недостоверной или недостаточной информации о ней*, если причинитель вреда не докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы

или нарушения потребителем установленных правил пользования результатами услуги. То есть недостоверность или недостаточность информации о медицинской услуге является условием объективного вменения вины врачам при причинении вреда жизни и здоровью пациента при медицинском вмешательстве.

В споре по косметологии, суды апелляционной (Приморский краевой суд от 16.05.2024 № 33-950/2024) и кассационной инстанций (9 КСОЮ от 30.07.2024 № 8г-6640/2024), опираясь на заключение судебно-медицинской экспертизы, пришли к выводу, что сама услуга (введение

подход, так и содержательный, что создает высокую степень правовой неопределенности для медицинских организаций.

На практике также может возникнуть ситуация, когда пациент (или его законный представитель) отказывается подписывать ИДС и одновременно отказывается подписывать официальный отказ от медицинского вмешательства. При этом он все же настаивает на том, чтобы ему была оказана медицинская помощь, иногда в неотложной или плановой форме.

Для медицинской организации такая ситуация создает правовой тупик. С одной стороны, без ИДС проводить вмешательство нельзя, с другой — без оформленного отказа нельзя считать, что пациент добровольно отказался от оказания ему медицинской помощи, с третьей — неоказание помощи грозит ответственностью, как минимум административной.

Закон не предусматривает «промежуточного» варианта, когда согласие не дано, но и отказ не оформлен. В теории это состояние квалифицируется как отсутствие волеизъявления, что делает медицинское вмешательство юридически недопустимым.

Поскольку и судебная практика не содержит однозначного алгоритма действий для медицинской организации в подобной ситуации, постольку это создает зону высокого правового риска и требует выработки внутренних регламентов, которые позволят минимизировать последствия такого пробела для медицинской организации.

ЕСЛИ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НЕ НОСИТ ЭКСТРЕННОГО ХАРАКТЕРА И ПАЦИЕНТ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ПОДПИСЫВАТЬ ИДС, НО ТРЕБУЕТ ПОМОЩИ, ТО, ВЕРОЯТНО, МОЖНО ДЕЙСТВОВАТЬ ПО СЛЕДУЮЩЕЙ СХЕМЕ

1. Провести беседу, проинформировать пациента и зафиксировать в медицинской документации факт разъяснения последствий отсутствия оформленного согласия.
2. Предложить пациенту подписать отказ от медицинского вмешательства. Если он отказывается и от этого документа, составить акт об отказе от подписания в присутствии не менее двух медицинских работников (или свидетелей), в котором указать, что пациент уведомлен о правовых последствиях, но от подписи отказался и/или зафиксировать такие обстоятельства непосредственно в медкарте.
3. Указать: «пациент настаивает на оказании помощи, однако от оформления ИДС и отказа от медицинского вмешательства отказывается, что не позволяет медицинской организации законно провести вмешательство». Такой акт в суде будет подтверждением того, что медицинская организация действовала добросовестно, а неоказание помощи было вынужденным.

Крайне важно, чтобы в медкарте была запись о том, что врач разъяснил пациенту суть предстоящего вмешательства, риски, в том числе специфические, альтернативы вмешательства, правовые последствия отсутствия подписанного ИДС. Такая фиксация волеизъявления может стать достаточным доказательством в споре с «хитрым пациентом», в случае если последний будет утверждать, что подписал ИДС без достаточных разъяснений.

филлеров) была оказана надлежащим образом. Однако суды подчеркнули, что клиника не предоставила пациентке полной информации, в том числе о наименовании препарата, чем нарушила права потребителя. Именно этот недостаток информирования стал основанием для взыскания компенсации морального вреда и штрафа.

Данные решения наглядно демонстрируют: наличие подписанного ИДС не освобождает медорганизацию от обязанности донести до пациента исчерпывающие сведения о каждом элементе вмешательства и/или рекомендациях о дальнейших шагах самого пациента, иначе ответственности не избежать, даже если помощь оказана безупречно.

Интересно, что в зависимости от обстоятельств дела суды могут применять как формальный

Качественное информирование пациента — это не просто юридическая защита врача на случай суда. Это прежде всего возможность избежать самого конфликта. Когда пациент действительно понимает риски, альтернативы и прогноз, он реже предъявляет претензии после процедуры, даже при наступлении прогнозируемого осложнения. ИДС, оформленное по итогам живого диалога, а не формальной подписи, становится инструментом примирения, а не полем битвы. Поэтому ключевая задача медицинской организации — не собирать подписи, а создавать доказательственную базу реального информирования. Это позволяет в случае спора реконструировать волю пациента, а в идеале — вообще не доводить дело до суда.

Д. В. Владимирова

ФОТОРЕПОРТАЖ

«Дерматовенерология и косметология»: от инноваций к практике

КРАСНОДАР 23.04



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 01-02.04



КРАСНОЯРСК 21.05



ЮБИЛЕЙ

Поздравляем юбиляра

КОЛЛЕКТИВ ГБУЗ «БРЯНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» ЧЕСТВУЕТ ЮБИЛЯРА — ОДНУ ИЗ ЛУЧШИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДИСПАНСЕРА — ЛЮБОВЬ ПЕТРОВНУ ШВЕЦОВУ!

В 1983 году, после окончания Брянского медицинского училища № 2, Любовь Петровна начала свой трудовой путь медицинской сестрой в ГБУЗ «БОКВД» и работает в диспансере по настоящее время, имеет высшую квалификационную категорию. За многолетний добросовестный труд, за высочайший профессионализм, личный вклад в развитие здравоохранения Брянской области и Российской Федерации удостоена множественных наград и поощрений: Почетных грамот ГБУЗ «БОКВД», в 2009 году — Почетной грамоты департамента Брянской области, в 2010 году — Благодарственного письма Брянской областной Думы, в 2012 году — Почетной грамоты Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Любовь Петровна — это яркий пример тщательного и основательного подхода к работе, она неустанно передает свой уникальный опыт по оказанию медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля молодым специалистам. Является добрым наставником и активным членом Ассоциации медицинских сестер Брянской области.

Коллеги уважают Любовь Петровну за стремление к профессиональному совершенствованию, за труд с самоотдачей до достижения качественных результатов, за любовь и трепетное отношение к пациентам диспансера, за активную жизненную позицию. На торжественном собрании коллеги выразили ей огромную благодарность за многолетний добросовестный труд, значительный вклад в развитие нашего диспансера, в формирование и развитие дерматовенерологической службы Брянской области, доброту и терпение, воспитание молодого поколения профессионалов!

От всей души желаем Любви Петровне крепкого здоровья и неиссякаемой энергии в самоотверженном следовании своему призванию, новых профессиональных достижений, душевного тепла, любви и согласия в доме, мира и благополучия во всем!



МЕРОПРИЯТИЯ

Юбилейный форум в Петербурге объединил ведущих онкологов и смежных специалистов со всей России

15–16 МАЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ СОСТОЯЛАСЬ 10 ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОБЛЕМАМ МЕЛАНОМЫ «МЕЛАНОМА И ОПУХОЛИ КОЖИ 2026». МЕРОПРИЯТИЕ БЫЛО ПРОВЕДЕНО КАК В ОЧНОМ, ТАК И В ОНЛАЙН-ФОРМАТАХ, И ВКЛЮЧАЛО В СЕБЯ 30 ТЕМАТИЧЕСКИХ СЕКЦИЙ, В ЧИСЛЕ КОТОРЫХ БЫЛИ МАСТЕР-КЛАССЫ ПО БИОПСИИ, УЗ-ДИАГНОСТИКЕ, ДЕРМАТОСКОПИИ И ГИСТОЛОГИИ.

Основной целью форума стало обсуждение подхода к решению сложных задач, в частности, ведение пациентов со злокачественными новообразованиями.

В рамках конференции было представлено более 100 докладов ведущих онкологов, дерматовенерологов, радиологов, патоморфологов и молекулярных генетиков из разных уголков Российской Федерации: Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Тюмени, Тулы, Йошкар-Олы, Новосибирска, Перми, Краснодара. Были затронуты темы эпидемиологии, диагностики, лечения, профилактики злокачественных новообразований кожи. В рамках конференции были также рассмотрены сложные клинические

случаи из практики. В частности, с докладом «ВПЧ-ассоциированные онкологические заболевания аногенитальной области у мужчин и женщин. Актуальность проблемы. Пути решения» выступила врач-дерматовенеролог консультативного отделения ООСМП МНПЦДК Годзенко Татьяна Анатольевна.

Мероприятие проходило в оживлённой дружеской атмосфере, подразумевающей возможность личного общения и обмена бесценным опытом между специалистами. Это стало не только мощным импульсом для развития онкологической службы страны и междисциплинарных взаимодействий, но и способствовало повышению качества медицинской помощи для наших пациентов!



НОВОСТИ

Лучшая медицинская сестра взрослой поликлиники Тамбовской области работает в ГБУЗ ТОКВКД!

13 МАЯ НА ТОРЖЕСТВЕННОМ МЕРОПРИЯТИИ, ПОСВЯЩЕННОМ МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, СОСТОЯЛОСЬ НАГРАЖДЕНИЕ ПОБЕДИТЕЛЕЙ ОБЛАСТНОГО КОНКУРСА «ЛУЧШИЙ СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК-2026». КОНКУРС ПРОХОДИЛ В ТРИ ЭТАПА, УЧАСТВОВАЛО БОЛЕЕ СТА ЧЕЛОВЕК В ДЕВЯТИ НОМИНАЦИЯХ.

ГБУЗ ТОКВКД с гордостью сообщает, что в номинации «Лучшая медицинская сестра взрослой поликлиники» безоговорочную и заслуженную победу одержала медицинская сестра процедурного кабинета консультативно-диагностического отделения диспансера Асьмина Марина Михайловна!

Марина Михайловна в 1987 году закончила Тамбовское медицинское училище по специальности «Медицинская сестра» и приступила к работе в ГБУЗ ТОКВКД. С 2003 по 2020 год работала главной медицинской сестрой учреждения. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело» и первую квалификационную категорию по специальности «Организация сестринского дела». В настоящее время трудится в должности медицинской сестры процедурного кабинета консультативно-диагностического отделения. В следующем году отметит сороковой юби-

лей своей трудовой деятельности в одном учреждении!

Марина Михайловна — истинный профессионал своего дела. Благодаря коммуникабельности, доброжелательности и стрессоустойчивости умеет находить подход к каждому пациенту. Грамотная, активная. Воспитала несколько десятков молодых специалистов, постоянно оказывая помощь и поддержку коллегам по всем вопросам организации сестринского дела и практических навыков.

Коллектив диспансера поздравляет Марину Михайловну с победой! Вы посвятили себя благородному делу — заботе о здоровье. Пусть за ваши старания, силы, профессионализм и ответственность судьба подарит вам только добро, успех и общую благодарность! Мирного вам неба, профессиональных успехов и оптимизма! Будьте здоровы и счастливы!



Студенты КемГМУ приняли участие в первом онлайн-турнире по дерматовенерологии

В КЕМЕРОВСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ 21 АПРЕЛЯ 2026 ГОДА СОСТОЯЛСЯ ПЕРВЫЙ ОНЛАЙН-ТУРНИР ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. ОРГАНИЗАТОРОМ ТУРНИРА ВЫСТУПИЛ НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ.

Для Кемеровского государственного медицинского университета и кафедры дерматовенерологии и косметологии данное мероприятие имеет особое значение, подобные турниры играют важную роль в формировании и развитии профессиональных компетенций будущих специалистов. Они позволяют студентам применить теоретические знания на практике, развить критическое мышление, научиться быстро принимать решения в нестандартных ситуациях и эффективно взаимодействовать в команде.

В интеллектуальном состязании приняли участие сильнейшие студенты из Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН), Омского государственного медицинского университета (ОмГМУ), Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ) и др.

Команда Кемеровского государственного медицинского университета «Корочки да бляшечки», студенты 5 курса лечебного и педиатрического факультетов: Шевцова Алина — капитан команды, Аракелян Лиана, Барботько Наталья, Елисеева Карина — продемонстрировала высокий уровень подготовки, глубокие знания и клиническое мышление.



Формат онлайн-турнира оказался весьма удачным. Участники отметили высокую динамику соревнований, интересный подбор заданий и доброжелательную атмосферу. Онлайн-платформа позволила организовать интерактивное общение между участниками,

экспертами и организаторами, что создало уникальную возможность обмена опытом и знаниями.

Проведение подобного мероприятия в дистанционном формате является важным шагом в развитии межрегионального сотрудничества

между медицинскими вузами. Это открывает новые перспективы для совместной научной и образовательной деятельности, позволяет обмениваться лучшими практиками и способствует формированию единого профессионального сообщества молодых врачей.

«Хочу подчеркнуть: это событие для кафедры по-настоящему знаковое. Мы впервые принимаем участие в турнире такого уровня и впервые соревнуемся с сильнейшими вузами страны. Это не просто строчка в отчете — это важнейший шаг для профессионального роста наших студентов, для укрепления позиций университета и, конечно, для их будущей самореализации в профессии», — отметила и.о. заведующего кафедрой, дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», доцент, к.м.н. Ольга Евгеньевна Янец.

«Было волнительно, но безумно интересно. Мы впервые оказались в такой конкурентной среде, среди лучших студентов страны. Турнир дал нам не просто новые знания, а понимание того, что мы можем больше. Это тот самый толчок, который заставляет двигаться вперед и развиваться», — подчеркнула капитан команды Алина Шевцова.

МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ №14 (54)

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 10.06.2026

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.