

Как развивается в Санкт-Петербурге и прогрессирует в мире лечение тяжелых дерматозов?

В БЕСЕДЕ С НАШИМ КОРРЕСПОНДЕНТОМ НА ЭТОТ ВОПРОС ОТВЕТИЛ КОНСТАНТИН ИГОРЕВИЧ РАЗНАТОВСКИЙ, ПРОФЕССОР, Д.М.Н., ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА, ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ И КОСМЕТОЛОГ КОМИТЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И СЗФО



– Есть ли особенности в распространенности и течения болезней кожи у россиян – жителей СПб?

– За последние 10 лет спектр дерматозов по распространенности и удельному весу образующих его заболеваний близок в РФ и за рубежом. Но не совсем одинаков. Например, из-за нестабильного климата, повышенной влажности, скачков барометрического давления в СПб выше распространенность и заболеваемость атопическим дерматитом (АтД), экземой, различными формами нейродермита, псориазом. Примечательно, что, согласно исследованиям еще 1980-х гг., достаточно было ленинградцу отъехать всего на 300–400 км на юг или на восток, и у него уменьшались зуд и другие проявления аллергодерматозов.

К тому же в нашем городе чаще рождаются дети с генетически детерминированной дестабилизацией вегетативной нервной системы, эмоциональных и иммунных систем. Поэтому у петербуржцев любые триггерные факторы, включая погодные и стрессовые,

негативно сказываются на обострениях дерматозов. Женщины более предрасположены к таким обострениям, возможно, потому, что они эмоциональнее мужчин.

В СПб еще в 1990-е годы пришла в упадок система диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями, и аллергодерматозами в том числе. Таких больных брали на учет и проводили превентивную терапию, чтобы предотвратить обострения. Очень жаль, что теперь этого не делается, и в результате наши больные много потеряли.

– Как бы на сегодня Вы сформулировали «проблему №1» в работе руководимой Вами дерматовенерологической службы?

– Думается, руководители нашего здравоохранения недооценивают роль того же АтД и псориаза как социально значимых заболеваний.

Окончание на стр. 2

8
16-й Всероссийский съезд
Национального альянса
дерматовенерологов и
косметологов



10
Лабораторная
диагностика
«ключевых» инфекций,
передаваемых половым
путем

12
Век заботы о
забайкальцах



13 Всероссийский Форум
Национального Альянса
дерматовенерологов
и косметологов

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ:
СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

Москва

17–18 октября 2023

ИНТЕРВЬЮ

Окончание. Начало на стр. 1

Этим пациентам требуется сложное лечение, социальная адаптация на работе, в семье и социальные льготы для инвалидов. Но при этих дерматозах их получить очень сложно.

Например, для ребенка с АтД инвалидность не устанавливается, если у него ограниченный дерматит с площадью поражения до 10% поверхности тела или распространенный с поражением 10–30% и обострениями до трех раз в год. Считаю, что уже на этой достаточно тяжелой стадии с серьезным снижением качества жизни ребенок должен получать все льготы, положенные инвалиду!

И только если диагностирован распространенный дерматит с поражением более 30% поверхности тела, обострения более трех раз в год, склонность к непрерывно-рецидивирующему течению и резистентность к лечению, присваивается категория «ребенок-инвалид». А это уже тяжелейшее, запущенное заболевание.

Благодаря правительству СПб у нас действует территориальная программа льготного лекарственного обеспечения таких больных. Однако льгот по инвалидности они лишены. А ведь если в семье ребенок-инвалид, родители получают ежемесячную компенсационную выплату, скидки на коммунальные услуги, сокращение налогов, четыре дополнительных выходных в месяц, бесплатную парковку и ряд других полезных и важных льгот.

К сожалению, наша городская дерматологическая служба не может решить такие проблемы, и это возможно только на общегосударственном уровне.

– Есть ли прогресс в лечении дерматологических пациентов в СПб, в чем он заключается?

– Прогресс есть, и он стал итогом нашего взаимодействия с администрацией города, в том числе с О.Н. Эргашевым, вице-губернатором СПб, который отвечает за здравоохранение, председателем комитета здравоохранения Санкт-Петербурга Д.Г. Лисовцом и непосредственно первым заместителем председателя комитета Сараной Андреем Михайловичем. Думается, мы нашли общий язык и понимание в отношении лечения хронических дерматозов, трудно поддающихся лечению.

В лечении тяжелых форм АтД и псориаза мы продвинулись вперед прежде всего за счет выполнения уже названной мной территориальной программы. Благодаря ее воплощению в жизнь на базе Городского кожно-венерологического диспансера СПб действует Центр генно-инженерной биологической терапии, и в его составе врачебная комиссия по отбору больных с АтД и псориазом для такого лечения и 300-кочный стационар для них.

Улучшилось и лечение пациентов с высоким риском усугубления псориаза и присоединения к нему псориатического артрита. Мы все точнее выявляем молекулярные предикторы этих грозных событий и назначаем превентивную терапию. Здесь нам помогло взаимодействие с ревматологической службой СПб, руководимой академиком РАН Вадимом Ивановичем Мазуровым.

Наша дерматологическая служба на сегодня лидирует в стране по качеству и объему высокотехнологичной помощи данным пациентам. И все же я считаю ее объем еще недостаточным, особенно потому, что число пациентов с тяжелыми дерматозами в СПб растет. Поэтому наш диалог с администрацией города продолжается. Надеюсь, нас услышат и помогут нашим пациентам.

Меня радует и то, что льготные лекарства и перевязочные средства теперь предоставляются и больным СЗФО с врожденным буллезным эпидермолизом.

– А в лечении каких дерматозов Вы видите, наоборот, наименьший прогресс?

– Не только у нас, но и во всех развитых странах практически нет движения в терапии гнойного гидраденита. Это рецидивирующее воспалительное заболевание, трудно поддающееся лечению. По негативному влиянию на трудоспособность больных и качество жизни гидраденит признают одним из самых тяжелых заболеваний кожи.

Гнойный гидраденит – это воспаление волосяных фолликулов с переходом на потовые железы. Заболевание традиционно рассматривают в разделах пиодермий и гнойной хирургии. Поэтому именно хирурги лечат такую болезнь, а роль дерматолога остается неясной. Причины гнойного гидраденита остаются загадкой, как и факторы необычайно сильного, буквально «взрывного» воспаления, сопровождающего этот дерматоз, где участвуют самые мощные из провоспалительных цитокинов и формируется дермальный абсцесс, приводящий к разрушению волосяно-железистого комплекса и распространению гнойного процесса на близлежащие ткани.

Трудно понять и то, почему уже многие годы по этой не столь уж редкой болезни – а заболеваемость гнойным гидраденитом составляет 1–4% в общей популяции – проводится столь немного исследований. В результате клинические рекомендации по ведению таких пациентов отсутствуют, и нет унифицированного и доказательного подхода к лечению.

– Внутри какого класса дерматотропных препаратов, по Вашему мнению, сегодня происходит наиболее заметный прогресс в плане вывода на рынок инновационных лекарств?

– Прежде всего это относится к генно-инженерным препаратам. На только что прошедшем 16-м Всероссийском съезде Национального альянса дерматовенерологов и косметологов мы много говорили об успехах, достигнутых в лечении АтД благодаря моноклональному антителу дупилимабу, блоктору интерлейкинов ИЛ-4 и ИЛ-13 и ингибиторам янус-киназы барицитинибу, упадацитинибу и аброцитинибу.

Недавно на нашем рынке появилось и оригинальное отечественное моноклональное антитело – нетакимаб (Эфлейра®), производитель – компания Биокад). Этот блокатор интерлейкинов специфически связывает ИЛ-17А, провоспалительный цитокин, гиперпродукция которого обусловлена активацией Th17-лимфоцитов.

При хронических иммуновоспалительных заболеваниях, в том числе псориазе, гиперпродукция ИЛ-17 усиливает выработку ряда других медиаторов воспаления. Нетакимаб уже занял достойное место в практике лечения псориаза у российских пациентов. В нашем городе препарат планируется назначить более чем 300 больным.

Мы ждем появления на российском рынке уже зарегистрированного в США в 2021 году руксолитиниба, первого ингибитора янус-киназы в лекарственной форме крема, показанного для лечения АтД легкой и средней степени тяжести, а также топических дерматотропных препаратов из класса пробиотиков. Они хорошо зарекомендовали себя в клинических испытаниях при тяжелой форме себорейного дерматита.

– Есть ли заметный прогресс в других видах лечения дерматозов, кроме лекарственного, например, в физиотерапии?

– Когда мы лечим кожу, мы лечим и весь организм человека. Поэтому системное воздействие физиотерапии важно и полезно для больного.

В развитии физиотерапии в дерматологии нет столь же заметного прогресса, какой был

достигнут при внедрении генно-инженерных препаратов. Тем не менее в комплексном лечении практически любого дерматоза мы «пускаем в бой» это наше старое и верное оружие.

Причем данные методы настолько доказательны, что входят и в отечественные клинические рекомендации. В проекте такого документа 2023 года по терапии АтД указана фототерапия (УФВ 311 нм). Селективная фототерапия применяется дерматологами нашего города и при других дерматозах.

Но российская дерматология накопила большой опыт применения и других физиотерапевтических методов. И мне обидно, что эти недорогие и эффективные приемы применяются все реже. Например, это сегментарные фоно- и электрофоретические воздействия на надпочечники, которые активно участвуют в процессе разрешения различных кожных патологий, электромагнитные воздействия на шейные и поясничные отделы позвоночника, лазеротерапия. Много лет я занимался транскраниальной электростимуляцией ствола мозга и видел в результате заметное уменьшение зуда у пациентов с АтД.

В России было много хороших специалистов по этому направлению, энтузиастов. Думаю, что здесь можно говорить об оригинальной отечественной школе физиотерапии в дерматологии. Хотя на сегодня число ее последователей сократилось, все же остались коллеги, которые продолжают это дело. Поэтому надеюсь, что школа сохранится.

– Можно ли ждать, что уже в обозримом будущем хотя бы один из тяжелых дерматозов станет излечимым?

– На сегодня все те патологии, о которых мы говорим, а прежде всего это АтД, псориаз и различные зудящие дерматозы, это рецидивирующие заболевания, трудно поддающиеся лечению, и почти всегда неизлечимые. Но, несмотря на это, я стараюсь внушить моим больным, что все у них будет хорошо и болезнь отступит. Также и участвуя в последипломном образовании дерматологов СПб, я призываю коллег освоить базовые приемы психотерапии и использовать их в своей практике.

– Зная, что болезнь не пройдет, Вы убеждаете больного, что «все будет хорошо» – правы ли Вы?

– Но я стремлюсь к тому, чтобы все те годы, которые продлится ремиссия, пациент прожил достойной жизнью, где очень важна надежда на исцеление, вера в своего врача, в силу современной медицины.

Добиться этого мы можем с помощью умелого применения психотерапии. Здесь очень полезны знания и опыт, накопленные психодерматологией. Так называется направление, возникшее на стыке психиатрии и дерматологии. Его актуальность определяется значительным числом кожных заболеваний, сопровождающихся психическими расстройствами. Из-за недостатка времени не успею рассказать вам сегодня о том, пусть и не революционном, но быстром и сильном развитии, которое происходит на этом направлении, и о том, как в борьбе с хроническими дерматозами все успешнее применяются, например, контролирование стресса, релаксация и другие приемы.

Если подкрепить психотерапию грамотным назначением психотропных средств и вегетокорректоров, можно существенно улучшить результат применения дерматотропных препаратов. В особенности это относится к стрессогенным формам экземы и псориаза. И раз уж спросили об излечимости хронических дерматозов, замечу, что те немногие случаи полного излечения, которые я видел, происходили именно при этих заболеваниях.

– Насколько плоды обсуждаемого нами прогресса на сегодня доступны российским пациентам?

– Современные методы лечения, включенные в клинические рекомендации европейских стран и США, доступны и жителям нашего города, включая, как я уже рассказывал, и генно-инженерные препараты. Все это входит в отечественные клинические рекомендации, которые составляют ведущие специалисты РФ. Таким образом, по доступности этих средств мы не уступаем развитым странам.

И есть момент, где наши пациенты выигрывают. В Европе трудно обратиться к дерматовенерологу за счет страховой компании. Иногда ожидание составляет даже до года. Попасты же с кожным заболеванием по страховке и быстро можно только к врачу общей практики или семейному доктору. Они и составляют первичное звено того, что можно назвать дерматологической службой европейских стран. А дерматолог подключается только тогда, когда эти доктора не могут справиться с кожной патологией.

В нашем же городе на амбулаторный прием к специалисту можно попасть сразу же в день обращения.

Поскольку хронические дерматозы – это чаще всего системные заболевания, которые становятся своеобразным «эхом» какой-то соматической или психической болезни, мы готовим наших дерматологов таким образом, чтобы они могли размышлять, не ограничивая свой взгляд клинициста лишь на болезни кожи.

В результате они умеют лечить и сопутствующие дерматозам иммунологические, аллергические, гастроэнтерологические, нефрологические и другие заболевания, а к врачам смежных профессий обращаются только в сложных случаях коморбидных патологий. Таким образом достигается многогранный, интегральный подход и в итоге – персонализированное лечение больного со всеми его телесными и душевными проблемами, а не только с дерматологической патологией.

Европейские же и американские врачи работают в системе стандартов. И если они заподозрили, что кожную болезнь «запустил» сильный стресс, они отправят пациента к психотерапевту, но сами от проблемы устроятся. Ситуация же, когда дерматолог назначит, скажем, седативные и транквилизирующие препараты, в западных странах невозможна.

Не хотел бы как-то принизить квалификацию дерматологов западных стран, но некоторые моменты меня просто удивляют. Из опыта медицинского туризма наших соотечественников в Израиль знаю случаи «великолепного» лечения дерматологами этих пациентов, где их буквально «выжигают» на солнце по несколько часов, после чего любая форма псориаза или АтД с высокой вероятностью может перейти в стадию обострения. Что потом происходило с этими людьми мне неизвестно.

В заключение нашего интервью хотел бы обратиться к коллегам и призвать их глубже знакомиться с клиническим опытом по лечению кожных заболеваний, больше размышлять и сомневаться перед принятием каждого решения, чтобы оно стало по-настоящему взвешенным и обоснованным; и еще сочувствовать своим больным, потому что кроме обсужденной нами сегодня нозологической группы вряд ли найдется другая, которая причиняла бы человеку столько душевных и физических страданий.

Беседовал к.м.н. Александр Рылов

ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА С ЗАБОТОЙ О БУДУЩЕМ ПАЦИЕНТА

- **Доказанная эффективность** в отношении кожных и суставных проявлений псориаза¹
- **Снижение риска развития псориатического артрита**¹⁻²
- **Более 3000 пациентов в России** уже получили терапию препаратом Эфлейра®³

¹ Препарат нетакимаб продемонстрировал эффективность в терапии проявлений псориаза в рамках международного многоцентрового рандомизированного плацебо-контролируемого клинического исследования III фазы BCD-085-7/PLANETA. На данный момент представлены результаты основного плацебо-контролируемого периода исследования и открытого периода на протяжении 1 года. Так, к 12 неделе терапия нетакимабом в зарегистрированном режиме дозирования позволяет достигнуть ответа PASI75 у 83%, полного очищения кожи – у 33%. К году терапии доля пациентов, достигших PASI75, PASI90, PASI100, составила 93%, 77% и 56%, соответственно. Проявления ониходистрофии по индексу NAPSI снизились в среднем на 90% к году терапии нетакимабом. Кубанов А. А., Бакулев А. Л., Самцов А. В., Хайрутдинов В. Р., Соколовский Е. В., Кохан М. М., Артемьева А. В., Черняева Е. В., Иванов Р. А. Вестник дерматологии и венерологии. 2019; 95(2):15–28, <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-2-15-28>

² У пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом (BSA>3) вероятность развития псориатического артрита в 2 раза выше, чем при отсутствии кожных проявлений (OR 2,27; 95% CI 1,73-3,01). Нетакимаб обеспечивает снижение тяжести псориатического поражения, тем самым снижая риск прогрессирования псориаза и развития псориатического артрита. Mease PJ, Etzel CJ, Huster WJ, et al. Understanding the association between skin involvement and joint activity in patients with psoriatic arthritis: experience from the Corrona Registry. RMD Open 2019;5:e000867. doi:10.1136/rmdopen-2018-000867

³ Уже почти 2000 пациентов нашли возможность лечить псориаз с помощью препарата Эфлейра® (Data of Patient Recruitment Tracker Biocad). Согласно проведенному фармакоэкономическому анализу нетакимаб является наиболее доступным и оптимальным с фармакоэкономической точки зрения таргетным препаратом в терапии средне-тяжелого и тяжелого псориаза. Для получения более подробной информации о препарате ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата Эфлейра®, ЗАО «БИОКАД», Россия. Краткая инструкция по применению препарата Эфлейра®. Перед началом применения ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарат Эфлейра®. Краткое описание препарата Эфлейра®: Нетакимаб, раствор для подкожного введения 60 мг/мл РУ № ЛП-005439 Показания к применению: Лечение бляшечного псориаза среднетяжелой и тяжелой степени у взрослых пациентов, когда показана системная терапия или фототерапия; лечение активного анкилозирующего спондилита у взрослых пациентов при недостаточном ответе на стандартную терапию; лечение активного псориатического артрита в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом при недостаточном ответе на стандартную терапию. Противопоказания: Гиперчувствительность к нетакимабу, а также к любому из вспомогательных веществ препарата; клинически значимые инфекционные заболевания в острой фазе, включая туберкулез; детский и подростковый возраст до 18 лет; беременность, грудное вскармливание. С осторожностью: Следует соблюдать осторожность при назначении нетакимаба пациентам с хроническими и рецидивирующими инфекциями или с анамнестическими указаниями на них, в периоде ранней реконвалесценции после тяжелых и среднетяжелых инфекционных заболеваний, а также после недавно проведенной вакцинации живыми вакцинами; в связи с ограниченными данными клинических исследований о применении нетакимаба у пациентов в возрасте старше 65 лет, следует соблюдать осторожность при назначении препарата пациентам указанной возрастной группы; в связи с отсутствием сведений о применении нетакимаба у больных воспалительными заболеваниями кишечника, следует избегать его назначения пациентам с болезнью Крона или язвенным колитом. Режим дозирования: Псориаз: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем 1 раз каждые 4 недели. Анкилозирующий спондилит: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем каждые 2 недели. Псориатический артрит: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем каждые 2 недели до недели 10, далее 1 раз в 4 недели. Особые указания: Наличие таких потенциально тяжелых инфекций как ВИЧ, активный гепатит В и/или С, сифилис, туберкулез, относится к противопоказаниям для назначения нетакимаба. Перед назначением препарата Эфлейра® и в ходе терапии необходимо проводить стандартный скрининг на туберкулез. Пациентам с латентным туберкулезом рекомендуется пройти стандартный курс противотуберкулезной терапии перед началом терапии препаратом Эфлейра®. При использовании нетакимаба потенциально возможно развитие реакции гиперчувствительности. При возникновении анафилактических или других серьезных аллергических реакций применение препарата Эфлейра® следует немедленно прекратить и начать соответствующую симптоматическую терапию. Наличие алкогольной или наркотической зависимости, а также психических расстройств может стать причиной несоблюдения пациентом графика лечения нетакимабом, что, в свою очередь, может привести к снижению эффективности терапии. Не следует проводить иммунизацию живыми вакцинами в ходе лечения препаратом Эфлейра®, так как клиническая оценка безопасности данного взаимодействия в рамках клинических исследований не проводилась. Иммунизация инактивированными вакцинами во время терапии нетакимабом должна выполняться с осторожностью. Побочное действие: наиболее частой нежелательной реакцией в проведенных клинических исследованиях была нейтропения, большинство случаев которой были легкой или средней степени тяжести и не требовали прекращения лечения. Часто (от 1 до 10%) встречались инфекции верхних дыхательных путей, нейтропения, лейкопения, лимфоцитоз, повышение активности АЛТ, АСТ, положительный результат исследования на комплекс Mucobacterium tuberculosis. Иммуногенность: в ходе клинических исследований препарат Эфлейра® при лечении псориаза и анкилозирующего спондилита выработка связывающих антител к нетакимабу была зарегистрирована менее чем в 0,5% случаев. Нейтрализующих антител выявлено не было. Условия хранения: при температуре от 2 до 8 °С в защищенном от света месте. Не замораживать! Срок годности: 2 года. Отпускают по рецепту.

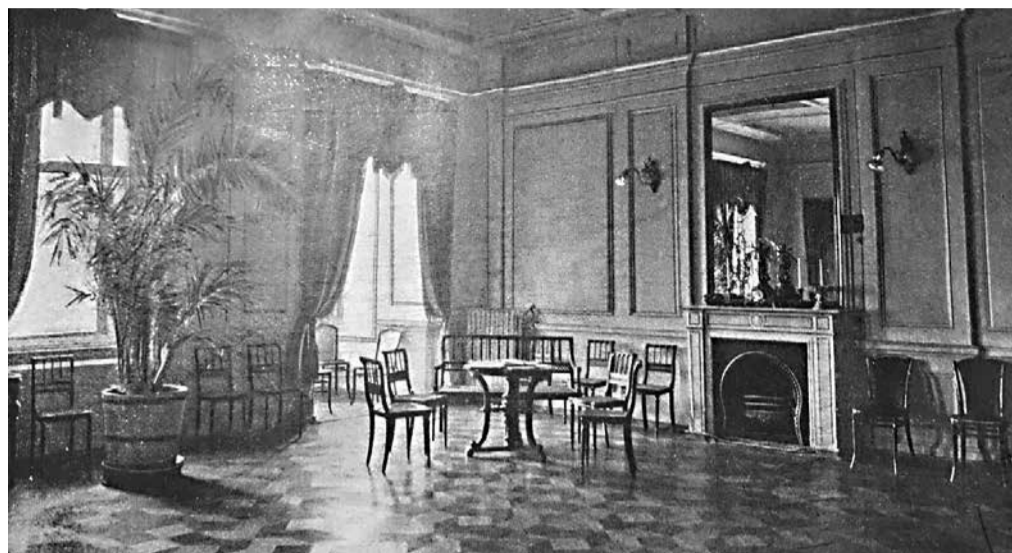
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Становление косметологии в России. Первый Московский институт врачебной косметики

РАЗВИТИЕ КОСМЕТОЛОГИИ В РОССИИ ПРОХОДИЛО В НЕСКОЛЬКО ЭТАПОВ, ЧЕРЕДОВАЛИСЬ ПЕРИОДЫ ПРОЦВЕТЕНИЯ И УПАДКА, В ОСНОВНОМ СВЯЗАННЫЕ С ПОЛИТИЧЕСКИМИ СОБЫТИЯМИ В СТРАНЕ.

В XVIII веке, когда представители женской половины российской аристократии стали активно посещать светские мероприятия, перещеголять друг друга не только нарядами, но и свежестью лица, красотой фигуры и изысканностью ароматов для дам стало делом принципа. В элитных кругах считалось особой роскошью выписывать специалистов по косметике из-за границы. Особую популярность после войны 1812 года приобрели парижские мастера – законодатели моды и стиля. Барышням из менее обеспеченных семей приходилось довольствоваться услугами местных цирюльников и парфюмеров, носивших с собой чемоданчики с косметикой. Однако такая частная практика не была законодательно регламентирована, и на основании многочисленных прошений о выдаче лицензий на занятие врачебной косметикой вопрос о порядке получения такого документа был рассмотрен Медицинским советом (Постановление от 29 апреля 1907 года за номером 424) и утвержден Министерством внутренних дел 14 ноября 1907 года. Этот документ гласил, что право заниматься «уходом за красотой лица и тела» предоставлялось лишь тем, кто окончил школу массажа и врачебной гимнастики, в программу же самих школ должны быть включены уроки по физике («об электрической энергии») и первой помощи («о ранах и об опасности их загрязнения»), язвах, кожных заболеваниях и др. Обладатели дипломов «по уходу за красотой лица и тела», получившие их за границей или в Финляндии, обязаны были предоставлять свидетельства об окончании 4 классов правительственной гимназии и по всем предметам сдавать экзамены в русской школе массажа. 16 мая 1908 года Управление главного врачебного инспектора разослало Врачебным управлениям циркуляр, содержащий порядок получения свидетельств на право заниматься врачебной косметикой, а также программу для школ массажа, по которой должно проводиться обучение.

Осенью 1908 года в Москве Обществом врачей и химиков был создан кружок, в скором времени преобразованный в Первый московский институт врачебной косметики (1909). Его создатели ставили перед собой задачу дать возможность русской публике получать на Родине те продукты, за которыми приходилось ездить за границу, и развить те способы гигиенического ухода за красотой тела, которые бы имели научное обоснование.



Садовая-Триумфальная улица, дом 205

Ими выделялись гигиеническая косметика, целью которой было сохранять чистоту тела, врачебная косметика – нечто среднее между гигиеной и лечением – и «научная косметика – искусство сохранять и улучшать природную красоту, не вредя никакой ткани организма». Сформировавшееся Общество единомышленников, располагавшее достаточными средствами для приобретения лучших косметических приборов и косметической продукции за границей, приняло решение создать институт, в связи с чем был составлен и утвержден Устав Первого московского института врачебной косметики. Трое из его учредителей были командированы Правлением института за границу для изучения «из первоисточников всех научно обоснованных приемов ухода за волосами, лицом, руками, бюстом и другими частями тела». Были приобретены исключительные права на ввоз, производство и продажу в России «лучших веществ от крупнейших фирм Англии и Франции». 1 октября 1909 года институт начал функционировать в полную силу, распахнув свои двери для посетителей на Садовой Триумфальной улице в доме номер 205.

Каково же было устройство института? Он располагал несколькими специализированными кабинетами:

1. Смотровой зал включал в себя: стеклянный шкаф, для хранения применявшихся здесь средств и литературы, издаваемой институтом; вариостат Коха, дающий различные виды тока, с помощью

также эргостат Швабе – аппарат для гимнастики при недоразвитии мускулатуры рук, плеч и бюста.

2. В лечебном кабинете № 1 на специальном кресле проводились массажи лица по системам Л. Жаке (L. Jacquet) и Р. Леруа (R. Leroy) «для поднятия тонуса отвисших жировых и кожных складок у пожилых и поживших лиц», а также для улучшения кровообращения при угрях, исчезавших при данной манипуляции полностью через 6-8 недель. Вибратор Рейнигера предназначался для поднятия тонуса мышц лица, а вибратор Арнольда – для удаления бородавок и мозолей. Особо следует отметить пневматический вибрационный аппарат с насосом Лева (Lowe), имевший три хода: нагнетающий, всасывающий и толкающий взад и вперед. Прибор применялся для придания бледности и избавления от венозного застоя у пациентов «при



Паровой душ для лица Заальфельда

которых проводились прижигания бородавок и заусенцев, электролиз излишних волос и родимых пятен, сокращение расслабленных мышц на лице (гусиные лапки, мешки под глазами), а также сокращения стенок отвисших животиков, а синусоидальный ток вариостата использовался для усиления перистальтики кишечника при запорах; паровой душ для лица Заальфельда в сочетании с мельчайшей пылью мыльного раствора использовался при себорее и черных точках, прекрасно обезжиривал лицо и избавлял от комедонов, а

красном лице с налитыми подкожными венами», у дам с женскими болезнями и у лиц, страдающих запорами.

3. Лечебный кабинет № 2 был оснащен самым современным маникюрным столиком V. Helten, а все средства и инструменты для маникюра и ухода за кожей рук поступали по спецзаказу Института из Парижа от Мэр (M. Maire) и Берлина от Симонс (H. Simons). При помощи пневматического вибратора Заблудовского проводились массажи волосистой части головы при алопеции, а специальная насадка вибратора использовалась для увеличения «недоразвитых грудных желез у малокровных дам». В арсенале кабинета также имелись два аппарата (один – в виде ванны с калийными лампами, а другой – в виде воздушного душа) для лечения сухим горячим воздухом «ожирелых животов, поясниц, груди и пр.». После разогрева кожных покровов пациентам проводился массаж с йодистой мазью проф. Пашкиса (H. Paschkis), пролонгирующей тепловой эффект процедуры.

Правление Института сделало все возможное для удовлетворения нужд самой взыскательной и капризной публики, его создатели не сомневались в том, что «все косметические изъяны, неурядки и уклонения от нормы, касающиеся лица, волос, бюста и рук – всегда могут быть устранены...». Девизом Института стали слова Шекспира: «...И возраст самый ничего не может сделать с ней!».

В 1909 году вышло в свет одно из первых русских руководств по врачебной косметике и массажу «Курс врачебной косметики для врачей, массажисток и публики», автором которого был врач, специалист по мануальной терапии Н.В. Слетов.

Дополнительные программы
по уходу за красотой лица и тела для школ массажа и врачебной гимнастики.

I. Свидѣнія по физикѣ въ примѣненіи къ массажу.

- 1) Общія понятія объ электричествѣ.
- 2) Гальванической или постоянной токѣ, фарадической, или индукціонной (прерывистой) токѣ.
- 3) Элементарныя свѣдѣнія о физиологическомъ дѣйствіи токѣ.
- 4) Элементарныя свѣдѣнія объ устройствѣ аппаратовъ для электризаціи постояннымъ и прерывистымъ токѣмъ: батареи, указатели силы и направленія тока, реостатъ, коммутаторъ, проводящіе проволоки и шнуры, электроды, гальванометръ. Замыканіе и размыканіе тока. Санний аппаратъ Дюбуа-Реймонда.
- 5) Электрической массажъ: способы производства; показанія.

II. Свидѣнія по подачѣ первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ и внезапныхъ заболѣваніяхъ.

- 1) Происхожденіе поврежденій и различіе ихъ виды. Значеніе поврежденій для всего организма и для тѣхъ частей тѣла или органовъ, которые пострадали.
- 2) Ушибы (кожи, суставовъ, мышцъ, костей, отдѣльныхъ органовъ). Симптомы и теченіе. Подача первой помощи.

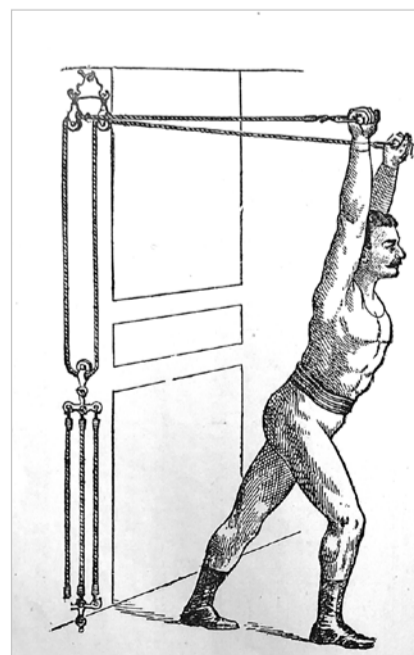


Рис. 1.

Эргостат Швабе



Табл. I.

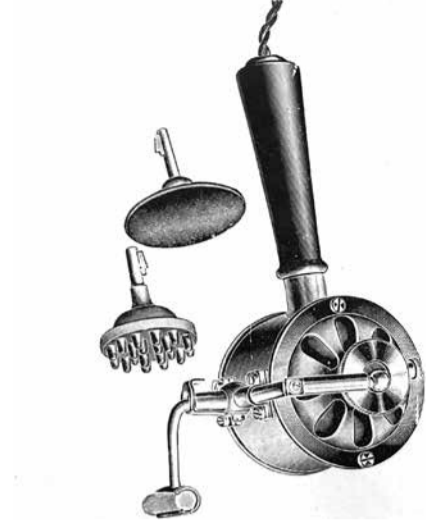
Рис. 2.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

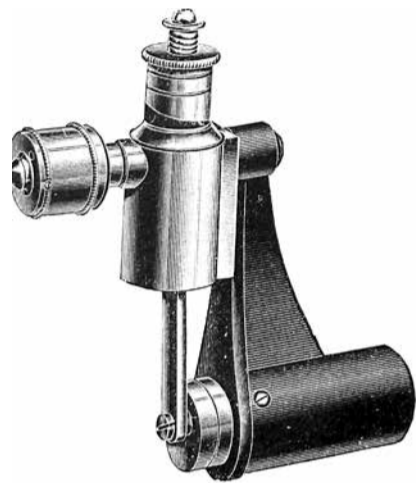
Руководство содержит анализ десяти иностранных источников с 1893 по 1907 гг., 30 рисунков и несколько разделов. В разделе «Красота и здоровье» автор, анализируя красоту лица и тела человека, связывает ее с состоянием здоровья, питанием, косметическим уходом и гигиеническими процедурами. Из всех отклонений форм тела автор обращает особое внимание на ожирение и исхудание, причины которых он усматривает в образе жизни человека.

Слетов особо подчеркивает важность гигиены для поддержания красоты. У древних народов это искусство было очень развито, например, Клеопатре приписывают трактат «о лекарствах для лица», впоследствии сгоревший при пожаре в Александрии. Гигиенические средства призваны укреплять здоровье, поэтому Слетов резко отрицательно высказывается в своей книге о средствах, «заставляющих быстро худеть», к которым относит уксус, лимонный сок, препараты щитовидной железы, а также ограничение питья, частые суховоздушные ванны и др. Автор считает «медициной будущего – гигиену, но не аптеку, а научной косметикой – искусство сохранить и улучшить данную от природы красоту, не вредя никакой ткани». Он сетует на то, что люди в «наше лицемерное время» стыдятся всякой заботы о своей красоте, считая, что красота – это Божий дар и что она так же свободно расцветает, как цветы на лугу. Однако косметика стала другой, она перестала быть только «маскировочной», но стала заботиться о красоте и здоровье лица и тела. Автор дает множество рекомендаций по уходу за собой. Так, подробно разбирая красоту бюста, он считает хорошим средством ухода за ним корсет и специальные массажи для поддержания красоты и молодости этой немаловажной части тела. Для красоты фигуры помимо прогулок и массажа полезны упражнения на эргостате, вращение которого укрепляет мышцы «передней поверхности туловища», катание на искусственных комнатных лодках для развития мышц плечевого пояса и спины. Также полезными для фигуры являются употребление внутрь рыбьего жира, препаратов мышьяка и железа, а для сохранения правильной формы живота (например, после беременности) – бинтование, специальные техники массажа и «электризация».

В следующем разделе «Кожа, ее жизнь и косметика» обсуждается строение кожи и уход за ней. Автор делит все косметические средства на две большие группы:



Вибратор Арнольда

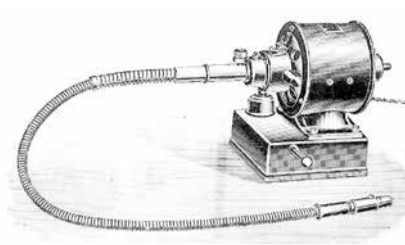


Аппарат Лева

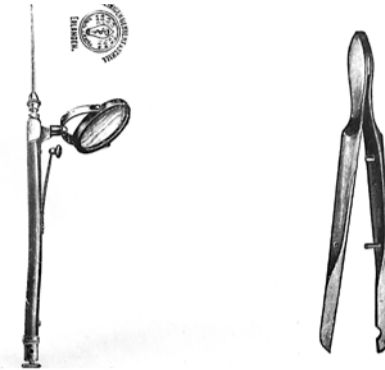
- служащие гигиене и чистоте тела: вода, пар, различные по составу мыла, жиры – кремы, пасты и эмульсии, глицерин, алкоголь, щелочи – бура, соли натрия и калия, кислоты;

- закрывающие недостатки, по выражению автора, «обманывающие себя или других».

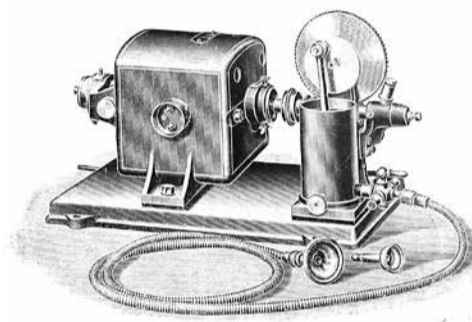
Большое внимание уделено воде – древнейшему и лучшему из косметических средств, по мнению Слетова. Важна и ее температура, и частота, и правила проведения водных процедур: не следует оставлять лицо влажным после умывания, а также выходить на воздух сразу после водной процедуры. О любителях умываний холодной водой знаменитый австрийский врач и основоположник научного водолечения Вильгельм Винтерниц (1835–1917) писал: «Их кожа суха как ремень; неэластична,



Вибратор Рейнегера



Игла для электролиза и щипцы



Пневматический вибратор Забудовского

лишена жира, бедна кровью и производит впечатление безжизненной». Поэтому фанатикам ледяных омовений рекомендуется завершать их тщательным растиранием лица до красноты. Однако грамотное применение разнообразных контрастных водных процедур существенно улучшает качество кожи и способствует улучшению здоровья, и в книге Слетов посвящает описанию этих процедур несколько страниц.

Он также выделяет виды массажей лица: массаж и гимнастика лица, косметический массаж по Лангеру, противосеборейный лечебный массаж, массаж Забудовского. Этот раздел книги содержит также сведения о лечении себореи, профилактике угрей, уходе за жирной кожей, морщинистой кожей, правильном загаре, борьбе с черными точками и

веснушками и др. В разделе «Волосы» обсуждаются мытье волос, удаление волос, борьба с выпадением, грибковое поражение волос. В начале XX века, вопрос о частоте мытья волос мог поставить обывателя в тупик. В ответ вы могли бы услышать: раз или два в год, голову вообще не нужно мыть во избежание простуды, а только вычесывать мелким гребнем, отшелушивая грязевые корочки, поэтому в руководстве подобные господа и дамы с удивлением обнаруживали, что, оказывается, голову нужно мыть два раза в неделю, да еще и с мылом. В книге подробно рассмотрены лечение себореи, включая формулы применяемых настоек для протирания и средств мытья, а также лечение выпадения волос и «уменьшение плешей». Интересно, что уже существовали средства удаления волос на лице. Слетов описывает три способа удаления волос и оценивает их преимущества и недостатки: – химический (например, серноокислым мышьяком, который, всасываясь в кровь, мог вызвать отравление); – механический (выдергивание щипчиками – болезненное и могло спровоцировать рожу, особенно при удалении волос из носа); – электролиз (через вколотую в волосяной мешочек иглу пропускается ток).

Какой же переворот в сознании публики относительно ухода за собой и сохранения красоты произвело это руководство, с которым и в настоящее время интересно ознакомиться!

В 1911 году С.И. Маржецкий публикует на основе лекций, прочитанных им в аудиториях московского Политехнического музея, «Руководство по врачебной косметике и лечению волос».

Издателем этой книги стал Московский институт врачебной косметики провизора А.М. Остроумова, известного парфюмера и весьма неординарного бизнесмена, обладавшего широкими связями и использовавшего в рекламе своей парфюмерной продукции прим-балерин и театральных звезд, становившихся ее преданными поклонниками и не выходивших на сцену, не надев аромат «Остроумова». Этот институт, открытый 8 октября 1910 года, обладал уникальной лабораторией и стал крупнейшим по тем временам институтом врачебной косметики в России.

Сточик А.А.

Из истории становления косметологии в России.

Первый институт врачебной косметики.

Бюллетень Национального НИИ Общественного здоровья им. Н.А. Семашко 2019;3:4-88-95

Взаимосвязь естественно-научной медицинской и философской антропологии в творчестве Н.И. Пирогова

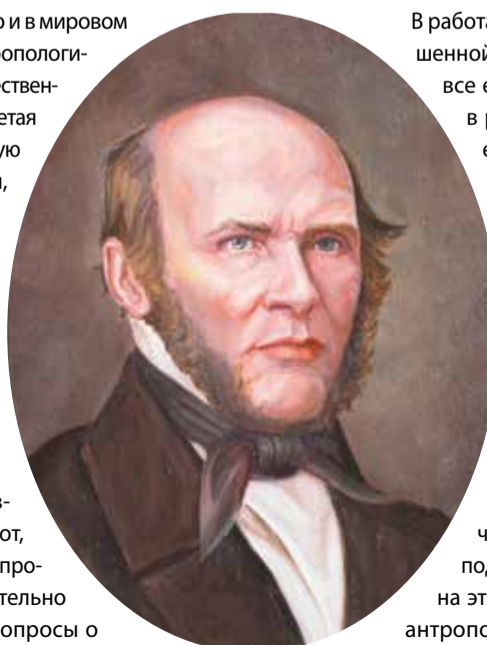
Н.И. Пирогов – гордость отечественной науки и культуры – известен прежде всего как гениальный хирург с мировым именем. Он был не только блестящим медиком, но и ученым, педагогом, мыслителем. В центре его мировоззренческих исканий всегда находился человек, его сущность, смысл жизни, поиски идеала. Проблема мировоззрения занимает первостепенное место в философских взглядах Н.И. Пирогова. Он рассматривает ее в двух аспектах:

- место и роль мировоззрения в становлении человека, личности;
- роль мировоззрения в деятельности ученого, естествоиспытателя.

В связи с этим в мировоззрении Н.И. Пирогова оказывался целый комплекс антропологических идей. Известно, что антропология как наука о человеке многогранна. Для хирурга Пирогова, безусловно, характерна близость к естественно-научной медицинской антропологии, которая определяет место человека в царстве живых существ, изучает его телесную организацию. В области анатомии и физиологии успехи Н.И. Пирогова общеизвестны не

только в национальном, но и в мировом масштабе. Однако его антропологические идеи выходят за естественно-научные рамки, приобретая особую мировоззренческую направленность и смысл, что и требует специального философского анализа.

Антропологические идеи развивались в отечественной и мировой философии, просматриваясь от исканий Средневековья вплоть до современных концепций, и сопровождалась появлением философских работ, специально посвященных проблемам человека. Замечательно то, что свои ответы на вопросы о сущности человека давали деятели науки, естествознания, медицины.



В работах Н.И. Пирогова нет завершенной системы антропологии, но все его идеи концентрируются в размышлениях о человеке, его бытии, его противоречивости и в то же время целостности. В них прослеживается переход от медицинской антропологии к философской. На принципиальную возможность такого перехода и его закономерность указывают многие исследователи. Так, К. Ясперс, касаясь «вопроса о человеческой природе как таковой», подчеркивал, что «свои ответы на этот вопрос есть у биологов, антропологов, богословов, философов», пересекающихся именно в его решении. Интересная точка зрения у богословов

на эту проблему. Митрополит Минский и Слуцкий Филарет в статье «Богословие и антропологические концепции XX века», отмечая, что «богословие по существу своему антропологично потому, что его адресатом является человек», в то же время говорил о заинтересованности богословия в том знании о человеке, которое накопила современная наука, а также философия. В отличие от специальных наук – биологии, психологии, социологии и др. – «философская антропология стремится выявить сущностные характеристики человека, понять его природу или же его особое место в мироздании».

Как естествоиспытатель и врач, Н.И. Пирогов рассматривает человека прежде всего как природное существо, находящееся в ряду других живых организмов. Н.И. Пирогов сопоставляет человека с любыми другими существами, указывает на моменты общности и различия. К таким общим моментам он относит «ощущения нашего бытия» в нашем уме и «чувство бытия» у животных. Первым толчком его появления служит, – говорит ученый, – действие внешнего мира на чувства, но «самая суть и ощущение»

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

ния бытия... скрывается глубоко в существе самого жизненного начала». Мощное жизненное начало Пирогов объясняет с позиций биоцентрического понимания природы, смысловым ядром которого является понятие жизни.

Пирогов не отрицает связи человека с животным миром, «принимая весьма хладнокровно взгляд на происхождение мое, – как он отмечает, – от обезьяны», но при этом он не принимает «ни малейшего намека на отсутствие творческого плана и творческой целесообразности в мироздании». Признавая учение Ч.Р. Дарвина, Н.И. Пирогов в то же время ставит вопрос о том, «что заставило атомы вещества складываться в оформленное существо, способное к самостоятельному бытию, к борьбе за существование, наследственности и произведению новых себе подобных или несходных с собой существ». И, отвечая на него, говорит о том, что никогда не признает, чтобы первобытная клетка «не заключала в себе творческой мысли в ее конечном назначении и творческого (целесообразного) предопределения».

По его мнению, прогресс в науке, безусловно, «утончает опыт», но не может ответить на вопрос, что же заправляет «органической фабрикой». В связи с этим он прямо говорит, что верховный разум и духовная воля Творца, проявляемые целесообразно, – прочное, неизменное, абсолютное начало. Такой переход в анализе антропологических проблем, по существу, на позиции религиозного мыслителя, связан, на наш взгляд, с общей гуманистической ориентацией Н.И. Пирогова как врача.

«ВЕРУ, – ПИШЕТ Н.И. ПИРОГОВ, – Я СЧИТАЮ ТАКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СПОСОБНОСТЬЮ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ БОЛЕЕ ВСЕХ ДРУГИХ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО»

Если ощущение бытия роднит человека и животное, то различие между ними Н.И. Пирогов усматривает в том, что оно связано с его самосознанием, являющимся основой для веры. Животное же, ощущая свое бытие, не осознает этого ощущения, сливаясь с окружающим миром. «Веру, – пишет Н.И. Пирогов, – я считаю такой психической способностью человека, которая более всех других отличает его от животного».

В своих оценках мировоззренческих выводов из данных естественных наук, особенно касающихся природы и сущности человека, Н.И. Пирогов близок к позиции своего современника – русского религиозного мыслителя Н.Н. Страхова, который, будучи высокообразованным человеком в области естественных наук, в том числе и биологии, в то же время выступал против «просвещения» (введенный им термин), т.е. против идолопоклонства перед ними. Первоисточник духовного кризиса он связывал с «религиозной пустотой», воцаряющейся в обществе.

Близкую к этому оценку ситуации в современной ему науке дает и Н.И. Пирогов. Значительное место в его работах отведено проблемам телесности человека, к которой он подходил не только с позиции практикующего врача, но и как организатор здравоохранения в стране. Медицину он рассматривает прикладной наукой, которая имеет «дело прямо со всеми атрибутами человеческой природы. Все это определяется громадной ответственностью перед обществом и перед самим собой, которую принимает на себя тот, кто получает, – подчеркивает Пирогов, – вместе с дипломом врача некоторое право на жизнь и смерть другого». Врач обязан рассматривать человека как сложную многоуровневую систему, которая реагирует не только на внешние воздействия и которую нельзя уподоблять машине. «Кондильяк утверждал, – пишет Н.И. Пирогов, – что человек без внешних чувств – статуя. Это неправда... Сознание в себе памяти, мысли, воображения, без сомнения, возбуждается и поддерживается внешними и органическими чувствами; но нет причины, мне кажется, отвергать возможность этого сознания и при отсутствии внешних и органических чувств». Но и при этом необходимо иметь в виду, что человек – не просто

биологическое существо. Поэтому рассмотрение телесности даже на уровне медицинской антропологии требует от врача более масштабного взгляда на человека, учитывающего особенности индивида, его личностные характеристики. В связи с этим Н.И. Пирогов вводит понятие «индивидуализирование», которое обозначает «новую, еще не початую отрасль знания». Она, по мнению мыслителя, может быть развита тогда, когда изучение «человеческих особей» настолько продвинуется вперед, что каждую из них можно

«НЕ ДОЛЖНЫ ЛИ МЫ ВСЕ СТРЕМИТЬСЯ К ПРИВЕДЕНИЮ НАШЕЙ ЖИЗНИ В ГАРМОНИЧЕСКОЕ ЦЕЛОЕ, Т.Е. К РАВНОМЕРНОМУ РАЗВИТИЮ РАЗНЫХ СТОРОН НАШЕЙ УМСТВЕННОЙ И ДУХОВНОЙ ЖИЗНИ?»

будет отнести к той или иной категории, а «свойства каждой категории противостоять внешним и органическим (внутренним) влияниям будут известны» – тогда и статистика в здравоохранении с ее цифровыми данными получит иное значение, при котором качественные характеристики станут определяющими.

Медицинская антропология конкретизирует общеполитический вопрос о том, что такое человек, придавая ему более частный характер: что есть человек в медицине? Здоровый? Больной? Каковы особенности его поведения, жизни? «Индивидуализирование» же, по Пирогову, как принципиально новый подход к человеку раздвигает рамки медицинской антропологии, предполагая более высокий уровень рассмотрения человека, т.е. предполагает переход к философской

антропологии. А это означает, что понимание телесности врачом сопряжено и с социальным аспектом; индивидуализирование требует углубленного понимания сознания человека, его духовности, в том числе и веры; становится необходимым анализ бытия человека с точки зрения среды его жизни, воспитания и т.д. Примечательно, что этот переход от медицинской антропологии к обобщенной, философской Н.И. Пирогов осуществляет органично, хотя целостной антропологической концепции он не разрабатывает.

В работах ученого можно выделить ряд «тем» такого перехода.

I. Как было отмечено, проблема телесности занимает значительное место в работах хирурга. Однако он затрагивает ее не только как теоретическую проблему медицины, но наполняет ее социальным смыслом, связывая с «общественным милосердием», которое «принадлежит к убеждениям новейшего времени, еще совсем не укоренившимся». И что еще более ценно – он придает этой проблеме практическое значение, а именно:

- как, сообразуясь с телесностью человека, решать вопросы организации его лечения;
- какие типы госпитальных сооружений наиболее оптимальны для массового лечения людей;
- какое значение имеет гигиена в жизни людей и в их лечении;
- как должна быть организована профилактика заболеваний.

II. Если проблемы телесности человека, его связи с животным миром Пирогов анализирует сначала как относящиеся к медицинской антропологии, то проблемы «пространства и времени человеческого бытия и развития», «целостности человека и его противоречивости», «веры и человека», «человека и вселенной» трактуются им преимущественно в сфере философской антропологии, и из этого понимания хирург Пирогов извлекает практически важные смыслы для лечебной деятельности.

В «Дневнике старого врача» достаточно четко обозначена проблема «двойника» как выражение противоречий в телесном и духовном пространстве человека. «Странно и непонятно, – пишет Пирогов, – свойство делиться нашего Я.

Он усматривает его в единстве сознания и бессознательного: «вполне сознательное мышление имеет свою бессознательную логику». Пирогов отчетливо обозначает проблему бессознательного как объект анализа, исследования. Он подчеркивает, что для точного решения вопроса о сознательности и бессознательности наших ощущений, мыслей и суждений необходимо умение превращать свое субъективное «Я» в объект постоянного и непрерывного наблюдения этого же самого субъекта им же самим.

Однако эту амбивалентность человека Пирогов не считает таинственной и роковой, так как мир, в котором живут люди, противоречив и диалектичен по своему существу. «Понятие о беспредельном пространстве, – пишет ученый, – имеет свое отрицание в измеряемых и оформленных предметах, понятие о бесконечности времени отрицается часами и минутами; для жизни служит отрицанием смерть; даже для уяснения одного из свойств божеской природы – добра – сделался необходимым дьявол».

В связи с этим размышления Н.И. Пирогова о противоречивости человека деятельны и конструктивны, потому что направлены на обретение человеком гармонии в нем самом, в его жизни, в его отношении к другим людям, окружающему миру. «Не должны ли мы все стремиться к приведению нашей жизни в гармоническое целое, т.е. к равномерному развитию разных сторон нашей умственной и духовной жизни?» – задает вопрос Н.И. Пирогов. Отвечая на него, он подчеркивает, что «такая высокая цель – не утопия. Напротив, утопия то, когда мы полагаем благодействовать человеческое общество, ведя его по одному пути знания к неведомой и недостижимой цели».

Большую роль в обретении этой гармонии Пирогов отводит вере. Для человека важно не только познание, понимание окружающего мира, в чем ему помогает наука, но и ответ на вопрос: как жить в этом мире? Как быть в нем? Как гармонизировать с ним свои отношения?

Н.И. Пирогов не считал «двойственную бухгалтерию» (признание и науки и веры) невозможной и абсурдной. Более того, он подчеркивал, что личность, имеющая таковую, «может быть в одно и то же время и человеком науки, и человеком веры, – и в вере и в науке вполне искренним». Именно вера может помочь человеку ответить на эти вопросы, являясь существенной доминантой в организации духовного мира человека и последней, окончательной и главной, как подчеркивает Пирогов, ставкой человека: действительно, с чем он уходит в вечность и как воспринимает эту неизбежность?

«КОНДИЛЬЯК УТВЕРЖДАЛ, – ПИШЕТ Н.И. ПИРОГОВ, – ЧТО ЧЕЛОВЕК БЕЗ ВНЕШНИХ ЧУВСТВ – СТАТУЯ. ЭТО НЕПРАВДА... СОЗНАНИЕ В СЕБЕ ПАМЯТИ, МЫСЛИ, ВООБРАЖЕНИЯ, БЕЗ СОМНЕНИЯ, ВОЗБУЖДАЕТСЯ И ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ ВНЕШНИМИ И ОРГАНИЧЕСКИМИ ЧУВСТВАМИ; НО НЕТ ПРИЧИНЫ, МНЕ КАЖЕТСЯ, ОТВЕРГАТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ЭТОГО СОЗНАНИЯ И ПРИ ОТСУТСТВИИ ВНЕШНИХ И ОРГАНИЧЕСКИХ ЧУВСТВ»

Особенность рассуждений Пирогова о вере не только в их метафизическом смысле и значении, но и в том, что он переводит их в практическую плоскость, обозначая тему «врач и вера», о чем было упомянуто выше. Размышления Пирогова о благодати молитвы не могут быть объяснены только за счет признания его исключительно религиозным мыслителем, особенно когда он называет ее «целебным свойством». «Не безумно ли, не бесчеловечно ли, – пишет он, – отнимать у себя и у других ведома целебное средство потому только, что оно не укладывается в рамки доктрины, еще далеко не раскрывающей правды?». Не отвергая точности и неоспоримости учения, в том числе и медицины, основанного на опыте, научном анализе Пирогов подчеркивает в то же время, что мы не должны, посвящая себя этому

учению, оставлять нетронутыми и неразвитыми другие потребности духа. В своих философско-антропологических воззрениях Пирогов предстает мыслителем более сложным, многосторонним, чем исключительно как ученый или религиозный философ. Философско-антропологические взгляды Пирогова включают сложную проблему «человек и вселенная», различные грани которой представлены в «Дневнике старого врача». Исходным пунктом рассмотрения этой проблемы выступает идея мирового мышления: «Я, – пишет он, – все толкую в моем мировоззрении о мировой мысли. Да где же мировой мозг? Мысль без мозга и без слов! Разве это не абсурд в устах врача?» Развивая свою гипотезу о мировой мысли, Пирогов обращает внимание на ряд моментов.

1. Он считает, что в веществе действует жизненная сила, которая проявляется в мельчайших эфирных элементах вещества. Она приспособляет все механические и химические процессы к выполнению определенных функций, поэтому жизнь – это осмысленная, безгранично действующая сила, которая управляет всеми свойствами вещества. Она непрерывно стремится к достижению известной цели, а именно – осуществлению и поддержке бытия. Проявление жизненной силы в веществе определяет всеобщую одушевленность природы – это пантеистическое воззрение, согласно которому мировая мысль главенствует над материей, не являясь ее специфической функцией.

2. Пирогов обращает внимание на то, что представление об общей мировой жизни не может быть у человека конкретным или чисто фактическим, но эта «жизнь существует, и мы существуем, мыслим и действуем в ее непостижимом для нас по своей громадности круговороте». Мы, всегда и везде видящие и ощущающие границы пространства, начинаем помышлять о безграничном; не видя и не ощущая неизмеримого и безграничного, признаем фактически его существование. При этом одно неоспоримо для беспристрастного наблюдателя – это «целесообразность, причинность, план и мысль во всяком проявлении мировой жизни». Оценивая эти идеи мыслителя, В.В. Зеньковский отмечает: «Это учение о мировой жизни по-новому осветило для Пирогова все темы познания, – и он приходит к учению о реальности «мирового мышления».

3. Пирогов соотносит «мозговой ум» человека с мировым мышлением, подчеркивая, что высшая мировая мысль избрала своим органом вселенную и, проникая и группируя атомы в известную форму, сделала мозг человека органом мышления. Как бы ни был настроен ум человека (эмпиризм или идеализм), – говорил Пирогов, – он не может не заметить присутствия мысли вне себя, как не может не убедиться в присутствии вещества в нашем организме и вне его.

Эти положения В.В. Зеньковский характеризует как «новую метафизику, построенную Пироговым».

в которой учение о мировом мышлении становится исходным пунктом мировоззрения ученого, а над мировым мышлением он признает Абсолют, верховную волю Творца (Бога). В.В. Зеньковский подчеркивает также, что живое ощущение мирового разума и истолкование в свете этих идей тем космологии и антропологии, которыми полнится «Дневник старого врача» Н.И. Пирогова, предвосхищают космологические построения (начиная с Вл. Соловьева), представленные в русской философии в последующем развитии.

По сути антропология Н.И. Пирогова является разновидностью философской психологии, которая в XIX веке была составной частью общей для философии и психологии «науки о духе».

МЕРОПРИЯТИЯ НАДК

Атопический дерматит: от цинковой мази до ингибиторов янус-киназ

В РАМКАХ 16-ГО ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ ПРОШЕЛ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КРУГЛЫЙ СТОЛ ПО АТОПИЧЕСКОМУ ДЕРМАТИТУ (АТД), ГДЕ ВЫСТУПИЛИ ВЕДУЩИЕ РОССИЙСКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ПО ЭТОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ. НА МЕРОПРИЯТИИ ПРОЗВУЧАЛО ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АТД, СФОРМУЛИРОВАННОЕ В ПРОЕКТЕ 2023 ГОДА КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ, БЫЛИ ОБСУЖДЕНЫ ПОСЛЕДНИЕ ДАННЫЕ О МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМАХ ПАТОГЕНЕЗА, НОВЫЕ СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, А ТАКЖЕ СЕРЬЕЗНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ТАКИХ БОЛЬНЫХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.

НЕ ТЕРЯЕМ НАДЕЖДЫ, ЧТО СИТУАЦИЯ ИЗМЕНИТСЯ

– В 2023 году, – рассказала профессор **Е.С. Феденко**, заведующая отделением аллергологии и иммунопатологии кожи ГНЦ «Институт иммунологии ФМБА России», – Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России и Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов предложили проект клинических рекомендаций по атопическому дерматиту, где дается принципиально новое определение средне-тяжелой и тяжелой формы болезни. Речь идет о системном, мультифакторном, генетически детерминированном заболевании кожи с признаками полиорганной патологии, характеризующемся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.

Патогенетические механизмы, обуславливающие поражение кожи при АТД, включают нарушения, связанные с системной активацией Т2-иммунного ответа и со снижением барьерной функции кожи. В развитии этих расстройств играют роль как врожденные факторы, так и неблагоприятные воздействия среды. Подобный тип иммунного ответа носит универсальный характер для всех



К.И. Разнатовский

ассоциированных с АТД атопических заболеваний: бронхиальной астмы, аллергического ринита, пищевой аллергии, эозинофильного эзофагита, синдрома бронхиальной обструкции, орального аллергического синдрома. У пациентов с АТД к тому же высокий риск ряда неаллергических коморбидных заболеваний, включая остеопороз, анемии, ожирение, кожные инфекции и психические расстройства.

– Учитывая, что АТД – это системное заболевание, – подчеркнула докладчик, – внедрение именно системной терапии таргетными биологическими препаратами – моноклональным антителом дупилимабом, блокирующим передачу сигналов ИЛ-4 и ИЛ-13 путем специфического связывания с IL-4Ra-субъединицей; и ингибиторами янус-киназ барицитинибом, упадацитинибом и аброцитинибом – произвело настоящую революцию в борьбе с этим заболеванием.

– Но, к сожалению, диагноз АТД не вошел в постановление Правительства РФ 1994 года о перечне системных хронических тяжелых заболеваний кожи, при которых пациенты получают льготные лекарства. В 2017 году своим письмом Минздрав уточнил этот перечень, снова не включив сюда АТД.



В.П. Продеус

Это существенно ограничивает доступ больных с АТД к таргетной терапии.

– В 2021 году, – продолжила эксперт, – Общественной палатой РФ был проведен круглый стол, где мы обсудили тогда итоги опроса среди 1040 больных с АТД тяжелого течения. Оказалось, что 81% таких пациентов страдают также бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, 25% утратили работоспособность.

Участники круглого стола пришли к единому мнению о необходимости включения диагноза АТД в уже названный мной перечень для того, чтобы эти больные смогли, наконец, получать бесплатные препараты. Письма с изложением нашей позиции были направлены в Минздрав и другие органы власти нашей страны.

ИНГИБИТОР ЯНУС-КИНАЗ – ТЕПЕРЬ И В ФОРМЕ КРЕМА

– Терапия АТД, – сообщил **К.И. Разнатовский**, профессор, заведующий кафедрой дерматологии Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, главный дерматовенеролог и косметолог Комитета здравоохранения Правительства Санкт-Петербурга и СЗФО, – должна быть комплексной и строго индивидуализированной в зависимости от возрастной формы, стадии, клинической формы, степени тяжести заболевания, фоновых патологических состояний и наличия осложнений.

Целью лечения является не только снятие симптомов, но и предупреждение обострений. Главный принцип терапии – ступенчатый подход. Каждая последующая ступень является дополнением предыдущей. При присоединении инфекции добавьте антибактериальные препараты. При неэффективности терапии, перед тем, как ее сменить, не забудьте исключить нарушение комплаентности и уточнить диагноз.

Лечение на первом этапе, обычно соответствующем легкому течению АТД (SCORAD менее 25), включает реактивную терапию топическими глюкокортикостероидами (ТГКС) 2 класса активности и выше на ограниченных участках, топическими ингибиторами кальциневрина (ТИК), антисептическими средствами, топическим кризоборолем. Целесообразно использование и беля с серебром.

На втором этапе – чаще всего это среднетяжелое течение дерматоза (SCORAD 25–50) – назначается реактивная терапия ТИК или ТГКС 2 класса и выше с влажновысыхающими повязками, фототерапия (УФВ 311 нм), климатотерапия, коррекция психосоматических нарушений.

Здесь может быть применено и системное лечение таргетными биологическими препаратами. Но при АТД тяжелого или персистирующего течения (SCORAD свыше 50) эти препараты назначаются уже практически всем пациентам. На этой стадии заболевания также применяется системная иммунотерапия и требуется госпитализация больных.

Как рассказал Константин Игоревич, недавно в России был зарегистрирован первый ингибитор янус-киназ для топического применения, то есть в лекарственной форме крема 1,5%. Речь идет о руксолитинибе, показанном как для кратковременного, так и для продолжительного лечения АТД легкой и средней степени тяжести у взрослых и детей с ослабленным иммунитетом старше 12 лет.

ТАРГЕТНАЯ ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ – КОГДА И ДЛЯ ЧЕГО?

– Атопический дерматит тяжелого течения оказывает удручающее бремя на экономику нашей страны, – подчеркнул профессор **В.П. Продеус**, заведующий кафедрой факультетской педиатрии №2 РНИМУ им. Н.И. Пирогова. – Цена такого бремени для пациента трудоспособного возраста в год составляет 562 тыс. руб., а для человека уже нетрудоспособного – 263 тыс. руб. Если же говорить о стоимости подобного бремени для всей когорты таких пациентов, то здесь речь идет уже о 12,03 и 1,04 млрд руб. в год соответственно. Применение современных средств лечения АТД способно сократить столь высокие расходы.

Поэтому, по мнению докладчика, своевременно и правильно то, что в проект 2023 года клинических рекомендаций по АТД, о котором рассказала профессор Е.С. Феденко, включены



все четыре названные ей генно-инженерные иммунодепрессанты. Согласно этому проекту, решение о назначении таргетной иммуносупрессивной терапии пациенту с тяжелым и среднетяжелым течением АТД надо принять в следующих случаях:

- обострения три или более раз в год при длительности ремиссий 2-3 месяца и менее,
- упорное течение процесса с недостаточным эффектом от комплексной наружной терапии,
- SCORAD более 40 или IGA свыше 3,
- BSA свыше 10%,
- максимальная интенсивность зуда ЧРШ более 4,
- неадекватный ответ на ТГКС или ТИК в течение 6 месяцев.

– Ингибиторы янус-киназы для пациентов с АТД, – заметил Валерий Перович, – имеют ряд преимуществ перед другими иммунодепрессантами. Здесь возможна блокада сразу нескольких цитокиновых путей одним агентом, что повышает



Е.С. Феденко

эффективность препарата и снижает риск развития резистентности. Ингибиторы янус-киназ принимаются перорально, что удобно для больного. Имеют хорошую биодоступность, низкую фармакокинетическую вариабельность, короткий период полувыведения, что позволяет быстро отменить препарат.

Отсутствие иммуногенности обеспечивает лучшую устойчивость ответа. В результате неполного обратимого селективного ингибирования данными лекарствами JAK-зависимых цитокиновых сигнальных путей, которые управляют различными патологическими механизмами при АТД, активность целостной цитокиновой системы организма блокируется лишь частично. Это позволяет сохранить протекание ряда важных физиологических процессов, в которых участвуют цитокины.

Таким образом, – подытожил свое выступление В.П. Продеус, – внедрение в практику лечения АТД ингибиторов янус-киназ позволило развить успех от применения дупилумаба, первого высокотехнологического препарата в борьбе с этим дерматозом, и сегодня обеспечивает контроль над АТД у тех больных, где еще недавно это было невозможно. Вместе с Еленой Сергеевной я надеюсь, что проблема доступности этих лекарств для российских больных будет решена, и они получат все преимущества от подлинно инновационной терапии обсужденного нами сегодня заболевания.

МЕРОПРИЯТИЯ НАДК

16-й Всероссийский съезд Национального альянса дерматовенерологов и косметологов: три дня междисциплинарного взаимодействия

16-Й ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ СОСТОЯЛСЯ 14-16 МАРТА В ГИБРИДНОМ ФОРМАТЕ – ОНЛАЙН И ОФФЛАЙН (В МОСКВЕ).

Мероприятие прошло при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук.

Организаторами мероприятия выступили Союз «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский университет дружбы народов, Национальная ассоциация клиник эстетической медицины и другие организации.

В Москве встретились более 3000 участников очного мероприятия, к которым онлайн присоединились зрители из различных регионов России, а также стран ближнего и дальнего зарубежья.

В рамках Всероссийского съезда участники получили возможность обсудить как проблемы внутри специальности, так и вопросы междисциплинарного взаимодействия, включая совершенствование подготовки специалистов.

ПРИВЕТСТВИЯ ОТ ВЕДУЩИХ ДЕЯТЕЛЕЙ НАУКИ, ПОЛИТИКИ И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Торжественно открыв форум, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, д.м.н., профессор **Николай Николаевич Потехаев** предоставил приветственное слово ведущим деятелям науки, политики и Министерства здравоохранения.

Заместитель директора департамента организации медицинской помощи и санитарно-курортного дела Минздрава России **Даржа Эдуардович Бадлуев** зачитал приветственное слово от руко-



Даржа Эдуардович Бадлуев

водителя ведомства, министра здравоохранения РФ **Михаила Альбертовича Мурашко**, где было отмечено, что современная дерматовенерология является одной из наиболее прогрессивно развивающихся областей медицины. «Проведение съезда – ключевой момент развития компетенций медицинских работников. Поэтому необходимо мотивировать специалистов к расширению научных горизонтов, побуждать их к разработке новых компетенций и идей. Участие в мероприятии позволит обменяться научно-практическим опытом, ознакомиться с новыми передовыми достижениями дерматовенерологии и косметологии, будет способствовать налаживанию междисциплинарных контактов. Уверен, что новые взгляды и перспективные идеи, озвученные на съезде, позволят совершенствовать оказание



медицинской помощи пациентам, повысят ее качество и определяют перспективные направления дерматовенерологической службы страны», – подчеркнул министр в своем послании.

Генеральный директор НМИЦ радиологии Минздрава России, директор МНИОИ им. П.А. Герцена, главный внештатный онколог Минздрава России, профессор, академик РАН, заслуженный врач РФ **Андрей Дмитриевич Каприн** передал приветствие участникам съезда от имени Российской академии наук: «В век высоких технологий и новых открытий особую роль приобретает тесное профессиональное общение в кругу единомышленников. На съезде встретились ведущие российские ученые, организаторы здравоохранения, что сделало его авторитетной платформой для конструктивных диалогов. Мероприятие стало площадкой и для междисциплинарного общения широкого круга не только дерматологов и косметологов, но и врачей смежных специальностей, чья роль в диагностике кожных заболеваний также крайне важна».

Член комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ **Татьяна Васильевна Соломатина** напомнила о том, что съезд проводится в соответствии с планом научно-практических мероприятий Минздрава России и ориентирован на интенсивный обмен мнениями по самым актуальным вопросам дерматологии, косметологии и эстетической медицины. «Этот съезд сегодня интересен не только специалистам и депутатам Госдумы, но и всем жителям России, так как всегда полезно наблюдать за общением практикующих врачей, научного сообщества, Минздрава, пациентских и общественных организаций. И то консолидированное решение, которое все они сегодня примут, станет для депутатов Госдумы источником новых законодательных



Татьяна Васильевна Соломатина

актов, нацеленных на сохранение и продолжение жизни россиян», – сообщила она.

Ректор РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, академик РАН **Сергей Анатольевич Лукьянов** напомнил коллегам о том, что кожа

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н. **Наталья Евгеньевна Мантурова** подчеркнула, что на форуме в течение трех дней будут активно обсуждаться вопросы, связанные с качеством жизни и здоровьем пациентов. При

МАКСИМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕЛАНОМОЙ ОТМЕЧАЮТСЯ В АВСТРАЛИИ И НОРВЕГИИ. НАИМЕНЬШИЙ УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТМЕЧЕН ВО ВЬЕТНАМЕ, САУДОВСКОЙ АРАВИИ И ЕГИПТЕ. МАКСИМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ОТ МЕЛАНОМЫ ОТМЕЧАЮТСЯ В СЛОВАКИИ И АВСТРАЛИИ. В РОССИИ ЭТИ ПОКАЗАТЕЛИ МОЖНО НАЗВАТЬ СРЕДНИМИ, А МАКСИМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЙ ОНИ ДОСТИГАЛИ В 2019 ГОДУ (4,9 СЛУЧАЯ НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ).

является абсолютно уникальным органом, сочетая в себе самые разные функции: защиту, регуляцию, «окно в мир», отношение человека к окружающим, его лицо, настроение и психологию. «На сфере



Сергей Анатольевич Лукьянов

дерматовенерологии пересекается огромное количество дисциплин, а на площадке этого съезда могут встречаться представители различных специализаций с уникальным опытом. Все это позволяет выработать комплексные подходы к лечению, где задействованы нервная и иммунная системы, где очень высок риск онкологических и аутоиммунных заболеваний. Поэтому наш университет, где в том числе расположены кафедры дерматовенерологии, пластической хирургии и косметологии, очень заинтересован в проведении таких мероприятий, как этот съезд, в появлении новых идей, очень важных для подготовки специалистов и образования в целом», – сказал он.

Заведующая кафедрой пластической хирургии, косметологии и клеточных технологий

этом научная программа съезда способствует продуктивному получению и укреплению знаний и практических навыков, обмену опытом и изучению самых современных технологий в сфере дерматовенерологии и косметологии. Она отметила, что в научную программу мероприятия входят доклады по аппаратной инъекционной косметологии, дерматоонкологии, трихологии, аллергологии, а также будут обсуждаться междисциплинарные организационные аспекты клинических лабораторных исследований в дерматовенерологии. «И, конечно, невозможно представить себе такое мероприятие без проведения круглого стола и заседания профильной комиссии Минздрава, а также без мастер-классов по лазерным технологиям в эстетической медицине. Все это, безусловно, ждет участников и повысит качество подготовки специалистов», – добавила она.

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ в ЦФО, главный врач Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметоло-



Наталья Евгеньевна Мантурова

МЕРОПРИЯТИЯ НАДК



Ольга Валентиновна Жукова

гии ДЗМ, д.м.н., профессор **Ольга Валентиновна Жукова** назвала съезд уникальным событием для дерматовенерологов: «Здесь мы можем не только поделить опытом, но и задать друг другу вопросы, возникшие при его получении. Не зря это мероприятие объединяет экспертов и профессионалов, а ведь именно профессиональная среда дает нам силы, импульсы, энергию – все, что необходимо для дальнейшей работы по нашему направлению. Особое внимание хочется уделить на мероприятия и молодым специалистам, которые только начинают постигать основы дерматовенерологии. У каждого из них есть возможность задать свои вопросы высоким профессионалам. А на заседании профильной комиссии – проследить за принятием важных решений и развитием новых направлений в нашей сфере».

Перед открытием работы научных сессий главный организатор мероприятия профессор Н.Н. Потеев вручил коллегам награды за личный вклад в развитие дерматовенерологии. «В процессе проведения таких профессиональных съездов у нас сложилась прекрасная традиция отдавать дань уважения коллегам смежных специальностей, с которыми складывается успешное сотрудничество», – сказал он. И первую награду Национального альянса дерматовенерологов и косметологов он вручил профессору, академику РАН Андрею Дмитриевичу Каприну. Также профессор Н.Н. Потеев отметил колоссальный вклад доктора Н.Е. Мантуровой в совместную работу и вручил ей именную награду. За верность профессии были отмечены новые члены Национального альянса дерматовенерологов и косметологов из Донецкой и Луганской республик, которые подчеркнули особую значимость поддержки Национального альянса в образовании и организации лечебной помощи.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ В ОНКОДЕРМАТОЛОГИИ

Профессор **Андрей Дмитриевич Каприн**, оценивая уровень заболеваемости от злокачественных новообразований кожи (кроме меланомы) в мире, отметил, что весьма высокая заболеваемость сохраняется в Австралии (140 случаев

Показатель заболеваемости меланомой в мире значительно ниже, чем немеланомным раком кожи. Максимальные показатели отмечаются в Австралии и Норвегии. Наименьший уровень заболеваемости отмечен во Вьетнаме, Саудовской Аравии и Египте. Максимальные показатели смертности от меланомы отмечаются в Словакии и Австралии. В России эти показатели можно назвать средними, а максимальных значений они достигали в 2019 году (4,9 случая на 100 тыс. населения). Примерно 1/5 часть заболеваний выявляется в запущенных стадиях.

Докладчик отметил, что при дифференциальной диагностике меланомы предложены три оценочные системы, включающие алгоритмы a,b,c,d (наиболее известная – предложенная в 1985 году), семиточечная система Глазго, правило «ФИГАРО».

Говоря о диагностике новообразований кожи с применением высокотехнологичных оптических методик, профессор А.Д. Каприн подробно остановился на методе флуоресцентной диагностики, который позволяет выявить клинические и определяемые очаги рака кожи и уточнить границы

В РОССИИ ЭКЗЕМА РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ДЕРМАТОЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ПРИОБРЕТЕННОЙ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ, В ТО ВРЕМЯ КАК ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЭТА ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ВРОЖДЕННОЙ.

распространения опухолевого процесса, что крайне важно. Среди преимуществ цифровой дерматоскопии с применением искусственного интеллекта он отметил короткое время осмотра



Андрей Дмитриевич Каприн

одного новообразования и объективное динамическое наблюдение за растущими образованиями. Спектрофотометрия (СИА-скопия) – метод оценки новообразований, в основе которого лежит анализ спектрофотометрического интрадермального изображения и который позволяет оценить состояние дермального коллагена, а также провести оценку выраженного кровотока сосочкового слоя дермы.

«Диагностика новообразований кожи с применением высокотехнологичных оптических методов позволяет проводить первичную уточняющую диагностику злокачественных опухолей кожи с высокой эффективностью. В зависимости от

на 100 тыс. населения), а американские и канадские жители по статистике болеют в два раза реже. Еще ниже статистические данные в Индии, Китае и Саудовской Аравии. Смертность от этой локализации варьирует в мире от 3,2 случая (на 100 тыс. населения) в Намибии до 1,2 случая в Сенегале; однако такая разница объясняется тем, что в Сенегале практикуется вскрытие умерших, а в Намибии практически не проводится. Что касается России, то, по данным за последние 10 лет, уровень заболеваемости от злокачественных новообразований кожи (кроме меланомы) здесь достаточно высок.

применения технологии, возможно выполнение ранней диагностики скрытых очагов опухолей меланоцитарной и немеланоцитарной природы, оценки распространенности и границ опухоли по поверхности кожи при немеланоцитарных опухолях, дистанционного консультирования клинических наблюдений», – резюмировал докладчик.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Научный руководитель ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой», заведующий кафедрой ревматологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ



Евгений Львович Насонов

им. И.М. Сеченова», д.м.н., профессор, академик РАН **Евгений Львович Насонов** остановился на возможностях предотвращения псориатического артрита при псориазе. «Течение псориаза чаще

всего сопровождается тяжелыми иммунологическими нарушениями, часть из которых предрасполагает трансформацию этого процесса в поражение суставов. Раннюю стадию поймать очень важно, однако при этом не должно быть гипердиагностики. Недавно была опубликована стратегическая рекомендация «перехват» по предотвращению развития псориатического артрита у пациентов с псориазом. Ее суть заключается в грамотном лечении пациента с псориазом, что снижает риск развития у него артрита. При этом применение практически всех ингибиторов цитокинов (генно-инженерных биологических препаратов) снижает риск развития псориатического артрита у пациентов с псориазом, – сообщил он. – Что касается гетерогенности патогенетических механизмов, то можно отметить три сегмента иммунопатологии: поражение кожи, поражение периферических суставов и поражение позвоночника. Современные достижения фармакотерапии позволяют практически справиться с поражением кожи при бляшечном псориазе. Однако при поражении суставов подобное невозможно. Данная проблема пересекается с «резистентным» псориатическим артритом и необходимостью применения комбинированной терапии. В этой связи также важно обозначить ряд факторов, связанных не с воспалением, а с эмоциональными, психологическими моментами. И здесь пациенту способна помочь терапия антидепрессантами и локальными препаратами».

В заключение доклада профессор Е.Л. Насонов подчеркнул, что примерно у 1/3 пациентов с псориатическим артритом появляются мутации генов, ассоциированные с моногенными аутосомно-доминантными и аутосомно-рецессивными аутовоспалительными заболеваниями. То есть часть пациентов имеет комплексный патогенез заболевания. В частности, тяжелый генерализованный пустулезный псориаз – заболевание, четко связанное с дефицитом рецепторов интерлейкина-6. Поэтому роль интерлейкина-6 имеет колоссальное значение, в связи с чем и разрабатываются необходимые для терапии препараты».

Он также подчеркнул, что сегодня, работая в режиме междисциплинарного взаимодействия, дерматологи и ревматологи имеют возможность по-новому взглянуть на проблему псориаза и псориатического артрита, обогатить друг друга новыми знаниями.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ VS ЭКЗЕМЫ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Профессор **Николай Николаевич Потеев** представил на пленарном заседании съезда часть крупной исследовательской работы, которую в течение длительного времени проводят он и его

коллеги. В представленной работе была показана попытка не только разобраться в определениях исследуемых патологических процессов, но и провести сопоставление их клинических форм с целью объективизации применяемой терминологии.

В первой части доклада Николай Николаевич коснулся истории терминологии, и первым заболеванием прозвучала проблема дефиниции двух заболеваний – экземы и атопического дерматита.

«Обращаясь к истокам русской дерматологической школы и касаясь вопросов терминологии, необходимо отметить, что наши предшественники также понимали неоднозначность всеобъемлющего термина «экзема», – подчеркнул он. – Большинство из них связывали это заболевание преимущественно с влиянием внешних раздражителей. Однако в то же время в руководствах и учебниках выделялись особые формы экземы, возникновение которых было обусловлено внутренними причинами. Впоследствии отечественными дерматологами отдельно от экземы рассматривался нейродермит – как самостоятельная нозология, имеющая функционально соматическую подоплеку».

Также профессор Н.Н. Потеев отметил, что один из основателей московской школы дерматовенерологии профессор А.И. Поспелов в начале XX века предположил наследственный характер заболевания, которое впоследствии получило название «атопический дерматит». Обращаясь к трудам выдающегося русского дерматовенеролога П.В. Никольского, докладчик сообщил, что Петр Васильевич в одном из своих руководств описал проявления атопического дерматита в его



Николай Николаевич Потеев

начальной стадии, подчеркнул, что его первым основным симптомом является кожный зуд. Также П.В. Никольский отметил, что при экземе дермографизм чаще бывает розовым, реже – белым. В том же руководстве есть отдельная глава, где автор (ссылаясь на французских коллег) указывает на возможность перехода зуда в особую форму зудящей сыпи – нейродермит.

В последующих отечественных учебниках и руководствах нейродермиту уделяется все больше внимания. А Л.Н. Машкилейсон при изложении особенностей заболевания в детском возрасте впервые в отечественной литературе использовал термин «атопический дерматит», который в дальнейшем навсегда вытеснил термин «нейродермит» из дерматологического лексикона.

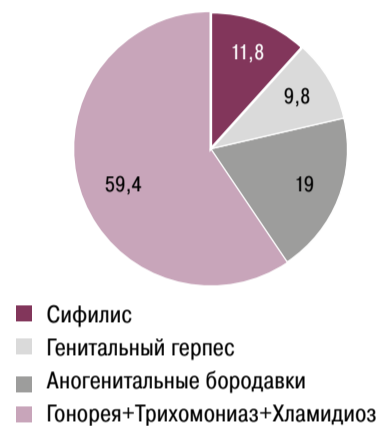
Подводя итог терминологическому экскурсу по данному вопросу, профессор Н.Н. Потеев заключил, что представители зарубежных дерматологических школ XIX и первой половины XX веков, используя термины «экзема», «диатезная почесуха», «нейродермит», «атопический дерматит», зачастую подозревали один и тот же дерматологический процесс. В то же время наши отечественные предшественники четко определили дефиниции двух этих самостоятельных нозологий, обозначив однозначными терминами экзему и атопический дерматит. В России экзема рассматривается как дерматоз, обусловленный приобретенной повышенной чувствительностью к внешним факторам, в то время как при атопическом дерматите эта повышенная чувствительность является врожденной.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Лабораторная диагностика «ключевых» инфекций, передаваемых половым путем

К числу наиболее распространенных ИППП, регистрируемых в Российской Федерации (РФ), относятся три инфекции, вызываемые бактериальными и протозойными патогенами – *S. TRACHOMATIS*, *N. GONORRHOEA*, *T. VAGINALIS*. В 2020 году доля этих инфекций в структуре всех ИППП, подлежащих официальной регистрации, составила 59,4% (рис. 1).

Рис. 1. Структура ИППП, подлежащих официальной регистрации в Российской Федерации, 2020 год



Вместе с нерегистрируемой инфекцией, вызываемой *M. genitalium*, цифра может оказаться еще более внушительной.

С учетом того, что все перечисленные инфекции являются в структуре ИППП в РФ преобладающими (около 60%), локализируются в одном биоотопе, не имеют патогномичных симптомов и наиболее часто являются причиной развития патологии репродуктивной системы как у женщин, так и у мужчин, актуальным является рассмотрение современных диагностических подходов, применяемых для их верификации.

Гонококковая инфекция. По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев заболевания гонококковой инфекцией. В США, европейских странах в последние десятилетия отмечается увеличение случаев гонококковой инфекции. Так, в США в 2020 году заболеваемость регистрировалась на уровне 206,5 случая на 100 000 населения, в странах ЕС в 2018 году – 26,4 случая

на 100 000 населения, причем как в США, так и в Европе ведущее место среди заболевших занимали мужчины, практикующие секс с мужчинами, – МСМ (69% и 48% соответственно). В России в течение ряда последних десятилетий регистрируемая заболеваемость гонококковой инфекцией постепенно снижается, и по данным 2021 года составила всего 7,4 случая на 100 000 населения (рис. 2).

Низкий уровень регистрации заболевания может быть обусловлен недостаточной регистрацией в России случаев гонореи, не охватывающей в полной мере пациентов медицинских организаций частной формы собственности, а также представителей «ключевых» групп распространения ИППП, среди которых ведущую роль играют МСМ.

Гонококковая инфекция может поражать мочеполовую систему, прямую кишку, ротоглотку и глаза у лиц обоего пола.

Рекомендуемой методологией лабораторной диагностики гонококковой инфекции в настоящее время признаются **молекулярно-биологические методы, или методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК)**, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *N. gonorrhoeae*, которые являются основными в России, США и странах Европы. Чувствительность методов составляет 98–100%, специфичность – 100%.

В качестве биологического материала для исследования используется отделяемое уретры (у лиц обоего пола), первая порция мочи (у мужчин), отделяемое цервикального канала (у женщин), соскоб/отделяемое слизистой оболочки влагалища при использовании пациентами метода самозабора биоматериала. У женщин чувствительность молекулярно-биологических методов при исследовании мочи ниже, чем при исследовании биологического материала из органов урогенитальной системы, поэтому **исследование мочи у женщин**

для диагностики гонококковой инфекции не рекомендуется.

Одним из известных и давно применяемых лабораторных методов диагностики гонореи является микроскопия. Однако данный метод субъективен в оценке результата и имеет низкую чувствительность при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб (45–64%). Согласно современным рекомендациям, метод микроскопии (микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму) **рекомендуется применять только у мужчин с симптомами**; при этом чувствительность и специфичность метода составляет 90–100%. Согласно российским клиническим рекомендациям, метод микроскопии может также использоваться для оценки степени воспалительной реакции в уретре или цервикальном канале по количеству определяемых полиморфноядерных лейкоцитов. **Не рекомендуется применять микроскопическое исследование для верификации диагноза гонококковой инфекции при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции.**

Культуральный (бактериологический) метод диагностики ранее широко применялся для диагностики гонококковой инфекции ввиду высокой чувствительности и специфичности. Однако с внедрением в лабораторную практику МАНК этот метод стал востребован в значительно меньшей степени, что обусловлено длительностью и трудоемкостью проведения культурального исследования (24–48 и более часов), высокой требовательностью *N. gonorrhoeae* к условиям хранения и транспортировки образцов, более низкой чувствительностью в сравнении с МАНК.

В настоящее время культуральный метод рекомендован при подозрении на

экстрагенитальную локализацию гонококковой инфекции, при малосимптомном течении заболевания и при необходимости устанавливать диагноз гонококковой инфекции у детей.

Вместе с тем бактериальный посев позволяет определять чувствительность возбудителя, *N. gonorrhoeae*, к АМП. Данное исследование является востребованным у пациентов с персистирующей инфекцией, при подозрении на неэффективность лечения и рецидив инфекции.

Использование для диагностики гонококковой инфекции других методов лабораторных исследований, в том числе метода **прямой иммунофлуоресценции, иммуноферментного анализа** для обнаружения антител к *N. gonorrhoeae* **в настоящее время не рекомендуется** ввиду их низкой чувствительности и специфичности, а также возможности получения ложноотрицательных и ложноположительных результатов (ИФА).

Среди ИППП наиболее распространенной в мире сейчас признается хламидийная инфекция, вызываемая *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*). Согласно данным ВОЗ, урогенитальным хламидиозом (УГХ) в мире ежегодно заболевают 127,2 миллиона человек. Заболеваемость УГХ в странах мира является высокой. Так, в США в 2020 году уровень заболеваемости составил 481,3 случая на 100 000 населения, в странах ЕС в 2018 году – 146 случаев на 100 000 населения. В Российской Федерации УГХ занимает второе место после трихомониаза, и в 2021 году уровень заболеваемости составил 17,8 случая на 100 000 населения.

Возбудителем УГХ является *Chlamydia trachomatis* биовар *Genital*, включающий сероварианты от D до K.

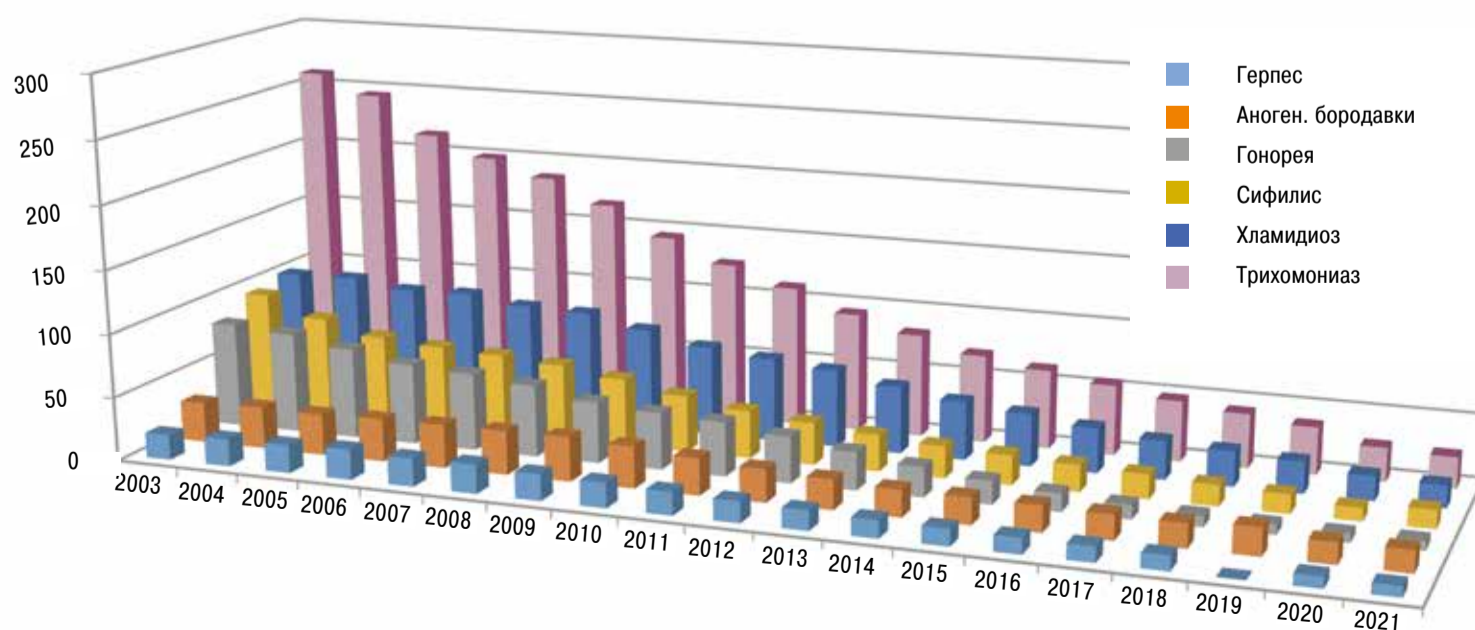
Хламидийная инфекция может поражать ротоглотку, прямую кишку и мочеполовой тракт у лиц обоего пола. Более 70% случаев хламидийной инфекции мочеполового тракта у женщин, более 80% случаев у мужчин, более 90% хламидийной инфекции аноректальной области и хламидийного фарингита протекают бессимптомно.

При УГХ предпочтительнее использовать для исследования соскоб с зараженными клетками. Материалом для анализа на хламидии также могут быть кровь, моча, секрет предстательной железы и сперма у мужчин.

Современная диагностика инфекции, вызываемой *C. trachomatis*, основана на методах амплификации нуклеиновых кислот, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК (ПЦР) и/или РНК (NASBA) *C. trachomatis*. Существуют тест-системы, способные определять хламидии и гонококки одновременно в одной пробе биологического материала.

МАНК для диагностики УГХ утверждены и рекомендованы большинством стран мира: Россией, Международным союзом по борьбе с ИППП (International Union against Sexually Transmitted Infections – IUSTI, 2015), Центрами по контролю и профилактике заболеваний CDC, США и Британской ассоциацией сексу-

Рис. 2. Динамика заболеваемости (число случаев на 100 000 населения) регистрируемыми ИППП в Российской Федерации (2003 – 2021 годы)



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ального здоровья и ВИЧ (British Association for Sexual Health and HIV – BASHH, 2015) из-за их высокой чувствительности и специфичности.

Другие методы исследований для диагностики урогенитальной хламидийной инфекции, в том числе **культуральное исследование с выделением *C. trachomatis* в клеточных культурах линии McCooy, HeLa и др., метод прямой иммунофлуоресценции (ПИФ), экспресс-тесты, основанные на иммунохроматографическом принципе исследования, а также определение антител к *C. trachomatis* методом ИФА, использовать не рекомендуется** ввиду их трудоемкости (культура), недостаточно высокой чувствительности, специфичности (ПИФ, иммунохроматографические тесты у постели больного), субъективности интерпретации (ПИФ), возможности получения ложноположительных и ложноотрицательных реакций (ИФА).

Chlamydia trachomatis вызывает также другое заболевание – венерическую лимфогранулему (ВЛГ), которая относится к группе антропонозных ИППП. Ее возбудителями являются тропные к эпителию и лимфоидной ткани высокоинвазивные штаммы вида *C. trachomatis* (биовар LGV, сероварианты L1, L2, L2a, L2b, L3). Заболевание встречается преимущественно в странах с тропическим и субтропическим климатом, хотя относительно недавно была зарегистрирована вспышка ВЛГ в Европе и впервые описаны случаи ВЛГ в городе Москве среди МСМ.

ВЛГ вызывает специфическое поражение половых органов и регионарных лимфатических узлов (паховых, бедренных, подвздошных и глубоких тазовых) с хроническим течением. Без лабораторного исследования установить хламидийную природу клинических вариантов инфекции (генитальный, ректальный, глоточный синдром, поражение лимфоузлов) невозможно.

Для микробиологической диагностики венерической лимфогранулемы в качестве материала используют пунктат из бубона, соскоб эпителия нижнего отдела прямой кишки. Применяемые методы: микроскопический (морфоцитологический с обнаружением в клетках включений хламидий); ПЦР в реальном времени (дает результат в тот же день); внутрикожная аллергическая проба Фрея (аллерген на основе термически обработанного гноя из бубона).

Mycoplasma genitalium (*M. genitalium*), самая маленькая из известных на сегодняшний день бактерий; геном которой составляет 580 kbp, относительно недавно была описана как патогенный микроорганизм, вызывающий ИППП.

Самые частые симптомы, выявляемые при инфицировании *M. genitalium*, включают дизурию, диспареюнию, слизисто-гнойные или скудные слизистые выделения из уретры, у женщин – из половых путей; дискомфорт в области уретры, у женщин – дискомфорт в нижней части живота.

На сегодняшний день **единственным методом диагностики *M. genitalium*-инфекции, одобренным международным сообществом, являются МАНК** и прежде всего – ПЦР.

Однако коммерчески доступные, валидированные и одобренные системами контроля (FDA* и другими) тест-системы за рубежом в настоящее время отсутствуют.

Другие методы исследования для выявления *M. genitalium* в настоящее время не рекомендуются: культуральный – ввиду высокой требовательности *M. genitalium* к условиям культивирования и длительности исследования, серологический – вследствие перекрестных реакций *M. genitalium* с *M. pneumoniae*.

Биологическим материалом для исследования в МАНК у женщин является отделяемое уретры, цервикального канала, первая пор-



ция мочи; у мужчин соскоб уретры, первая порция мочи.

Учитывая широко распространенную в мире резистентность *M. genitalium* к макролидам и фторхинолонам, настоятельно рекомендуется, чтобы все положительные тесты сопровождалось тестированием генетических мутаций резистентности *M. genitalium* к данным АМП.

Урогенитальный трихомониаз, вызываемый простейшим *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*), является одной из самых распространенных невирусных ИППП в России и по уровню заболеваемости занимает первое место среди всех ИППП; в 2021 году заболеваемость трихомониазом составила 24,6 случая на 100 000 населения. В США распространенность трихомониаза составляет 1,2% среди мужчин и женщин в возрасте от 18 до 59 лет.

Трихомониаз у мужчин вызывает уретрит, эпидидимит или простатит, а симптомы включают дизурию и выделения из уретры. У женщин трихомонады могут поражать влагалище, уретру, эндоцервикс и бартолиновые железы.

Рекомендуемым методом лабораторной диагностики трихомониаза в настоящее время являются МАНК, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis* в отделяемом слизистых оболочек половых органов или первой порции мочи у женщин, первой порции мочи или отделяемого уретры у мужчин. Чувствительность молекулярно-биологических методов составляет 88–97%, специфичность – 98–99%.

Подтверждение диагноза урогенитального трихомониаза у лиц с выраженной клинической симптоматикой может быть также осуществлено на основании результатов лабораторного исследования нативного препарата микроскопическим методом (фазово-контрастная или темнопольная микроскопия); при обследовании женщин чувствительность метода составляет до 70% и специфичность до 100%. Необходимым условием микроскопии нативного препарата является проведение исследования немедленно после получения биологического материала.

Лабораторная диагностика урогенитального трихомониаза на основании **результатов микроскопического исследования окрашенных препаратов не рекомендует-**

ся ввиду субъективизма оценки результатов исследования.

Культуральное исследование (посев) показано при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается при микроскопическом исследовании.

Для женщин предпочтительным для посева типом образцов являются вагинальные выделения. Мужчинам требуется мазок из уретры, осадок мочи или сперма. Чувствительность культурального исследования достигает 95%, но метод отличается большей трудоемкостью и длительностью выполнения по сравнению с молекулярно-биологическими методами, что ограничивает его применение.

РОС-тесты для диагностики трихомониаза российскими КР не рекомендованы.

Завершая данный обзор, хотелось бы отметить, что в начале XXI века в РФ были разработаны тесты нового поколения, основанные на методике ПЦР в реальном времени, обладающие по сравнению с классическими тестами более высокой чувствительностью и специфичностью, которые позволяют обнаруживать ДНК нескольких микроорганизмов в одной пробе биологического материала. Впервые в России на основе мультиплексной ПЦР в реальном времени был разработан тест – «АмплиСенс *N. gonorrhoeae* / *C. trachomatis* / *M. genitalium* / *T. vaginalis* – МУЛЬТИПРАЙМ-FL», позволивший с высокой эффективностью выявлять ДНК одновременно четырех «ключевых» возбудителей ИППП в процессе одной реакции и в одной пробе биоматериала. Вскоре был разработан еще один отечественный набор реагентов «АмплиПрайм® NCMT» (РУ № РЗН 2015/3168 от 13.10.2015, ООО «НекстБио», Россия, Москва), предназначенный для качественного и количественного (концентрация в ГЭ/мл) определения ДНК *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium* и *T. vaginalis* в биологическом материале слизистых оболочек урогенитального тракта методом ПЦР. Постановка и анализ результатов амплификации проводятся на приборе «Rotor-Gene Q» с системой гибридационно-флуоресцентной детекции в режиме «реального времени».

В 2018 году данный мультиплексный молекулярный тест был внедрен в практику Московского научно-практического Центра

дерматовенерологии и косметологии и стал применяться на регулярной основе. К 2021 году выявляемость «ключевых» ИППП значительно увеличилась. Мы склонны рассматривать эти сдвиги как результат широкого внедрения в практическое здравоохранение Москвы доступного молекулярно-биологического теста АмплиПрайм NCMT, тем более что 2020–2021 гг. были не самыми благоприятными для распространения ИППП. В особенности повысилась выявляемость гонококковой инфекции (наиболее значимо – среди женщин на 280,6%; среди мужчин – на 177,9%), также увеличилась выявляемость хламидийной инфекции (среди женщин – на 71,2%; среди мужчин – на 31,1%) и трихомониаза (на 123,1%) и *M. genitalium*-инфекции (на 41,1%) у мужчин.

Таким образом, в настоящее время абсолютным приоритетом в диагностике ИППП являются молекулярно-биологические методы, которые обладают высокой чувствительностью и специфичностью, отсутствием потребности в живом возбудителе, возможностью одновременной идентификации нескольких возбудителей в одной пробе биоматериала и количественной оценки ДНК/РНК возбудителей (Real-time PCR), быстротой получения результата (в сравнении с культуральным методом).

Ввиду распространения микст-инфекций чрезвычайно востребованным в современных условиях является использование МАНК для одновременного определения наиболее распространенных возбудителей ИППП (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*), которое позволяет значительно повысить эффективность скрининга, снизить нагрузку на лабораторию и является удобным для пациента, поскольку проводится в одной пробе биоматериала. Приведенные данные показывают, что выявление «ключевых» возбудителей ИППП должно являться базовой диагностической процедурой при обследовании пациентов с подозрением на ИППП, а также при проведении профилактических обследований.

**Негашева Е.С., Васильцова М.Ю.,
Заторская Н.Ф., Фриго Н.В., Гуцин А.Е.**

*FDA – Food and Drug Administration – Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (США)

ЮБИЛЕИ

Век заботы о забайкальцах

Дерматовенерологическая служба региона отмечает 100-летие со дня образования

ЖИТЕЛЯМ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ВОТ УЖЕ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВЕКА КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» ОКАЗЫВАЮТ ВРАЧИ ГОЛОВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ – ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КРАЕВОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР», ВРАЧИ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ РЕГИОНА И СПЕЦИАЛИСТЫ ВЕДОМСТВЕННЫХ И НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. НО НАИБОЛЕЕ ШИРОКИЙ СПЕКТР ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВКЛЮЧАЯ СТАЦИОНАРНУЮ, ОКАЗЫВАЕТСЯ В ЕДИНСТВЕННОЙ В РЕГИОНЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ – ККВД. И НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ДИСПАНСЕРУ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЕСТЬ ЧЕМ ГОРДИТЬСЯ: В УЧРЕЖДЕНИИ УСПЕШНО ВНЕДРЯЮТ НОВЕЙШИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВКЛЮЧАЯ ПРЕПАРАТЫ ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ, ПАЦИЕНТАМ ОКАЗЫВАЮТ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ЭФФЕКТИВНО ДИАГНОСТИРУЮТ, ЛЕЧАТ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ.

Дерматовенерологическая служба Забайкальского края имеет богатую вековую историю. За 100 лет была проделана большая работа по организации и оказанию специализированной медицинской помощи населению Забайкальского края.

К ранним документам, свидетельствующим об озабоченности местных органов здравоохранения проблемой венерических болезней в Забайкалье, относится протокол заседания Врачебно-санитарного совета при городской больнице, датированный 1922 годом, где указывается: «ежегодное посещение городской амбулатории заболевшими венерическими болезнями стало на 50% больше, чем в предыдущие годы. Отделение Читинского военного госпиталя переполнено венериками, и увеличить свою деятельность в этом отношении оно более не может. Вольнопрактикующие врачи очень много, тем печальнее, что амбулаторный прием для лечения этих страшных болезней не достигает цели и неудобен». Таким образом, на основании указанного протокола была создана комиссия по устройству венерической лечебницы, составлена смета на содержание и лечение «постоянных 20 кожных больных». Итогом этих событий стало создание 1 апреля 1923 года первого специализированного учреждения для лечения венерических и кожных болезней – ПЕРВОГО ПРОТИВОВЕНЕРИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА, который располагался в двухэтажном здании по улице Уссурийской (Богомякова) и стал основным организационным центром борьбы с венерическими заболеваниями.

Организатором кожно-венерологической службы и первым директором диспансера был Абрам Вульфвич Сегельман.

При диспансере имелись мужское и женское отделения, собственная лаборатория, аптечное отделение. В числе основных достижений диспансерных методов работы в 1924-1925 годах нужно отметить рост обращаемости населения в диспансер: «в 1924-25гг. работа диспансера выразилась в 41440 посещениях, 5944 анализах, из коих 2063 реакции Вассермана, сделано больным 4870 влияний сальварсана».

Вскоре был открыт Агинский окружной диспансер, венерические пункты и венерические кабинеты в районах области. Народным комиссариатом здравоохранения РСФСР были направлены в отдаленные районы Забайкалья венерические экспедиции и отряды, отпущены в большом количестве противосифилитические средства. Началась большая, кропотливая работа по выявлению, учету и привлечению к лечению больных с венерическими заболеваниями. В плане Читинского Губздора за первое полугодие 1924 года указывалось: «ныне сифилис и гонорея пока не имеют чрезвычайное распространение... точных цифр в распоряжении отдела не имеется, но есть косвенные указания, что особенно по городам процент заболеваемости громаден». В отчете Агинского Аймачного исполкома указывалось, что за первый квартал 1924 года по одному только аймаку было обратившихся 1068 больных, среди которых сифилис составлял 50-60%. Там же указывалось, что вследствие его



Здание ГУЗ ККВД

распространения у женщин имеются частые выкидыши и рождаются дети с врожденным сифилисом. Но постепенно заболеваемость сифилисом снижалась. В 1926 году – 11,9 больных на 1000 населения, в 1927– 8,8; 1928 – 6,2 больных сифилисом.

В 1935 году было развернуто кожно-венерологическое отделение 321 Окружного военного госпиталя.

Большую роль в распространении венерических болезней играла тайная и явная проституция. В докладе начальника Читинской городской милиции было отмечено: «в городе Чите зарегистрировано 39 проституток-профессионалок и 56 так называемых барышень легкого поведения, занимающихся продажей своего тела. Милицией закрыты 22 притона, и несколько притоносодержателей привлечены к уголовной ответственности». В 1942 году был организован Совет по борьбе с проституцией, основной задачей которого стали разработка и совершенствование форм и методов санитарно-просветительской работы среди населения.

В 1948 году создана специализированная служба медицинского отдела Забайкальской железной дороги. В результате огромной по масштабам работы в 1950 году было зарегистрировано всего 507 больных, с различными формами – 240, с ранним

врожденным сифилисом 8 случаев. В 1962 году в области не было зарегистрировано ни одного больного заразной формой сифилиса.

Новое типовое здание (ул. Таежная, дом 1), где ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» расположен и сегодня, сдано в эксплуатацию в 1987 году. Этот период ознаменовался значительным прорывом в области диагностики – началось развитие лабораторной службы учреждения: открыта бактериологическая лаборатория, специалисты диспансера освоили методы иммуноферментного анализа, прямой иммунофлюоресценции, полимеразной цепной реакции для высокоточного выявления сифилиса и других ИППП. Созданы межрайонные серологические лаборатории.

В новом здании диспансера начала функционировать косметологическая лечебница, врачи которой прошли специализацию на учебных базах Москвы и Иркутска. Их первые шаги в освоении новых методик были отмечены в 1990 году Почетной грамотой за участие в работе павильона «Здоровье» на ВДНХ СССР. Среди тех, кто в те годы создавал косметологическую службу, – П.А. Степанова, Т.Н. Медведева, В.Ф. Ярославцева, М.Е. Ананьева.

Косметологическое отделение ГУЗ «ККВД» было открыто в 2010 году, сегодня пациенты могут получить здесь консультацию врачей-косметологов и врачей-трихологов. Специалисты отделения владеют современными методами инъекционной, аппаратной и эстетической терапии. В косметологическом отделении диспансера к проблеме пациента с заболеваниями кожи подходят комплексно, предлагая ему не только косметические, но и лечебные процедуры. В кабине деструктивных методов осуществляют удаление доброкачественных новообразований кожи, восстанавливают кожу после угревой болезни, устраняют такие ее последствия, как рубцы и пигментация. Актуальным направлением стала диагностика и лечение заболеваний волос и кожи волосистой части головы. Наличие специального оборудования в кабинете трихолога позволяет произвести трихоскопию, по результатам которой назначаются лечебные манипуляции.

В начале нового тысячелетия в диспансере развернули отделение для лечения больных хроническими дерматозами, в рамках использования стационарозамещающих технологий создан дневной стационар, открыты кабинеты анонимного обследования и лечения ИППП.

Принципиально новым подходом в организации профилактической помощи в диспансере стало открытие в 2007 году отделения первичной профилактики, основная цель которого – предупреждение распространения ИППП среди детей и подростков.

В 2009 году кожно-венерологический диспансер стал участником проекта «Клиники, дружественные к молодежи», что проводится под эгидой детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). В учреждении проект представлен клиникой «МОЯ TERRITORY», действующей на базе подросткового специализированного центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем.

В разные годы диспансер возглавляли: И.А. Цейтлин, З.А. Исаева, Т.А. Рустикова, Г.В. Квятковская, А.К. Ведерникова, П.А. Степанова, Д.Д. Будаев, Л.Ю. Бердицкая. С апреля 2022 года учреждением руководит Е.А. Шипулина.



Врачебный коллектив ГУЗ ККВД

ЮБИЛЕИ

Сегодня ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» располагает всеми необходимыми возможностями для оказания медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» жителям Забайкальского края. В деятельность диспансера успешно внедряются современные информационные технологии.

В консультативно-диагностическом отделении диспансера организованы детские и взрослые кабинеты для больных с заболеваниями кожи, микологический кабинет, кабинеты по приему больных сифилисом и другими инфекциями, передаваемыми половым путем, кабинеты анонимного обследования и лечения ИППП, кабинет физиотерапевтического лечения, работает психолог. Для пациентов с угревой болезнью ведет работу «Акне-центр». Для оказания специализированной медицинской помощи работают два отделения с круглосуточным пребыванием пациентов, а также дневной стационар. С 2016 года в диспансере осуществляется оказание медицинской помощи в рамках ВМП. За период с 2016 по 2022 год данный вид медицинской помощи получили порядка 300 пациентов.

Высокий ресурсный потенциал клиничко-диагностической лаборатории позволяет выполнять в стенах диспансера аналитические исследования широкого спектра на наличие инфекций, передаваемых половым путем, и болезней кожи. Исследования проводятся в четырех отделах КДЛ:



Семейные династии: Катамадзе Л.Н. и Бокова О.Д., Золотарев Е.А. и Золотарев А.Е.

клиническом, бактериологическом, иммуносерологическом и молекулярно-биологическом (ПЦР). Лаборатория оснащена современным диагностическим оборудованием, сертифицированными тест-системами.

Сегодня в краевом кожно-венерологическом диспансере плодотворно трудятся как молодые специалисты, так и опытные доктора: Елушева Н.А., Катамадзе Л.Н., Золотарев Е.А., Кошечкина О.Б., Баранова Ю.В., Бокова О.Д., Ткачук Ю.С., Прокопенко Н.Г., Деревцова О.В., Тарнуева М.В., Колтакова А.Ю., Золотарев А.Е., Руденко Т.А.,

Раитина Ц.Д., Берг О.В., Шайковская Е.В., Делова Е.Г., Солпова О.А. и др.

В течение многих лет успешно работают в центральных районных больницах Забайкальского края врачи-дерматовенерологи (Матвеева Н.А., Коренева В.И., Подзорова Н.Е., Михайлова Е.П., Пинигина Л.М., Балданова Л.Д., Намсараева Д.Г., Кутузов Г.В., Карандась О.Б. и др.)

Значительный след в истории дерматовенерологической службы региона оставили врачи Марухненко М.В., Смирнова М.Ф., Дубинникова И.И., Филитович Н.Е., Дейнеко В.П.,

Степанова П.А., Буракова Н.Г., Ткачева И.А., Тугаринова А.В., Веригина Н.Н., Резанович В.В., Медведева Т.Н., Бердичкая Л.Ю., Гусякова Л.К. и др.

Показателем верности специальности и сохранения традиций служит формирование врачебных династий. Так, вслед за Полиной Александровной Степановой пришла работать в диспансер ее дочь Ольга Геннадьевна Плотникова (Степанова), за Виктором Николаевичем Терещенко – Мария Викторовна Рябкова (Терещенко). В настоящее время в диспансере трудятся врачебные династии Золотаревых – Евгений Анатольевич и Анатолий Евгеньевич, Катамадзе – Лариса Николаевна и Олеся Демуриевна. А это значит, что история службы имеет достойное продолжение в настоящем.

В 2022 году ГУЗ «ККВД» включен в Федеральный реестр «Всероссийская книга почета». Кроме того, диспансер является клинической базой для подготовки студентов Читинской государственной медицинской академии и Читинского медицинского колледжа.

Уровень подготовки, целеустремленность и профессионализм сотрудников позволяют на должном уровне сохранять и развивать дерматовенерологическую службу Забайкальского края!

*к.м.н. Шипулина Е.А.,
Баранова Ю.В., Бокова О.Д.*

ВИННИК Юрий Юрьевич: к 50-летию со дня рождения

28 МАРТА 2023 ГОДА ИСПОЛНИЛОСЬ 50 ЛЕТ ГЛАВНОМУ ВРАЧУ КГБУЗ «КРАСНОЯРСКИЙ КРАЕВОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР №1», ДОКТОРУ МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРУ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ИМ. ПРОФ. В.И. ПРОХОРЕНКОВА С КУРСОМ КОСМЕТОЛОГИИ ФГБОУ ВО «КРАСНОЯРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЮРИЮ ЮРЬЕВИЧУ ВИННИКУ.



Ю.Ю. Винник в 1996 году с отличием окончил Красноярскую государственную медицинскую академию и был направлен в клиническую ординатуру по дерматовенерологии на кафедру кожных и венерических болезней КрасГМА, где сформировался как ученый и клиницист, а затем в 1998 году на конкурсной основе был принят в очную аспирантуру на родную кафедру, где оформился круг его исследовательских интересов. За научные достижения в 1997 году был удостоен гранта Красноярского краевого фонда науки, в 2000 – стипендии Правительства Российской Федерации. Досрочно окончив аспирантуру в 2000 году, Винник Ю.Ю. успешно защитил кандидатскую диссертацию, работал ассистентом, затем

доцентом, совмещая научно-педагогическую деятельность с работой в КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1». Неоднократно исполнял обязанности заведующего дневным стационаром и заведующего поликлиникой КГБУЗ «ККВД №1».

В сентябре 2010 года Юрий Юрьевич был принят на конкурсной основе в очную докторантуру ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, где до июня 2013 года выполнял докторскую диссертационную работу на тему «Анатомо-антропометрическая характеристика клинического течения хронического уретрогенного простатита». Диссертация успешно защищена 14.01.2014 по двум специальностям: 14.01.10. – кожные и венерические болезни и 14.03.01 – анатомия человека, медицинские науки.

В исследовании выявлены закономерности вариабельного строения простаты и его влияния на клиническое течение хронического уретрогенного простатита в зависимости от соматотипа мужчин первого периода зрелого возраста. Впервые получены данные об анатомических особенностях строения простаты, семенных пузырьков и уретровезикального сегмента в зависимости от соматотипа мужчин первого периода зрелого возраста. Показано, что у мужчин, страдающих хроническим уретрогенным простата-

титом, отсутствует инверсия полового диморфизма. Выявлены новые данные об эффективности комплексного стандартного лечения хронического уретрогенного простатита с включением озонотерапии в зависимости от анатомического строения зон простаты и компонентов сомы мужчин. На основании полученных результатов доказано, что достижение оптимальных результатов лечения хронического уретрогенного простатита зависит от удельного веса железистой ткани периферической зоны простаты.

Опубликована в издательстве «Медицина» (г. Москва) монография «Общая сексопатология: Руководство для врачей», которая с успехом используется в практической работе врачами многих специальностей Российской Федерации и стран СНГ. Проблемы инфекций, передаваемых половым путем, и как следствие осложненный в виде воспаления органов мочеполового тракта являются одним из научных направлений работы Юрия Юрьевича. В этом увлечении проявилась его способность использовать современные клиничко-инструментальные, молекулярно-биологические и морфометрические методы для решения поставленных научных целей. По итогам исследований планируется защита четырех кандидатских диссертаций.

В декабре 2016 года Винник Ю.Ю. по конкурсу избран на должность профессора кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

им. проф. В.И. Прохоренкова. Им опубликовано 435 печатных работ, из них 2 монографии, оформлены 4 патента Российской Федерации, кроме того Юрий Юрьевич является членом Диссертационного совета 21.2.013.02 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, созданного на базе ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ.

Юрий Юрьевич постоянно выступает с устными докладами на международных, всероссийских, краевых, городских и вузовских конференциях по дерматовенерологическим и уроandroлогическим заболеваниям. Педагогический стаж составляет 22 года. Под его руководством на кафедре дерматовенерологии ведутся научно-исследовательские работы по направлениям: «Анатомо-морфологические особенности течения хронических дерматозов», «Осложнения инфекций, передаваемых половым путем», «Особенности старения кожи у европеоидов и монголоидов».

В феврале 2021 года Винник Ю.Ю. был назначен главным врачом КГБУЗ ККВД №1. За период работы в должности главного врача КГБУЗ ККВД №1 была проведена оптимизация штатного расписания учреждения и разумный подбор и расстановка кадров в структурных подразделениях. В результате проведенных

мероприятий произошел существенный рост выполнения фактических показателей деятельности по утвержденному государственному заданию. Установленные учреждению нормативы по выполнению программы оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования также выполняются в полном объеме. В результате принятия оперативных решений объем платных медицинских услуг увеличился в 2,5 раза. Заработанные средства направлены на проведение ремонтных работ в подразделениях учреждения, а также на развитие и укрепление материально-технической базы диспансера и филиалов. Исполнение показателей «Дорожной карты» достигло 100% по всем категориям работников.

Работая главным внештатным дерматовенерологом и косметологом Министерства здравоохранения Красноярского края, Юрий Юрьевич проявляет увлеченность, инициативность, высокий профессионализм в решении организационно-методических вопросов для оперативного управления дерматовенерологической и косметологической службами региона. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «дерматовенерологии», владеет всеми методами диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний, активно внедряет в практическое здравоохранение современные методы диагностики и лечения, проводит с врачами ККВД №1 врачебные конференции, профессорские консультации. Награжден знаком «Отличник здравоохранения», Благодарностями и Почетными грамотами Министра здравоохранения Российской Федерации, Законодательного Собрания Красноярского края, главы города и Городского совета Красноярска.

От всей души поздравляем Юрия Юрьевича с юбилеем и желаем ему доброго здоровья, благополучия и дальнейших творческих успехов в организаторской, научной и профессиональной деятельности!

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

В Нижнем Новгороде прошла конференция НАДК

12 АПРЕЛЯ В НИЖНЕМ НОВГОРОДЕ В ГИБРИДНОМ ФОРМАТЕ ПРОШЛА МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: ОТ ИННОВАЦИЙ - К ПРАКТИКЕ».



В.И. Евстафьев, Д.В. Мелик-Гусейнов, Н.Н. Потекаев, Н.Н. Карякин

Открывая работу конференции, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Нижегородской области, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной кожно-венерологический диспансер» **Василий Иванович Евстафьев** поприветствовал всех собравшихся на Нижегородской земле на конференции, открывающей уникальные возможности обмена опытом в сфере дерматовенерологии, а также выразил особую благодарность Национальному альянсу дерматовенерологов и косметологов за организацию и проведение данной конференции.

Заместитель губернатора Нижегородской области и министр здравоохранения Нижегородской области **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов** отметил, что с большим удовольствием принял приглашение участвовать в этом мероприятии, поскольку уверен: что бы ни делал **Николай Николаевич Потекаев**, все приобретает очень мощное звучание и имеет серьезный эффект. «Вроде бы кажется, что дерматовенерология и косметология не имеют большого значения, но на самом деле это не так, – отметил он, – От того, как человек выглядит, как за собой следит, как воспринимается другими людьми, зависит и дальнейшее развитие этого человека, и его статус в социуме. Зачастую мы сужаем роль дерматовенерологии и приводим ее к каким-то маргинальным моментам, связанным с тем, что кто-то вел неправильный образ жизни – вот в награду получил соответствующее заболевание. Я считаю, что это категорически неправильно. Мифы вокруг этой темы нужно максимально развеивать. Стигматизации должны быть максимально упразднены. Поэтому таких мероприятий должно быть как можно больше».

Ректор Приволжского исследовательского медицинского университета, доктор медицинских наук, доцент **Николай Николаевич Карякин** в своем приветственном слове заметил, что задача университета концентрировать вокруг себя всех коллег вне зависимости от того, входят они в состав университета или просто проявляют научную активность и готовы вместе

что-то создавать. «Те инновационные решения, которые сейчас упомянуты, и следующие разработки – это продукт открытой работы университета. Ваша специальность крайне важна, она, с одной стороны, массово востребована прекрасной половиной человечества, с другой – люди с ней сталкиваются в сложнейших случаях. Мы как университет стараемся обратить внимание на два сектора: это подготовка врачей и создание новых научных, инновационных решений, которые входят в наше практическое здравоохранение. Хотел бы сказать слова благодарности нашей кафедре и пожелать всему нашему дерматовенерологическому сообществу активного развития», – заключил он.

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы, президент Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», д.м.н., профессор **Николай Николаевич Потекаев** также в свою очередь поблагодарил оргкомитет и Давида Валерьевича Мелик-Гусейнова за организацию и поддержку мероприятия, кратко остановился на преимуществах организатора конференции – Национального альянса дерматовенерологов и косметологов – крупнейшей профессиональной организации. Николай Николаевич упомянул, что в ближайшее время у Альянса будет изменена организационная форма, он станет межрегиональной общественной организацией, что позволит открывать отделения и развивать эти отделения как субструктуры организации.

«Наша специальность кажется простой, – сказал он, – но на самом деле мы стоим как бы на границе между очень тяжелыми проблемами и, казалось бы, еще не такими страшными. Если мы говорим о меланоме, то речь идет о стадиях, и чем раньше дерматолог поймает меланому на первый, максимум второй стадии, тем перспективнее будет дальнейшая жизнь человека. Фактически он сможет остаться живым и продолжить жизнь даже без лечения, просто удалив новообразование».

Профессор Потекаев также поблагодарил коллег из других регионов за участие органов здравоохранения исполнительной власти субъектов в поддержке больных буллезным

эпидермолизом: «Это исключительно тяжелая история. Дети бабочки – это тоже наша мера ответственности, мы должны этим заниматься».

«Школа Нижегородской дерматологии – очень сильная, крепкая и судя по тем инновациям, которые мы здесь видим, – здесь фактически построен «наукоград». Поздравляю всех с открытием конференции, желаю больших успехов, процветания, участникам – полезной и созидательной работы», – заключил Николай Николаевич.

После выступления президента НАДК, заместитель губернатора Нижегородской области Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов предложил от лица Минздрава Нижегородской области подписать соглашение с Национальным альянсом дерматовенерологов и косметологов. «Мы хотим



Д.В. Мелик-Гусейнов

стать первым регионом, который очень тесно будет выстраивать сотрудничество с вами, мы готовы поддерживать наших коллег, работающих в лечебной сети и в плане научного сопровождения, и в плане инноваций, которые требуется внедрять. Выхожу с такой инициативой и прошу коллег подготовить проект этого соглашения. Буду очень признателен, если в ближайшее время мы его подпишем», – заявил он.

В процессе пленарного заседания был заслушан доклад В.И. Евстафьева о деятельности дерматологической службы Нижегородской области. Он подробно рассказал о работе кожно-венерологических учреждений Нижегородской области, включающих «Нижегородский областной кожно-венерологический диспансер» (НОКВД) с 4 филиалами, 49 кабинетами, расположенными на базах центральных районных больниц, 18 – в детских поликлиниках Нижнего Новгорода, 14 частных МО, где работают 117 врачей-дерматовенерологов.

В Нижегородской области действуют 224 дерматовенерологические койки. В.И. Евстафьев отметил с 2021 года положительную динамику суммарной заболеваемости всеми инфекциями, передаваемыми половым

путем, связанную с ковидными ограничениями в 2020 году и отсутствием посещений, однако за 10-летний период заболеваемость всеми ИППП уменьшилась почти в 3 раза. Анализ показал превалирование трихомонадной инфекции, удельный вес которой увеличился на 25%, далее в ранговом распределении следуют аногенитальные бородавки, генитальный герпес, хламидиоз и сифилис, а замыкает ряд гонококковая инфекция. В Нижегородской области действует отлаженная система ранней диагностики и профилактики ИППП, которую координирует НОКВД.

Особенностям периодической аккредитации врачей-дерматовенерологов был посвящен второй доклад заседания. Представила его к.м.н. **Мария Сергеевна Незнахина**, доцент кафедры кожных болезней ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России. Докладчик пояснила, что с 1 января этого года завершена сертификация в РФ и введена Аккредитация – процедура определения соответствия лица, получившего медицинское образование. Она рассказала о видах аккредитации – первичной и периодической, подробно объяснила механизмы ее проведения.

Основная работа конференции прошла в формате докладов на тематических секциях, посвященных современным подходам к диагностике и терапии различных дерматозов. Здесь шла речь о комплексной терапии экземы в соответствии с новыми клиническими рекомендациями, об эволюции наружной терапии акне, диффузных заболеваний соединительной ткани.



Г.А. Петрова

Также были рассмотрены проблемы комплаентности в лечении атопического дерматита, вопросы дифференциального диагноза в терапии красного плоского лишая, особенности лабораторного мониторинга и терапии постковидных алопеций и многие другие. Отдельное внимание было уделено разбору клинических случаев. Обмен опытом как элемент развития клинического мышления был оценен и принят слушателями.

Завершая работу конференции, доктор **Г.А. Петрова** поблагодарила за интересные доклады, отметила их важность и актуальность.

Конференцию посетили более 700 человек виртуально и около 150 – очно. К мероприятию присоединились участники из 74 регионов России и одиннадцати стран зарубежья – Армении, Беларуси, Казахстана, Киргизии, Латвии, Молдовы, Узбекистана и др. стран.

Н.В. Николаева



НОВОСТИ РЕГИОНОВ

«Опасные связи» обсудили в Уфе

29 МАРТА В УФЕ ПРОШЕЛ V РЕГИОНАЛЬНЫЙ ФОРУМ «ОПАСНЫЕ СВЯЗИ» – «ДЕЛИКАТНЫЕ ВОПРОСЫ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА И УРОЛОГА».

Работу форума возглавил президент Гильдии специалистов по ИППП «ЮСТИ РУ», главный научный сотрудник Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор Михаил Александрович Гомберг. В своем выступлении он сделал акцент на разборе случаев смешанных вагинальных инфекций, изложил вопросы диагностики, лечения бактериального вагиноза, особенности ведения пациентов с вульвовагинальным кандидозом, отразил роль ВПЧ-инфекции в появлении злокачественных новообразований шейки матки. Обратил внимание аудитории на необходимость активной профилактики ВПЧ.

Руководитель отдела аногенитальных дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем, функционирующего при ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, профессор Надежда Ивановна Чернова провела разборы клинических случаев в свете актуальных клинических рекомендаций при вагините, уретрите, цистите у сексуально активных женщин. Она отметила роль бактериофагов при лечении пациентов с рецидивирующими инфекционно-воспалительными заболеваниями кожи и слизистых.

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, заместитель главного врача Республиканского клинического перина-



тального центра Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, д.м.н. Ирина Борисовна Фаткуллина выступила с актуальным докладом «Как сохранить вагинальную микробиоту в разные возрастные периоды жизни женщины».

Профессор кафедры репродуктивной медицины и хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Президент Европейского общества по инфекционным заболеваниям в акушерстве и гинекологии (ESIDOG) в России, д.м.н., профессор Владимир Николаевич Кузьмин представил в своих докладах алгоритмы и тактику ведения пациенток с патологическими выделениями из влагалища, а также при герпесвирусной инфекции в гинекологической практике.

Главный врач ГБУЗ РКВД, главный внештатный специалист по дерматовенерологии Минздрава РБ Эдуард Салихьянович Камалов выступил с докладом «Состояние заболеваемости ИППП в Республике Башкортостан». В своем выступлении он, в частности, отметил, что в 2022 г. в сравнении с 2021 г. в республике зарегистрирован рост заболеваемости вирусными половыми инфекциями, в частности аногенитальными бородавками, аногенитальной герпетической вирусной инфекцией, и уменьшение заболеваемости бактериальными половыми инфекциями: гонореей – на 1,5%, трихомонозом – на 24,3%, хламидийными инфекциями – на 1,7%.

Данный форум показал необходимость усиления совместной работы врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов по профилактике ИППП в современных условиях.

С.С. Курбатов

Новый диагностический комплекс в Кузбасском клиническом кожно-венерологическом диспансере



В арсенале специалистов Кузбасского клинического кожно-венерологического диспансера появился один из лучших аппаратов для дерматоскопии в мире на сегодняшний день – фотофайндер. Он позволяет максимально точно определять характер различных образований на коже. Любое образование обследуется при 20–140-кратном увеличении. Если на коже человека есть родин-

ки, пигментные пятна различного происхождения, невусы, новообразования, искусственный интеллект фотофайндер безошибочно определит их характер, а врач установит диагноз и выдаст рекомендации.

Подобные исследования просто незаменимы для ранней диагностики онкологических заболеваний. Фотофайндер составляет специальную

карту всех родинок на теле пациентов и позволяет в дальнейшем наблюдать их в динамике. При повторных обследованиях он выявит все вновь появившиеся родинки и определит, произошли ли изменения в тех, которые уже были.

Показания к обследованию – пигментные пятна, большое количество родинок, гигантские врожденные невусы, меланома (рак кожи) в личном или

семейном анамнезе, любые образования, в том числе подозрительные: неоднородные по цвету, неправильной формы, нетипичные родинки, а также отличающиеся от всех, которые есть на теле, нахождение в группе риска по меланоме – блондины со светлой кожей и веснушками, длительное пребывание на солнце, солнечные ожоги, лучевая терапия, люди с первым и вторым фототипами кожи.

Ответы на Кроссворд

По горизонтали:

- 5. Герпес. 6. Хлорка. 8. Свищ. 10. Мадароз. 11. Чума. 13. Книга. 17. Матка. 19. Комедон. 20. Пospelов.
- 21. Разброс. 23. Гонорея. 24. Аборт. 25. Кадры. 28. Мясо. 30. Миксома. 31. Хрящ. 32. Папула.
- 33. Липома.

По вертикали:

- 1. Прыщ. 2. Дерма. 3. Слизь. 4. Врач. 7. Ланцет. 9. Венерофобия. 12. Микроспория. 14. Гэмшир.
- 15. Подолог. 16. Розацеа. 18. Атерома. 22. Волосы. 26. Амелия. 27. Бахилы. 29. Оспа. 31. Хром.

Зашифрованное слово: МЕЛАНОМА. Поздравляем победителя, первого приславшего правильный ответ, – М.В. Максимова.

МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ №2 (42)

Свидетельство о регистрации: ПИ №ФС 77-51552 от 26.10.2012 г.
Учредитель: Союз «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»
Адрес редакции: 119071, Москва, Ленинский проспект, д. 17
E-mail: klinderma@inbox.ru, pressderma@yandex.ru
Главный редактор – Потеев О.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 – Федоровская И.В. Тел.: +7 903 215-98-55

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 28.04.2023
 Время подписания в печать: по графику 10:00 фактическое 10:00.
 Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский дерматолог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.



ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ
И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Тремфея: **ЖИЗНЬ** в каждой минуте



Тремфея — представитель нового класса и ИЛ-23 — **обеспечивает превосходящий эффект** по влиянию на долю пациентов, достигших PASI 90 через год применения в сравнении с адалимумабом **(+28%)** и секукинумабом **(+14%)**^{1-2,*}

Тремфея обеспечивает **устойчивый эффект**: более **80%** пациентов удерживают ответ по PASI 90 через 5 лет терапии³

Благоприятный профиль безопасности в течение 5 лет: отсутствие признаков тяжелых инфекций, активации латентной туберкулезной инфекции, ВЗК³

* По достижении PASI 90 через год терапии

1. Blauvelt A, et al. J Am Acad Dermatol 2017; 76: 405–417

2. Reich K. et al. The Lancet. volume 394, issue 10201, p831-839, Sep 07, 2019

3. Griffiths et al. Poster Presentation Coastal Dermatology Symposium 2020, October 15-16th

ВЗК - воспалительные заболевания кишечника

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ТРЕМФЕЯ, ЛП-005686

Перед применением ознакомьтесь с полной версией инструкции.

Торговое наименование препарата – Тремфея (гуселькумаб), раствор для подкожного введения. Показания к применению. Бляшечный псориаз. Препарат Тремфея показан для терапии бляшечного псориаза средней и тяжелой степени у взрослых пациентов, которым показана системная терапия. Псориазический артрит. Препарат Тремфея в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом показан для терапии активного псориазического артрита у взрослых пациентов при отсутствии адекватного ответа или при непереносимости предшествующей терапии базисными противовоспалительными препаратами.

Противопоказания. тяжелая степень гиперчувствительности к гуселькумабу или любому вспомогательному веществу препарата; клинически значимые активные инфекции (например, активный туберкулез); детский возраст до 18 лет. **Способ применения и дозы. Бляшечный псориаз.** Рекомендуемая доза препарата Тремфея составляет 100 мг в виде подкожной инъекции. Вторая инъекция осуществляется через 4 недели после первой, с последующими введениями 1 раз каждые 8 недель. **Псориазический артрит.** Препарат Тремфея рекомендуется применять в дозе 100 мг в виде подкожной инъекции, вторая инъекция осуществляется через 4 недели после первой, с последующими введениями 1 раз каждые 8 недель. У пациентов с высоким риском повреждения суставов возможно рассмотреть применение препарата в дозе 100 мг с последующими введениями 1 раз каждые 4 недели. **Побочные действия.** Побочные действия препарата Тремфея, отмеченные в ходе клинических исследований у пациентов с псориазом и в пострегистрационном периоде: **Инфекции и инвазии:** инфекции дыхательных путей, инфекции, вызываемые вирусом простого герпеса, грибковые инфекции кожи, гастроэнтерит. **Лабораторные и инструментальные данные:** повышение активности трансаминаз, снижение числа нейтрофилов. **Нарушения со стороны иммунной системы:** гиперчувствительность, анафилактическая реакция. **Нарушения со стороны нервной системы:** головная боль. **Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:** диарея. **Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки:** сыпь, крапивница. **Нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани:** артралгия. **Общие нарушения и реакции в месте введения препарата:** реакции в месте инъекции. **Особые указания. Инфекции.** Пациенты, получающие терапию препаратом Тремфея, должны быть проинформированы о том, что при появлении каких-либо признаков хронической или острой инфекции (включая туберкулез) им следует обратиться за медицинской помощью. В случае развития у пациента клинически значимой или серьезной инфекции или при отсутствии ответа на стандартную терапию инфекции, следует проводить тщательное наблюдение за пациентом и отменять терапию препаратом Тремфея до момента разрешения инфекции.

Реакции гиперчувствительности. При возникновении реакций гиперчувствительности тяжелой степени должно быть немедленно прекращено применение препарата Тремфея и инициирована соответствующая терапия. **Вакцинация.** У пациентов, получающих терапию препаратом Тремфея, живые вакцины не должны применяться. **Производитель.** Силаг АГ Хоштрассе 201, 8200 Шаффхаузен, Швейцария. **Владелец регистрационного удостоверения/организация,** принимающая претензии потребителей: ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 2. Контактные телефоны: Тел.: (495) 755-83-57. Факс: (495) 755-83-58.



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Данный материал предназначен для распространения в местах проведения медицинских и фармацевтических выставок для специалистов сферы здравоохранения, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению.

CP-214039 от 9.04.2021