15

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ
НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ
И КОСМЕТОЛОГОВ

# ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ

Москва | 21–22 октября 2025

# СБОРНИК ТРУДОВ



**Научный редактор**
Сборника Трудов
15 Всероссийского Форума Национального альянса
дерматовенерологов и косметологов с международным участием
«Дерматовенерология и косметология: Синтез Науки и Практики»

**Жукова Ольга Валентиновна,**
*главный внештатный специалист ЦФО РФ по профилю дерматовенерология и косметология Министерства здравоохранения РФ, главный врач Московского Центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», исполнительный директор Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, доктор медицинских наук, профессор*

# ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

## АНАЛИЗ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ И ТИРЕОГЛОБУЛИНУ У ЭУТИРЕОИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»;*
*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России*
*г. Москва*
**Петров В. А., Жукова О. В., Волнухин В. А.**

**Актуальность.** Одним из показателей аутоиммунной патологии щитовидной железы является наличие в крови пациента повышенных титров аутоантител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) и тиреоглобулину (АТ-ТГ). Согласно имеющимся литературным данным, у людей с носительством антитиреоидных антител чаще, чем у лиц с нормальным их содержанием, развивается аутоиммунный тиреоидит и гипотиреоз. В ряде зарубежных исследований выявлена более высокая частота носительства антитиреоидных антител у пациентов с витилиго, по сравнению с популяционными показателями, однако полученные результаты значительно варьируются.
**Цель исследования**. Оценить частоту носительства (повышенного уровня) аутоантител АТ-ТПО и АТ-ТГ у эутиреоидных пациентов с витилиго, при обследовании которых не обнаружено патологии щитовидной железы.
**Материалы и методы.** Исследование антитиреоидных антител проведено у 23 пациентов с витилиго и 29 здоровых добровольцев, составивших контрольную группу. Как в группу пациентов, так и в группу здоровых добровольцев были включены только взрослые лица. Все пациенты с витилиго прошли обследование, включавшее определение в крови уровня тиреотропного гормона, свободного тироксина, антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, УЗИ щитовидной железы, а также были консультированы дерматовенерологом и эндокринологом. В исследование были включены только те пациенты, при клинико-лабораторном обследовании которых заболеваний щитовидной железы не обнаружено.
**Результаты и обсуждение.** Возраст включенных в исследование пациентов варьировал от 18 до 57 лет (в среднем 37,6 года), возраст здоровых добровольцев – от 18 до 60 лет (в среднем 32,3 года). В обеих группах большинство составляли лица женского пола (соответственно 73,9% и 72,4%). Статистически значимых различий групп по полу и возрасту не установлено. У 20 (87%) пациентов с витилиго диагностирован несегментарный тип заболевания, у 3 (13%) – сегментарный тип. Носительство АТ-ТПО выявлено нами у 7 (30,4%) пациентов с витилиго и 1 (3,4%) здорового добровольца, АТ ТГ – у 5 (21,7%) и 0 (0%), АТ ТПО и АТ ТГ одновременно – соответственно у 5 (21,7%) и 0 (0%). Частота носительства АТ ТПО, АТ ТГ, а также одновременно АТ ТПО и АТ ТГ у пациентов с витилиго статистически значимо превышала аналогичные показатели в контрольной группе (соответственно p=0,008, p=0,006, p=0,006). Средние значения и стандартные отклонения содержания АТ-ТПО в образцах крови пациентов с витилиго и здоровых добровольцев составили соответственно 68,1±210,5 МЕ/мл и 5,0±20,1 МЕ/мл, АТ ТГ – 86,4±124,5 МЕ/мл и 8,9±5,5 МЕ/мл. При проведении статического анализа у пациентов с витилиго выявлены достоверно более высокие значения уровней АТ ТПО и АТ ТГ, по сравнению с аналогичными показателями в группе здоровых добровольцев (соответственно p=0,003 и p=0,001). Следует заметить, что повышенные уровни антитиреоидных антител были выявлены нами только у пациентов с несегментарным типом витилиго.
**Заключение.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о более высокой частоте носительства и более высоких титрах АТ-ТПО и АТ-ТГ в крови пациентов с витилиго, по сравнению со здоровыми добровольцами. Дерматовенерологам при ведении пациентов с витилиго следует учитывать, что стойкое повышение в крови больных уровня антитиреоидных антител может служить одним из предикторов развития аутоиммунной патологии щитовидной железы.

## АНАЛИЗ БИОМАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ ВУЛЬВЫ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»*
*г. Москва*
**Чернова Н. И., Проскурина М. И., Задорожная И. С., Смердова М. А., Стукалова М. С., Исаева В. Л., Лаухтина С. А., Сапожникова Н. А., Полевщикова С. А.**

**Введение.** Актуальность поиска новых механизмов патогенеза склероатрофического лихена (САЛ) и методов его лечения обусловлена бременем, отягощающим качество жизни пациентов с данным заболеванием. Последние научные публикации свидетельствуют о том, что оксидативный стресс (ОС) может представлять важное патогенетическое звено в развитии САЛ аногенитальной области, что позволило бы рассматривать применение антиоксидантных препаратов в качестве дополнительного терапевтического звена в лечении дерматоза.
Цель: изучить роль маркеров ОС в развитии САЛ вульвы и выявить наиболее чувствительные биомаркеры в сыворотке больных.
**Материалы и методы.** На базе филиала «Юго-Западный» МНПЦДК в период с 2024–2025 гг. методом иммуноферментного анализа выполнено измерение в сыворотке крови 60 пациенток с диагнозом САЛВ (основная группа), а также 28 женщин без данного заболевания, входящих в группу контроля и сопоставимых по возрасту, уровней: 1) тиолового статуса (референсные значения: 430–660 мкмоль/л); 2) продуктов окисления белков (Advanced Oxidation Protein Product, AOPP) (<60 мкмоль/л); 3) продуктов перекисного окисления липидов, включающее: PerOx (определение перекисей) (менее 180 мкмоль/л), реактивные соединения тиобарбитуровой кислоты (представляет собой малоновый диальдегид (МДА), образующийся при окислении жирных кислот с тремя двойными связями) (0,23–3,94 мкмоль/л). Анализ статистических данных был выполнен в среде R (версия 4.4) с использованием пакетов dplyr (для манипулирования данными), ggplot2 (для визуализации) и gtsummary (для создания таблиц с результатами). Статистическая значимость различий между группами была установлена при уровне p <0,001.
**Результаты.** Оценка уровня биомаркеров ОС у пациенток основной группы продемонстрировала отклонения от референсных значений. В частности, уровни PerOx (629±571 мкмоль/л) и AOPP (19,2 ±6,1 мкмоль/л) были статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой (p <0,001 для обоих показателей). Достоверные отличия уровней тиолового статуса (основная группа – 725±212 мкмоль/л, группа контроля – 803±377 мкмоль/л) и МДА (основная группа – 16,5±3,85 мкмоль/л, группа контроля – 16,6±7,58 мкмоль/л) отсутствовали в исследуемых группах и превышали нормальные значения, что могло быть связано с влиянием на данные показатели соматической патологии или низкой специфичностью применяемого метода, в частности для МДА, определяемого методом выявления реактивных соединений тиобарбитуровой кислоты. После проведения многофакторного анализа с поправкой на соматические заболевания, сопутствующие основному диагнозу, только AOPP (ОШ 1,79, 95% ДИ [1,27, 2,85], p = 0,001) продемонстрировал статистически значимую связь с ОС при САЛВ.

**Выводы.** В ходе исследования было установлено, что у пациенток с САЛ вульвы наблюдается ОС. Сывороточные биомаркеры PerOx и AOPP продемонстрировали высокую чувствительность, при этом AOPP может быть использован как специфический лабораторный биомаркер для выявления нарушений окислительно-восстановительных процессов у больных с САЛ аногенитальной области.

## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ДЕРМАТОЗОВ СРЕДИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ С РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ И ПРИВОЛЖСКИМ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГОМ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России*
*г. Саратов*
**Моисеев А. А.**

По структуре первичной заболеваемости болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки в 2023 году заняли четвертое место среди всего населения Российской федерации (РФ), Приволжского федерального округа (ПФО) и Саратовской области (СО), уступая место болезням органов дыхания, травмам и болезням мочеполовой системы. При этом заболеваемость в СО на 100 тысяч населения выше (4642,3), чем в ПФО (4127,7) и выше, чем по РФ в целом (3785,0). По структуре распространенности дерматозы находятся на 15-м месте в РФ и ПФО, однако в СО – на 11-м месте, при том, что в 2022 году были на 12-м, уступая урологическим болезням. Распространенность среди всего населения на 2023 г. в РФ составила 5385,5, в ПФО 5882,0, а в СО 7607,8 – 11-е место в сравнении с 2022 годом, когда распространенность была на 12 месте (7262,3).
Целью данной работы является представление результатов сравнительного ретроспективного исследования за 10-летний период данных СО в сравнении с РФ и ПФО по уровню первичной и общей заболеваемости дерматозами, а также особенности структуры кожных болезней в СО.
**Материалы и методы.** С использованием аналитического и статистического методов исследования проведен анализ данных первичной заболеваемости и распространенности дерматозов среди населения СО в сравнении с аналогичными в ПФО и РФ, опубликованных на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики за период с 2014 по 2023 гг. Достоверность полученных данных подтверждалась проверкой нулевой гипотезы, которая отвергалась при подтверждении закономерности в различии показателей. Для проверки гипотезы о равенстве относительных величин использовали критерий Стьюдента для парных (связанных) выборок (t>2 при уровне значимости 95%). Расчет статистических показателей проводился с помощью программного обеспечения Microsoft Office 2021 года.
**Результаты.** По данным 2023 года в СО отмечается более высокая интенсивность первичной заболеваемости кожными болезнями – 4642,3 на 100 тысяч жителей. В структуре первичной и общей заболеваемости кожными болезнями лидируют контактный дерматит, экзема и атопический дерматит (АтД), однако в СО обнаружено отличие структуры общей и хронической заболеваемости в сторону увеличение доли АтД, который находится на втором месте, в отличие от аналогичных показателей РФ и ПФО, где на втором месте экзема, а АтД занимает третье место. Динамика первичной заболеваемости всеми тремя болезнями с 2014 по 2020 год характеризовалась их общим снижением с последующим ростом после пандемии COVID-19, однако в СО также обнаружилось отличие от тенденций, характерных для РФ и ПФО.
**Заключение.** В СО высокие показатели общей заболеваемости хроническими дерматозами среди населения. Необходимо продолжить исследование для выяснения причин роста болезней кожи и подкожной клетчатки в СО и разработки соответствующих мер для снижения уровня заболеваемости населения контактным дерматитом, атопическим дерматитом и экземой.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТОПИЧЕСКОЙ И СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ

*Медицинский центр «Максимед» (ООО «Фонд развития эффективной медицины»)*
*г. Тула*
**Горский В. С.**

**Введение.** Розацеа представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи лица, поражающее преимущественно взрослое население. По данным эпидемиологических исследований, распространенность розацеа в популяции составляет от 1% до 20% в зависимости от географического региона. Современная терапия розацеа включает различные подходы: от топических препаратов до системной антибактериальной терапии. Однако вопросы оптимизации лечебных схем и персонализированного подхода к терапии остаются актуальными. **Цель.** Провести сравнительный анализ эффективности различных терапевтических подходов при лечении папуло-пустулезной формы розацеа и оценить факторы, влияющие на выбор оптимальной тактики лечения.
**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 156 пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа, находившихся на лечении в период с 2020 по 2024 год. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от проводимой терапии: группа А (n=52) – топическая терапия метронидазолом 0,75% гель; группа Б (n=54) – системная терапия доксициклином 40 мг/сутки; группа В (n=50) – комбинированная терапия. Оценивались следующие параметры: тяжесть заболевания по шкале Investigator Global Assessment (IGA), количество воспалительных элементов, степень эритемы, время достижения клинического улучшения, частота рецидивов в течение 6 месяцев наблюдения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS 26.0, применялись критерии Манна–Уитни и критерий хи-квадрат.
**Результаты.** Клинические результаты показали различную эффективность терапевтических подходов. В группе А к 8 неделе лечения улучшение по шкале IGA достигнуто у 73,1% пациентов, среднее количество воспалительных элементов снизилось с 24,3±6,8 до 8,7±4,2. В группе Б положительная динамика отмечена у 85,2% пациентов, количество папуло-пустулезных элементов уменьшилось с 23,9±7,1 до 5,4±3,6 (p <0,05). Наилучшие результаты продемонстрированы в группе В: клинический эффект достигнут у 94% пациентов, среднее время до улучшения составило 3,2±1,4 недели против 5,8±2,1 недель в группе А (p <0,01). Анализ факторов, влияющих на эффективность терапии, выявил значимую корреляцию между тяжестью заболевания и выбором метода лечения. При легкой степени тяжести (IGA 1–2) топическая терапия была эффективна в 89,3% случаев, при умеренной степени (IGA 3) оптимальным оказался комбинированный подход. Частота рецидивов в течение 6 месяцев составила: группа А – 42,3%, группа Б – 29,6%, группа В – 16% (p <0,05). Побочные эффекты зарегистрированы у 5,8% пациентов группы Б (диспепсические явления) и у 7,7% пациентов группы А (местные реакции).
Обсуждение. Результаты ретроспективного анализа подтверждают необходимость дифференцированного подхода к выбору терапии розацеа в зависимости от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациента. Комбинированная терапия продемонстрировала наибольшую эффективность, что согласуется с современными международными рекомендациями по лечению розацеа. Превосходство комбинированного подхода может быть обусловлено синергическим действием топического противовоспалительного эффекта метронидазола и системного действия доксициклина, который, помимо антибактериального эффекта, обладает противовоспалительными свойствами за счет ингибирования металлопротеиназ и снижения продукции провоспалительных цитокинов. Полученные данные о снижении частоты рецидивов при комбинированной терапии имеют важное практическое значение, поскольку рецидивирующий характер течения розацеа значительно снижает качество жизни пациентов и требует длительного поддерживающего лечения. Индивидуализация терапевтического подхода с учетом тяжести заболевания позволяет оптимизировать результаты лечения и минимизировать риск развития нежелательных явлений.

## АНДРОГЕНЗАВИСИМЫЕ ДЕРМОПАТИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
*г. Луганск*
**Радионов В. Г., Лохматова И. А., Шварева Т. И., Хайминов Е. М.**

**Актуальность.** Андрогензависимые дерматозы – симптомокомплекс, который развивается в результате генерализованного или локального воздействия избытка андрогенов на волосяные луковицы, сальные железы и другие компоненты кожи. Наиболее распространенными из них у девушек-подростков являются себорея и акне, пик клинических проявлений которых отмечается в возрасте 14–17 лет, что привлекает особое внимание пациенток к лечению этих заболеваний. В патогенезе акне участвуют избыточная продукция сального секрета, гиперкератоз фолликулярного канала, генетическая предрасположенность, обусловленная интенсивной колонизацией протоков сальных желез Propionibacterium acnes и развитием воспалительной реакции в перифолликулярной зоне, а также измененный гормональный фон, который является ведущим фактором изменения сальной железы. Гормонами, стимулирующими секрецию кожного сала и увеличение объема сальных желез, являются: свободный тестостерон, андростендион (50% которого – овариального происхождения, а 50 % – надпочечникового), дегидроэпиандростерон (20% – овариального происхождения, 80% – надпочечникого происхождения), дегидроэпиандростерона сульфат (надпочечникого происхождения). К сожалению, на сегодняшний день при обследовании и лечении больных андрогензависимыми дермопатиями особенно при наличии сопутствующей патологии, как правило, отсутствует комплексный междисциплинарный этиопатогенетический подход.

**Цель.** Обосновать необходимость комплексного междисциплинарного этиопатогенетического подхода при обследовании и лечении девушек – подростков с андрогензависимыми дерматозами и/или «с риском» их развития.

**Материалы и методы.** Проведен анализ научной литературы по изучаемой проблеме за период с 2018 по 2024 гг.

**Результаты.** Ожирение, особенно висцеральное, часто встречается у подростков и взрослых с гиперандрогенией. Недавнее исследование Ibáñez L. и соавт. (2020 г.) показало, что распространенность гиперандрогении среди подростков с избыточным весом или ожирением выше, чем среди взрослых пациентов. Существуют данные о том, что весовой статус девушек-подростков тесно связан с гиперандрогенией и качеством жизни. Кроме того, ожирение может усугублять инсулинорезистентность и гиперинсулинемию, косвенно усугубляя гиперандрогению. Поэтому перипубертатное ожирение является потенциальным фактором гиперандрогении, которая особенно заметна при раннем половом созревании. Так, по данным исследования Li L., Feng Q. и соавт. (2017 г.), у подростков с ожирением уровень свободного тестостерона оказался значительно выше контрольных цифр. Существуют данные об установленной связи ожирения и некоторых симптомов гиперандрогении, таких как гирсутизм и акне, с эмоциональной депрессией. При этом показатели депрессии определенно выше при повышенном индексе массы тела.

**Выводы.** Учитывая существующую доказательную связь ожирения, метаболических нарушений, гиперандрогении и андрогензависимых поражений кожи, необходимо подчеркнуть важность междисциплинарного терапевтического вмешательства в сочетании с изменением образа жизни девушек подростков. Дальнейшее совместное изучение данной проблемы не только дерматологами, но и педиатрами, эндокринологами, гинекологами-эндокринологами, психиатрами и другими специалистами позволит разработать эффективные протоколы по тактике комплексного ведения и лечения таких пациенток и значительно улучшить их качество жизни.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТОВ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Минздрава Российской Федерации*
*г. Москва*
**Ключникова Д. Е., Айвазова Т. В.**

**Введение.** Взаимодействие врача дерматовенеролога с пациентом почти всегда имеет психологический элемент. Сложность этого взаимодействия может быть связана как с реальной психиатрической патологией у пациентов с аутодеструктивными поражениями кожи при патомимии, трихотиломании, хейло- и онихофагии, экскориированных акне, дерматозойном бреде, так и в связи со стрессом от диагностированного заболевания, – злокачественные образования кожи, тяжелые аутоиммунные, иногда потенциально смертельные заболевания. Зачастую эта эмоциональная дисфункция происходит на фоне развития симптомов, сопровождающих дерматоз (боль, мучительный зуд, бессонница, ограничение подвижности). Необходимо выделить пациентов с переживанием мучительных ощущений при осознании изменений собственной внешности в связи с развившимся заболеванием. Это больные с тяжелыми формами акне, различными формами алопеции, псориазом. На приеме дерматологи часто сталкиваются с пациентами, у которых ярко выражен дисморфофобический синдром, когда степень реакции на проявления заболевания не соответствует степени выраженности клинических проявлений. Отдельная когорта пациентов обнаруживают высокую степень агрессии, истероидные реакции и склонность к кверулянтству. В последние десятилетия на приеме у дерматовенеролога оценка качества жизни пациентов, а также степень тревожности/депрессии стала необходимостью, что подчеркивает связь и влияние психоэмоционального состояния пациента на заболевание и проводимое лечение.

Целью данного исследования явилось определение взаимосвязи показателей качества жизни и степени тревоги с клиническими проявлениями дерматоза.

**Материал и методы.** На кафедре кожных и венерических заболеваний Российского университета медицины с 2019 по 2021 гг. под наблюдением находилось 138 пациентов с различной дерматологической патологией, которые заполняли анкеты DLQI (Dermatology Life Quality Index) и HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) до и после проведенного лечения. Среди пациентов наблюдались следующие нозологические формы: 38 страдали акне, 31 экземой, 20 атопическим дерматитом, 14 себорейным дерматитом, 12 псориазом, 10 розацеа, 8 андрогенетической алопецией и 5 красным плоским лишаем. Для анализа изменений показателей индексов в процессе лечения использовали непараметрический критерий Вилкоксона. При уровне значимости p <0,05 изменения показателей считались достоверными.

Результаты исследования. До лечения индекс качества жизни DLQI у 81% пациентов (n=115) составлял 11–20 баллов, что соответствует сильному влиянию дерматоза на качество жизни. У 16% (n=19) влияние заболевания на качество жизни было средним, – 6–10 баллов, и только у 3% пациентов (n=4) отмечалось небольшое влияние дерматоза на качество жизни, – 2–5 баллов. Повышение уровня тревоги и депрессии (HADS 9–10 баллов) наблюдалось у 69% пациентов (n=95). Длительность терапии пациентов с различными нозологиями сильно варьировала и составляла от 4 до 36 недель. По достижении ремиссии или значительного регресса дерматологической симптоматики 126 пациентов (91%) демонстрировали улучшение показателей индекса качества жизни, – DLQI снизился на 3–15 баллов (m=6,3±2,84); и снижение уровня тревоги и депрессии по шкале HADS, на 2–7 баллов (m=4,5±0,96). 12 пациентов (9%) не смогли достичь ожидаемого улучшения клинических проявлений дерматоза, что привело к менее выраженным изменениям индексов. DLQI на 2–4 (m=3±0,83) и HADS 1–3 балла (m=2±0,88) соответственно.

**Выводы.** У всех пациентов, достигших существенного уменьшения или исчезновения симптомов кожных проявлений дерматоза, отмечались достоверное повышение показателей качества жизни и снижение уровня тревоги, что подтверждает связь между дерматозом и психологическим состоянием пациента.

**Заключение.** Понимание и учет взаимосвязи между тяжестью течения дерматоза и психологическим состоянием пациентов является важным шагом в комплексном подходе к лечению этих заболеваний и улучшению качества жизни пациентов. Такой подход включает в себя как терапию, направленную на купирование симптомов дерматоза и предотвращение обострений, так и психотерапию и психологическую поддержку. При необходимости следует направлять пациента к психиатру и психологу для назначения медикаментозной помощи, обучения навыкам управления эмоциями, помощи пациентам в принятии заболевания, снижения уровня стресса и тревоги, повышения самооценки и адаптации к жизни с дерматозом.

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация «Центр профессионального обучения и развития в медицине» г. Краснодар*
**Чернявский И. И.**

Цель и задачи. Целью исследования является выявление влияния индивидуальных психологических особенностей пациентов, страдающих псориазом, на клиническое течение заболевания, а также оценка эффективности психологической коррекции и немедикаментозной поддержки в период обострения и ремиссии. Задачи включают: (1) определение взаимосвязи между типом личности и частотой обострений заболевания; (2) исследование эмоционального фона и стрессоустойчивости у пациентов; (3) анализ эффективности различных методов психологической поддержки; (4) определение возможности увеличения длительности ремиссий при включении психотерапевтических подходов.
**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 54 пациента с диагнозом «вульгарный псориаз» (29 женщин, 25 мужчин) в возрасте от 22 до 58 лет, средняя продолжительность заболевания составляла 7,3 года. Период наблюдения – 12 месяцев. Все пациенты проходили стандартное дерматологическое лечение. Дополнительно была проведена оценка психологического статуса с применением опросников: «Шкала тревоги и депрессии HADS», теста Спилбергера–Ханина, опросника Кеттелла, а также полуструктурированных интервью с психотерапевтом. Часть пациентов (группа А, 27 человек) прошли курс индивидуальной и групповой психологической коррекции с использованием элементов когнитивно-поведенческой терапии, арт-терапии, дыхательных и релаксационных практик. Группа сравнения (группа В, 27 человек) находилась на стандартном наблюдении без включения психологической поддержки.
**Результаты.** Выявлены выраженные различия в частоте обострений и длительности ремиссий между группами. У пациентов группы А частота обострений снизилась в среднем на 35% по сравнению с предыдущим годом, а средняя длительность ремиссий увеличилась с 2,5 до 4,1 месяца. В группе В существенных изменений в динамике заболевания не отмечалось. Психологическое тестирование выявило у 78% пациентов высокий уровень реактивной тревожности, у 63% – выраженные проявления социальной дезадаптации, у 52% – склонность к психосоматическим реакциям. Особенности личности, чаще встречавшиеся у пациентов с тяжелым течением заболевания, включали низкую стрессоустойчивость, ригидность, высокий уровень самокритики и склонность к депрессивным реакциям. Анализ показал, что внедрение немедикаментозных методов поддержки, включая психотерапевтические вмешательства, оказывает положительное влияние как на эмоциональное состояние пациента, так и на объективные проявления кожного процесса. Наиболее эффективными мерами коррекции стали когнитивно-поведенческая терапия, регулярные консультативные сессии, обучение навыкам управления стрессом и участие в группах взаимопомощи.
**Выводы.** Психологические особенности личности больных псориазом играют значимую роль в формировании и динамике заболевания. Наличие тревожно-депрессивных проявлений, низкой самооценки и склонности к внутреннему стрессу коррелирует с частыми обострениями и нестабильной ремиссией. Включение методов психологической коррекции в программу наблюдения за пациентами позволяет существенно улучшить течение заболевания, уменьшить выраженность симптомов и повысить качество жизни больных. Немедикаментозная поддержка пациентов должна рассматриваться как важный компонент комплексного подхода к терапии псориаза, особенно в период обострения, с перспективой стабилизации психоэмоционального фона и продления ремиссий.

## ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭВОЛЮЦИИ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ДИФФУЗНОМ КОЖНОМ МАСТОЦИТОЗЕ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» ОП «Северо-восточная клиника с детским центром»;*
*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» г. Москва*
**Касихина Е. И., Жукова О. В., Кочетков М. А.**

**Актуальность.** Диффузный кожный мастоцитоз (ДКМ) – редкая форма кожного мастоцитоза у детей. По данным анализа «Московского Центра дерматовенерологии и косметологии» доля ДКМ в структуре кожного мастоцитоза (с учетом всех клинических форм) составляет 1,6%. Отличительной чертой ДКМ является продолжительное (до 5–6-летнего возраста) формирование пузырных высыпаний, вовлечение в процесс значительной площади кожных покровов, высокая частота анафилаксии, высокие показатели триптазы в сыворотке крови. Существует ограниченное количество публикаций, посвященных катамнезу ДКМ. Вероятно, это связано с редкостью данной клинической формы мастоцитоза.
**Цель.** Изучить дерматоскопические особенности эволюции кожного процесса у детей и взрослых с ДКМ.
**Материал и методы.** Проанализированы данные 7 детей (средний возраст 4,5±4,0 лет) и одного взрослого пациента (возраст 32 года). Все пациенты находились под наблюдением в «Московском научно-практическом Центре дерматовенерологии и косметологии с 2017 по 2025 гг. Динамическое клинико-инструментальное наблюдение за пациентами с ДКМ проводилось с помощью аппаратно-программного комплекса цифровой фотометрии «Мосдерма». Дерматоскопическое исследование проводилось с использованием поляризационной и иммерсионной дерматоскопии с 20-кратным увеличением. Интервал между исследованиями составлял год, что позволило систематизировать динамику дерматоскопических паттернов, характерных для ДКМ.
**Результаты.** Для клинической картины ДКМ характерно развитие эритродермии и пахидермии характеризующихся утолщением кожи по типу «апельсиновой корки» с образованием субэпидермальных пузырей в результате массивной инфильтрации кожи тучными клетками. Спонтанное образование пузырей наблюдается у всех пациентов с ДКМ и может быть первым проявлением заболевания. Дерматоскопическая картина у пациентов с ДКМ в первый год жизни характеризуется интенсивным желтым и желто-розовым окрашиванием очага с формированием в центре бесструктурной белой области на месте постоянно рецидивирующего пузыря. Формирование пузырей и, в дальнейшем, – фиброза связано с высоким уровнем триптазы в сыворотке крови. В динамике на фоне терапии при дерматоскопическом исследовании очагов ДКМ в течение трех лет в центре очага можно наблюдать формирование белой бесструктурной области фиброза с периферической эритемой и красными точками. Светло-коричневые пятна и пигментная псевдосеть до лечения, наблюдаемые в других вариантах КМ, у детей, больных ДКМ, не выявлялись. Это может помочь дифференцировать ДКМ от пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза (отсюда происхождения термина «пигментная крапивница»). У взрослой пациентки вторичные изменения кожи на месте регрессировавших буллезных высыпаний были представлены плоскими цвета кожи бляшками, напоминающими «корку апельсина». Дерматоскопически определялись бесструктурные белые

области с сохраненными, но в меньшем количестве, чем в здоровой коже, волосяными фолликулами. В единичных очагах определялось легкое желтоватое окрашивание очагов по периферии. Сосудистый и пигментный паттерны отсутствовали.

**Выводы.** Для дерматоскопической картины ДКМ характерны: формирование белых бесструктурных областей на месте рецидивирующих буллезных высыпаний и отсутствие пигментного паттерна. В течение трех лет от момента дебюта заболевания сосудистый паттерн и желтое окрашивание очагов теряют интенсивность с постепенным регрессом к взрослому возрасту. Явления фиброза сохраняются во взрослом возрасте. Выявленные дерматоскопические признаки позволяют оптимизировать клиническую диагностику ДКМ и проведение дифференциального диагноза с полиморфным типом пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза.

## ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ И СУСТАВНЫХ ПАТОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский клинический научно-исследовательский Центр Больница 52 Департамента здравоохранения Москвы»*
*г. Москва*
**Маймасов И. Г., Горбачук Н. В., Климович И. Н.**

**Введение.** Диагностика заболеваний кожи в условиях многопрофильного стационара сопряжена с особенностями, продиктованными высокой коморбидностью пациентов, в свою очередь обусловливающей трудность трактовки клинических проявлений. Особенно сложной является оценка пациентов с хроническим псориазом, у которых в условиях обострения могут развиваться артритические проявления, требующие тесного взаимодействия дерматолога и ревматолога для своевременной постановки диагноза и коррекции терапии.

**Цель.** Продемонстрировать эффективность и результативность междисциплинарного подхода к лечению псориатического артрита.

Задачи. Изучить оптимальную внутригоспитальную маршрутизацию пациента с псориазом на примере клинического случая.

**Материалы и методы.** Клинический случай. Пациент Р., 60-летний мужчина с длительным анамнезом хронического псориаза наблюдался в ГБУЗ «МКНИЦ БОЛЬНИЦА 52 ДЗМ» в феврале 2017 года с жалобами на резкое обострение кожного процесса и появление болей в суставах. За последние две недели отмечалось усиление выраженности псориатических бляшек на коже туловища и конечностей, сопровождавшихся отеками и значительным снижением подвижности суставов рук и ног. При осмотре выявлялись многочисленные бляшки с характерными серебристыми чешуйками, псориатические изменения ногтей, а также признаки синовита в мелких суставах. Лабораторные исследования обнаружили умеренное повышение С-реактивного белка и СОЭ, при этом ревматоидный фактор оставался отрицательным. Рентгенологическая оценка кистевых суставов выявила начальные дегенеративные изменения и утолщение мягких тканей. С учетом данных клинического обследования и результатов инструментальных методов исследования, по результатам консилиума с участием дерматолога и ревматолога был установлен диагноз псориатического артрита. Назначенная комбинированная терапия включала системное применение метотрексата, нестероидных противовоспалительных средств и местные методы лечения кожных поражений. На фоне проводимого лечения наблюдалось значительное улучшение: выраженное купирование воспалительного процесса, уменьшение выраженности кожных высыпаний и стабилизация суставной симптоматики. Пациент продолжает амбулаторное наблюдение в отделениях дерматологии и ревматологии.

**Выводы.** Представленный случай демонстрирует важность междисциплинарного подхода при диагностике и терапии псориатического артрита, особенно у пациентов с длительным анамнезом хронического псориаза. Ранняя консультация дерматолога и ревматолога, а также применение комплексных методов обследования позволяют своевременно выявлять и корректировать патологический процесс, что способствует улучшению прогноза и качества жизни больных. Особое внимание необходимо уделять оценке артритических симптомов у коморбидных пациентов, поскольку раннее распознавание псориатического артрита играет ключевую роль в оптимизации лечебной стратегии.

## ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ КРОВОТОКА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

*Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации*
*г. Санкт-Петербург*
**Каргальцева Н. М.**

К воспалительным заболеваниям кожи относят гнойничкового характера поражения бактериальной и грибковой этиологии, среди которых акне занимают ведущее место. Акне страдают до 650 млн человек во всем мире, а в период полового созревания с акне сталкиваются 90% подростков обоих полов. В диагностике ведущим звеном являются клинические проявления на коже. В мировой практике не исследуют микробиологически периферическую кровь.

Цель – провести полное микробиологическое исследование крови на выявление инфекции в кровотоке у амбулаторных пациентов с гнойничковыми поражениями кожи.

**Материалы и методы.** Амбулаторные пациенты с жалобами на гнойничковые хронические поражения кожи по направлению клиницистов в связи с отсутствием успеха в лечении. Материалом для микроскопического и культурального исследования крови служил лейкоцитарный слой пробы периферической крови, патентные методы.

**Результаты.** Микроскопическая техника исследования крови позволила показать наличие двух форм грибов P. candida в крови. При микроскопии мазка лейкоцитарного слоя были обнаружены микроорганизмы в 43,2% случаев. Наибольшее число мазков характеризовалось бактериально-грибковой ассоциацией (76,8%). Инфекцию кровотока у амбулаторных пациентов диагностировали также культурально на основе микробиологического посева лейкоцитарного слоя пробы крови 158 амбулаторных пациентов и диагностировали инфекцию кровотока в 47,5% случаев. Полимикробные гемокультуры составляли 36,3% случаев. Этиологию ИК изучали на 119 штаммах выделенных микроорганизмов, где преобладали грамположительные кокки с лидерством Staphylococcus epidermidis. Из выделенных анаэробов преобладали выделенные Cutibacteria acnes.

**Выводы.** Инфекция кровотока осложняет любое терапевтическое заболевание. При наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта, а именно при дисбалансе кишечной микробиоты происходит нарушение в иммунном статусе человека, и гнойничковое поражение кожи приобретает хроническое течение. Инфекция может распространяться по сосудам и циркулировать в кровотоке. Диагностика, разработанная на основе использования пробы лейкоцитарного слоя крови, позволяет проводить микроскопическое и культуральное исследования одновременно, что повышает диагностическую эффективность. Ценность метода заключается в расширении диагностической информативности при инфекции кровотока, в обнаружении микроорганизмов, не дающих рост в гемокультурах, и в обнаружении мицелиальных форм грибов Candida, не дающих рост по посеве крови.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА IGA-ЗАВИСИМОГО БУЛЛЕЗНОГО ДЕРМАТОЗА И БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Юго-Западный» г. Москва*
**Согомонян С. А., Шеров В. В., Валитова И. В., Сергеева Е. К., Степченкова Т. И.**

**Введение.** Буллезная красная волчанка (БКВ) и линейный буллезный IgA-дерматоз (ЛБАД) – редкие аутоиммунные буллезные заболевания, клинически характеризующиеся наличием множественных напряженных пузырей, а морфологически – субэпидермальными везикулами с преобладанием нейтрофилов. Патогенетический механизм обоих заболеваний связан с циркулирующими аутоантителами к антигенам, локализованным в базальной мембране. При БКВ мишенью является коллаген VII типа, тогда как при ЛБАД антигенами являются LABD-1 антиген и LAD1. Диагностика основана на иммунофлуоресценции и серологии. Однако антитела к BP180, BP230 и ламининам (5, 6, 332) могут встречаться при обоих состояниях. Это объясняет сложности морфологической дифференциации заболеваний и возможное сходство гистологической картины при отсутствии характерных клинических признаков.
**Цель.** Описание двух клинических случаев заболевания, клинически соответствующих линейному буллезному IgA-дерматозу, но при гистологическом исследовании напоминающих буллезную красную волчанку.
Материалы и методы: клинико-анамнестические данные, результаты лабораторного и инструментального обследования и медицинская документация пациентов.
**Результаты.** Случай № 1. Под нашим наблюдением находится пациентка Т., 4 лет, обратилась в КДО филиала «Юго-Западный» МНПЦДК в феврале 2025 г. с жалобами на зудящие высыпания. Со слов матери, заболевание началось в августе 2024 г. на фоне частых ОРВИ и после укусов насекомых. При осмотре на коже лица, шеи, верхних и нижних конечностей, ягодиц отмечались эритематозные пятна различного размера и очертаний, с четкими границами, на фоне которых формировались папулы и пузыри с прозрачным содержимым, склонные к группировке и слиянию в причудливые очаги. В отдельных элементах отмечалось образование серозно-геморрагических корок и экскориаций. Со слов матери, пузыри также появлялись на слизистой оболочке полости рта. Применение антигистаминных средств, топических глюкокортикоидов и антибактериальных препаратов приводило к временной положительной динамике, однако после отмены терапии высыпания возобновлялись. Иммуноблотинг от 20.03.2025 – отрицательный. Уровень IgE от 22.10.2024 повышен (520 МЕ/мл). Определение антител класса IgG к антигенам BP180 и BP230 методом ИФА в сыворотке крови – отрицательное. Микроскопическое исследование содержимого пузырей от 21.02.2025 выявило эозинофилию (2%), акантолитические клетки не обнаружены. В связи с неоднозначной клинико-лабораторной картиной 14.03.2025 г. было проведено гистологическое исследование. В патоморфологическом заключении отмечено, что выявленные морфологические изменения не позволяют полностью исключить ювенильную форму подострой дискоидной красной волчанки, необходима корреляция с клинической картиной и результатами других лабораторных исследований. На консилиуме специалистов был установлен окончательный диагноз: IgA-зависимый линейный дерматоз (МКБ-10: L13.0). С 01.07.2025 ребенок получает дапсон по 12,5 мг 2 раза в день. Отмечается положительная динамика: появление новых пузырей прекратилось.
Случай №2: Пациентка В., 13 лет. Заболевание началось в сентябре 2022 года, когда на коже верхних конечностей появились розовые пятна, с последующим образованием на них вялых пузырей. Первоначально получала лечение по поводу предполагаемой стрептодермии (антибиотики, топические глюкокортикоиды с антибактериальным компонентом) без эффекта. Через две недели после начала заболевания консультирована в КДО филиала «Юго-Западный», где был выставлен диагноз «Многоформная экссудативная эритема, буллезная форма» (МЭЭ). На фоне лечения системным преднизолоном отмечался регресс буллезных высыпаний, однако в ноябре того же года возник рецидив с появлением пузырей в тех же локализациях. Микроскопия содержимого пузырей (сентябрь 2022 и апрель 2023) не выявила акантолитических клеток и эозинофилов. При биопсии от ноября 2022 г. обнаружены субэпидермальные пузыри, в прямой иммунофлуоресценции – линейные и гранулярные депозиты IgM, IgA и IgG. Заключение: картина может наблюдаться при различных буллезных дерматозах, в том числе при буллезной форме красной волчанке. С целью исключения системного процесса консультирована ревматологом, который выставил предварительный диагноз – буллезная форма системной красной волчанки? Линейный IgA-буллезный дерматоз? С 25.11.2022 г. по назначению дерматолога проводилось лечение дапсоном по 50 мг 2 раза в день 3-дневными циклами с 2-дневными перерывами (всего 5 циклов), далее 1 раз в день в режиме через 2 дня в течение 2 месяцев. По мере постепенной отмены препарата 21.03.2023 г. отметила появление пузырей на коже кистей и предплечий. По результатам дообследований от мая 2023 г. серореакции на системные заболевания соединительной ткани отрицательные, ОАК, б/х анализ крови и ОАМ без отклонений, антитела к BP-180 и BP-230 не обнаружены, LE-клетки не обнаружены. В апреле и мае 2023 г. повторные биопсии также показали линейное свечение IgM вдоль базальной мембраны, что не позволяло исключать буллезную форму красной волчанки. Однако клиническая картина у пациентки не укладывается в проявления данного заболевания. Для установления диагноза, в частности с целью исключения системности красной волчанки, больная направлена на консультацию к ревматологу Морозовской ДГКБ. Далее пациентка не обратилась в КДО филиала «Юго-западный».
**Выводы.** Представленные клинические наблюдения подчеркивают важность физикального осмотра в дерматологии. Несмотря на ценность и высокую информативность лабораторно-инструментальных методов, окончательный диагноз и выбор тактики лечения во многом зависят от клинического мышления и опыта врача-дерматовенеролога.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРИТЕМАТОЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»;*
*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»*
**Заторская Н. Ф., Орлова К. А, Валитова И. В, Шеров В. В., Терещенко Г. П.**

Эритема – частый симптом различных кожных заболеваний в детском возрасте. Разнообразие нозологических форм, проявляющихся эритемой, требует от врача-дерматовенеролога глубоких знаний и опыта в дифференциальной диагностике. Представление клинических случаев является эффективным способом демонстрации особенностей диагностики и тактики ведения пациентов с эритематозными дерматозами. Четыре клинических случая, представляющих собой типичные и атипичные проявления многоформной буллезной эритемы, эритемы центробежной кольцевидной, IgA-зависимого буллезного дерматоза и склеродермии показали нам схожесть их проявлений и значимость дифференциальной диагностики в реальной клинической. Многоформная буллезная эритема (МБЭ) характеризуется полиморфизмом высыпаний и при отсутствии характерного феномена «мишени», который позволяет отличить ее от других буллезных дерматозов, диагностика осложняется и требует тщательного обследования. Важным является сбор анамнеза и выявление триггерного фактора, как правило инфекционного агента или прием лекарств. Пациент. А длительно наблюдался в частной клинике с диагнозом кольцевидная эритема. После появления пузырьковых высыпаний весной 2025 года госпитализирован в инфекционное отделение. Проведена противогерпетическая терапия без видимой динамики, количество высыпаний увеличивалось. После проведе-

ния исключающих анализов и гистологического исследования выставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема. В одном из клинических случаев пациент наблюдался в течение 2 лет в областной больнице, исключали грибковую инфекцию, пищевую аллергию в связи с повышенным IgE, проводимое лечение – без эффекта. Спустя 2 года пациент обратился в КДО филиала «Юго-Западный» МНПЦДК, выставлен предварительный диагноз: эритема центробежная кольцевидная (ЭЦК). Проведено гистологическое исследование, подтвердившее диагноз. Пациенту назначена адекватная терапия. Пациент С. обратился в отделение с множественными эритематозными пятнами на коже туловища, существующими в течение 2 лет. Был выставлен диагноз: фиксированная эритема (токсидермия). При обращении в МНПЦДК проведено гистологическое исследование, установлен диагноз склеродермия, фаза воспаления. Пациентка Т. Обратилась с жалобами на высыпания в виде пузырьков. Считает себя больной на протяжении года. Получала терапию по поводу стрептодермии; амоксиклав и ацикловир 10 дней, но высыпания продолжали распространяться. Проведенное исследование на антитела к глиадину и тканевой трансглутаминазе – отрицательны. Проведена диагностическая биопсия кожи с целью верификации диагноза – выявленные патологические изменения не позволяют полностью исключить ювенильный вариант подострой дискоидной волчанки (необходимо сопоставление с данными анамнеза, клинической картины и результатами других лабораторных исследований), клинически дифференцировать с лекарственными токсическими реакциями. Anti-BP-180 и anti-BP-230 не обнаружены. В пузырной жидкости с элемента на коже лица эозинофилы и акантолитические клетки не обнаружены. В связи с расхождением клинической картины и патоморфологического заключения проведен врачебный консилиум, выставлен диагноз многоформной экссудативной эритемы, рекомендована госпитализация в РДКБ. Проведено стационарное лечение в РДКБ в дерматовенерологическом отделении, где также повторно проведена диагностическая биопсия кожи с целью верификации диагноза – заключение: линейный IgA-дерматоз. Представленные клинические случаи демонстрируют разнообразие проявлений эритематозных дерматозов в детском возрасте и подчеркивают важность тщательного сбора анамнеза, клинического обследования и использования дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики. Показывают особенности диагностики и тактики ведения пациентов с многоформной буллезной эритемой, эритемой центробежной кольцевидной, IgA-зависимым буллезным дерматозом и склеродермией, что может быть полезным для врачей-дерматовенерологов в повседневной практике. Ранняя и точная диагностика позволяет своевременно назначить адекватное лечение и улучшить прогноз заболевания.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОДОЗИРОВАННОГО ИЗОТРЕТИНОИНА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМЕ РОЗАЦЕА

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал Зеленоградский*
*г. Москва*
**Якупов И. А., Строканова А. Е., Студеничник Н. Н.**

Розацеа представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи лица, патогенез которого включает сложное взаимодействие сосудистых нарушений, иммунологических реакций и дисфункции сально-волосяного аппарата. В клинической практике особую сложность представляют резистентные формы заболевания, характеризующиеся отсутствием ответа на стандартные схемы терапии и склонностью к рецидивированию. В представленном клиническом случае рассматривается эффективность применения низкодозированного изотретиноина у пациентки с длительным анамнезом резистентной розацеа. Под наблюдением находилась пациентка 39 лет с установленным диагнозом «Розацеа, папуло-пустулезный подтип, тяжелое резистентное течение». Длительность заболевания составляла 10 лет. В анамнезе отмечалось неоднократное применение различных схем терапии, включая топические препараты (ивермектин 1%, метронидазол 1%) и системные антибиотики тетрациклинового ряда (доксициклин до 200 мг/сут). Каждый курс лечения сопровождался временным клиническим улучшением с последующим рецидивом заболевания, при этом каждый последующий эпизод характеризовался более выраженной симптоматикой. При объективном обследовании выявлены типичные проявления заболевания: стойкая эритема центральной части лица, множественные телеангиэктазии в скуловых областях, воспалительные папулы и пустулы диаметром 2–4 мм с преимущественной локализацией на щеках и подбородке. Индекс тяжести ROSIS составил 4 балла, что соответствовало выраженной степени активности процесса. Субъективные жалобы включали чувство жжения, кожный зуд и повышенную чувствительность к внешним раздражителям. С учетом резистентности к предшествующей терапии было принято решение о назначении системного изотретиноина в дозе 16 мг/сут (0,3 мг/кг массы тела). Выбор данной дозировки основывался на современных клинических рекомендациях по лечению розацеа, предполагающих использование низких доз ретиноидов для минимизации побочных эффектов при сохранении терапевтической эффективности. Длительность курса составила 12 недель (май-июль 2025 года). Динамика клинических проявлений оценивалась по следующим параметрам: количество воспалительных элементов, выраженность эритемы, субъективные ощущения пациента. Через 4 недели терапии отмечено уменьшение количества папуло-пустулезных элементов на 40%, через 8 недель – на 75%. К окончанию курса лечения наблюдался полный регресс воспалительных высыпаний и значительное уменьшение эритемы (ROSIS 1 балл). Телеангиэктазии сохранились, но стали менее выраженными. Особого внимания заслуживает профиль безопасности применяемой схемы лечения. Побочные эффекты ограничивались умеренной сухостью слизистой губ, не требовавшей отмены препарата и успешно корректируемой применением увлажняющих средств. Признаки токсического воздействия на печень или изменения липидного профиля крови отсутствовали. Полученные результаты демонстрируют высокую клиническую эффективность низкодозированного изотретиноина при резистентных формах розацеа. Механизм действия препарата в данном случае может быть связан с его иммуномодулирующими и противовоспалительными свойствами, а также нормализацией процессов кератинизации. Важно отметить, что достигнутый терапевтический эффект сохранялся в течение всего периода наблюдения, что свидетельствует о стойкости ремиссии. Представленный клинический случай подтверждает целесообразность включения низкодозированного изотретиноина в алгоритмы лечения резистентных к стандартным методам терапии форм розацеа, особенно у пациентов с длительным анамнезом заболевания. Перспективным направлением дальнейших исследований могло бы стать изучение оптимальной продолжительности курса лечения и возможность применения прерывистых схем терапии для поддержания достигнутой ремиссии.

## ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ДИЕТОЙ И НЕКОТОРЫМИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИМИ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОК С АКНЕ

*Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева*
*г. Саранск*
**Байтяков В. В., Власова С. А.**

**Актуальность.** В научной литературе имеется предположение о связи между высокой частой акне у современных людей и западным типом питания. Вместе с тем данные публикаций о влиянии тех или иных пищевых продуктов (молоко, шоколад, фастфуд и др.) на течение акне носят противоречивый и недостаточно системный характер. Отсутствуют также общепризнанные патогенетические концепции влияния питания на патогенез заболевания.
**Цель исследования**. Исследование влияния диеты с ограничением молока, продуктов с высоким уровнем легкоусвояемых углеводов и насыщенных

жирных кислот на некоторые клинико-анамнестические, метаболические и антропометрические показатели у женщин фертильного возраста, страдающих акне.

**Материалы и методы.** Обследовано 60 пациенток с акне в возрасте от 18 до 32 лет (в среднем –23,7±0,88 лет) с сохранной менструальной функцией. Исследовались данные анамнеза, объективного осмотра, рассчитывали Дерматологический индекс акне (ДИА), Кардиффский индекс социальной дезадаптации, связанной с акне (CADI), индекс массы тела (ИМТ), определяли окружность талии. Содержание в плазме крови инсулина, инсулиноподобного фактора роста-1 (IGF-1), некоторых половых гормонов определяли электрохемилюминесцентным иммуноанализом, уровень глюкозы – гексокиназным методом.

**Результаты.** С помощью анкетирования было выявлено, что 33,3% пациенток полностью избегали потенциально акнегенные продукты или употребляли их не чаще двух-трех раз в неделю. Остальные 66,7% больных каких-либо ограничений в рационе не придерживались. У женщин, не соблюдавших диету, были выше индексы ДИА ($p<0,05$) и CADI ($p<0,05$), а также – уровень IGF-1 в плазме крови ($p<0,05$). Показатели инсулина, глюкозы, общего тестостерона, эстрадиола, прогестерона не зависели от соблюдения пациентками диеты. Среди пациенток, которые не придерживались диеты, значимо чаще отмечались женщины с избыточной массой тела (ИМТ – 25,0 – 29,9 кг/м$^2$) ($\chi2 =6,44$; $p<0,05$; $df=2$), а также с окружностью талии ≥80 см ($\chi2 =3,93$; $p<0,05$; $df=1$).

**Выводы.** Таким образом, соблюдение диеты с ограничением молока, продуктов с высоким уровнем легкоусвояемых углеводов и насыщенных жирных кислот сопровождается улучшением состояния кожи, повышением качества жизни пациенток. У женщин, соблюдающих диету с ограничением потенциально акнегенных продуктов, реже отмечается избыточная масса тела и окружность талии ≥80 см. Возможным патогенетическим механизмом влияния диеты на здоровье пациенток с акне является повышение уровня инсулиноподобного фактора роста-1. Можно также допустить, что формирование в юношеском возрасте пищевых привычек с ограничением сладкой и молочной пищи, фастфуда способно в дальнейшем послужить профилактике ряда «болезней цивилизации», в той или иной степени, связанных с повышенным уровнем IGF-1, таких как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет II типа, ожирение, некоторые виды злокачественных новообразований.

## КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ТРЕВОЖНОГО СПЕКТРА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
*г. Москва*
**Новикова Д. Б., Перламутров Ю. Н.**

**Введение.** Себорейный дерматит относится к группе воспалительных дерматозов с рецидивирующим характером течения. Основными патогенетическими аспектами развития заболевания являются усиление активности сальных желез, повышенная колонизация кожи грибами рода Malassezia, специфическая иммунная реакция индивида. Психоэмоциональные нарушения, такие как психогенные реакции, хронический стресс, тревожные расстройства, реактивная депрессия, могут служить триггерным фактором манифестации и рецидива данного дерматоза. При ответе организма на стрессы, реализующиеся по принципу «стимул – реакция», наблюдаются изменения концентрации гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, одним из которых является кортизол. Стандартная терапия с использованием противовоспалительных и противогрибковых средств часто показывает низкую эффективность в предотвращении рецидивов; в связи с этим применение комбинированных схем лечения становится перспективным направлением в совершенствовании терапии дерматоза.
Цель: разработать метод комбинированной терапии себорейного дерматита у лиц с нарушениями тревожного спектра.
Задачи исследования: 1) оценить эффективность комбинированных схем лечения себорейного дерматита у пациентов с нарушениями тревожного спектра; 2) оценить влияние себорейного дерматита на качество жизни пациентов до и после комбинированного лечения.

**Материалы и методы.** Пациенты, м. и ж., в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 38,12 ± 4,25 лет) с диагнозом «Себорейный дерматит» в сочетании с нарушениями тревожного спектра; всего в исследование включено 62 человека. Методом случайной выборки пациенты были распределены на 3 терапевтические группы. В группу 3 (контрольную) вошли пациенты (n=21), которые получали стандартную терапию топическими препаратами с противовоспалительной и противогрибковой активностью: бетаметазон 0,5 мг + клотримазол 10 мг + гентамицин 1 мг и такролимус 0,1% ежедневно 2 раза в день на протяжении 4 недель. Группу 1 составили пациенты (n=20), которые получали стандартную терапию с использованием топических препаратов 2 раза в сутки и физиотерапию с использованием интраназальной фотобиомодуляции с источниками света длиной волны 630±5 нм и мощностью излучения 8 мВт дважды в неделю в течение 4 недель. Группу 2 составили пациенты (n=21), которые получали стандартную наружную терапию в сочетании с препаратом тофизопам 50 мг по 1 таблетке 2 раза в день в течение 4 недель. Оценку эффективности проводимой терапии осуществляли при помощи индекса оценки тяжести себорейного дерматита (SDASI), индекса качества жизни дерматологических больных (ДИКЖ), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), исследования уровня кортизола в слюне. Все результаты были обработаны в программах Excel и Jamovi при помощи методов описательной статистики; для сравнения изменений внутри групп и между группами после проведенного лечения использовались Т-критерий Уилкоксона и многофакторный дисперсионный анализ ANOVA с повторными измерениями.

**Результаты.** До лечения у всех пациентов по данным SDASI одинаково часто регистрировался себорейный дерматит как средний или тяжелый (1 группа – 9,12 ± 0,91; 2 группа – 8,89 ± 0,82; 3 группа – 8,56 ± 0,48 баллов, p=0,63). К 30-му дню терапии в 3 группах индекс SDASI уменьшился, в 1-й группе на 73% (2,43 ± 0,21 балла, p <0,05), во 2-й – на 76% (2,12 ± 0,52, p <0,05) и на 59% в 3-й группе (3,51 ± 0,32 балла, p <0,05). В соответствии с результатами оценки опросника, ДИКЖ у всех пациентов на момент первичного обращения был значительно снижен и определялся в 23,12 ± 2,88 балла (p=0,40). Через 1 месяц комплексного лечения динамика ДИКЖ в 1 группе составила 82%, во 2 – 86 % и в 3 группе – 61%. Средний балл по HADS до лечения в 1, 2, 3 группе составил 7,56 ± 1,89 балла (p=0,30), что соответствует выраженному уровню тревоги. Через 4 недели динамика HADS в результате комбинированной терапии в 1 группе составила 65% (до 2,58 ± 1,46 балла, p <0,05), во второй – 75 % (до 1,96 ± 1,23 балла, p <0,05); в 3 группе стандартного лечения снижение показателя составило 50 % (до 3,78±1,73 балла, p <0,05). До лечения средние значения уровня кортизола в слюне в 1 группе составили 3,71 ± 2,96 нг/мл, во 2 группе – 4,88 ± 2,15 нг/мл, в 3 – 3,57 ± 1,76 нг/мл (p=0,30). После лечения показатели кортизола в слюне в 1 группе снизились на 32% (2,58 ± 1,67 нг/мл, p <0,05), в группе 2 – на 43% (2,78 ± 2, 43 нг/мл, p <0,05), в группе 3 – на 15% (3,03 ± 2,36 нг/мл, p <0,05).

**Выводы.** Комбинированная схема терапии себорейного дерматита у пациентов с нарушениями психоэмоционального фона и тревожными расстройствами показывает эффективность лечения в виде регресса высыпаний и нормализации психоэмоционального состояния. Себорейный дерматит значительно снижает качество жизни пациентов, однако предложенная схема терапии способствует его положительной динамике, о чем свидетельствует повышение индекса ДИКЖ после проведенной терапии. Исследование одобрено локальным этическим комитетом РУМ (протокол № 04–24 от 11.04.2024).

## KERION CELSI В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»*
*г. Москва*
**Уткин П. С., Сольнова В. Е., Солнцев В. В., Юнда И. В., Полевщикова С. А., Касихина Е. И.**

**Введение.** Керион цельса (Kerion celsi, КЦ) – это островоспалительная реакция, развивающаяся в ответ на проникновение дерматофитов в волосяные фолликулы и сопровождающаяся отечными, пустулезными высыпаниями, алопецией и реакцией лимфатических узлов. Согласно современной классификации КЦ относится к воспалительной разновидности микоза волосистой части головы (tinea capitis), наиболее распространенными возбудителями которой являются Microsporum canis, Trichophyton mentagrophytes и антропофильный Trichophyton tonsurans. Геофильные виды и плесень крайне редко являются причиной КЦ. У детей достоверно чаще развивается микоз волосистой части головы (ВЧГ), осложненный развитием КЦ, чем у взрослых. Традиционная идентификация дерматофитов на уровне вида – это трудоемкий процесс, обычно требующий микроскопического исследования с последующим культивированием на агаре Сабуро. Молекулярная диагностика, включающая полимеразную цепную реакцию (ПЦР), постепенно входит в отечественную дерматовенерологическую практику и используется для быстрой идентификации дерматофитов. К сожалению, на сегодняшний день метод является дорогостоящим. Приходится признать, что пока ПЦР не будет внедрена в широкую практику для идентификации видов-возбудителей, определить точную частоту встречаемости различных видов дерматофитов невозможно. Прямая микроскопия может использоваться в клинической практике как быстрый и простой в выполнении диагностический тест. КЦ – это уникальная клиническая форма микоза ВЧГ, которая может усложнять диагностический поиск микоза по причине выраженной воспалительной реакции, сопровождающейся наличием пустул, папул, отека, которая клинически сходна с проявлениями бактериальной инфекции или неинфекционного дерматита. Это увеличивает риск неправильного лечения одним или несколькими курсами антибактериальных средств или кортикостероидов без тестирования на возможную грибковую инфекцию.
**Материал и методы.** Систематизированы данные трех детей с КЦ, проходивших стационарное лечение в ОП «Северо-восточная клиника с детским центром» Московского Центра дерматовенерологии и косметологии в 2025 году. Все пациенты были мужского пола в возрасте от 5 до 11 лет.
**Результаты.** Во всех клинических случаях своевременное эффективное лечение было отсрочено на 1,5–2 месяца по причине неправильной клинической и лабораторной диагностики заболевания. При дополнительном обследовании в стационаре у всех пациентов при прямой микроскопии волос с 10% КОН выявлены мицелий и споры гриба Trichophyton verrucosum. Культура T. verrucosum может расти более 3 недель или вообще не давать роста на средах поэтому необходимы клиническая настороженность и детальный анализ эпидемиологического анамнеза с акцентом на туристические и миграционные особенности. Исследование материала методом ПЦР во всех случаях дало отрицательный результат. Все три пациента быстро отреагировали на лечение пероральными антимикотиками (тербинафин, гризеофульвин).
**Выводы.** В ежедневной практике врачи-дерматовенерологи должны быть готовы к росту заболеваемости инфекционными болезнями кожи ввиду активной миграции и популярности туризма. Правильно собранные анамнестические данные в приведенных выше клинических ситуациях позволили специалистам-дерматовенерологам установить правильный диагноз микоза волосистой части головы, вызванный зоофильным дерматофитом. В данных ситуациях, когда бактериологический метод не дал результата, прямая микроскопия позволила подтвердить клинический диагноз, определить этиологию процесса (T. verrucosum) и оптимизировать тактику системной и топической терапии. Таким образом, правильно взятый материал чешуек кожи и волос для микроскопического исследования с гидроксидом калия имеет важное значение для точной диагностики микоза ВЧГ, осложненного КЦ.

## КОМОРБИДНОСТЬ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ДРУГИМИ АУТОИММУННЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»;*
*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук»*
*г. Москва*
**Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В., Корсунская И. М.**

**Актуальность.** В современной дерматологической практике отмечается значительное увеличение случаев полиаутоиммунных состояний, характеризующихся одновременным наличием нескольких нозологически самостоятельных аутоиммунных заболеваний у одного пациента. Особый клинический интерес представляет изучение коморбидных ассоциаций локализованной склеродермии (ЛС) с другими иммуноопосредованными дерматозами, что обусловлено сложностью патогенетических взаимодействий между различными аутоиммунными процессами в коже.
**Цель исследования**. Анализ клинических случаев сочетанного течения локализованной склеродермии с наиболее часто встречающимися аутоиммунными дерматозами, основанный на систематизации собственных клинических наблюдений и результатов современных исследований.
**Материалы и методы.** В рамках исследования проведен комплексный анализ трех клинических случаев локализованной склеродермии с сопутствующими аутоиммунными дерматозами: витилиго, псориазом и красным плоским лишаем. Диагностический алгоритм основывался на интеграции современных методов дерматологического обследования, включающего детальную оценку клинической картины, инструментальную визуализацию патологических изменений и углубленное морфологическое исследование. Для верификации диагноза в каждом случае применялся комплексный подход, сочетающий клинико-анамнестический анализ с гистопатологическим исследованием биоптатов кожи. Во внимание принимались характерные патоморфологические паттерны, позволяющие подтвердить сочетание нескольких аутоиммунных процессов в коже пациентов.
**Результаты.** Клинический случай № 1 (ЛС + витилиго): у пациента 43 лет выявлены множественные атрофические очаги ЛС на коже туловища с синюшным периферическим ободком. Параллельно наблюдались депигментированные пятна на коже лица, туловища и конечностей с молочно-белым свечением под лампой Вуда. Патоморфологическое исследование биоптата выявило фиброз дермы (ЛС) и отсутствие меланоцитов (витилиго).
Клинический случай № 2 (ЛС + псориаз + витилиго): у пациента 45 лет с псориазом (PASI 36) появились очаги ЛС в аксиллярных областях и депигментация в генитальной зоне. Патоморфологическое исследование биоптата подтвердило диагноз псориаза, фиброз (ЛС) и депигментацию (витилиго).
Клинический случай № 3 (ЛС + красный плоский лишай): у пациентки 63 лет на фоне длительной ЛС возникли зудящие полигональные фиолетового цвета папулы (красный плоский лишай), склероз дермы (ЛС) и лимфоцитарный инфильтрат с гипергранулезом (красный плоский лишай). Анализ выявил существенные различия в клинической картине в зависимости от характера коморбидности.

**Заключение.** Для сочетания ЛС с витилиго характерна тенденция к генерализации склеродермического процесса, тогда как ассоциация с псориазом проявлялась более выраженным фиброзным компонентом. Случай комбинации с красным плоским лишаем демонстрировал торпидное течение с выраженной воспалительной реакцией. Гистологический анализ во всех случаях подтвердил наличие характерных признаков обоих заболеваний с признаками их патогенетического взаимодействия. Проведенное исследование подтверждает необходимость междисциплинарного подхода к изучению коморбидности локализованной склеродермии и других аутоиммунных дерматозов. Полученные результаты создают основу для дальнейших исследований, направленных на изучение молекулярных механизмов формирования коморбидных состояний. Разработка персонализированных подходов к диагностике и лечению таких пациентов требует учета выявленных особенностей взаимодействия патологических процессов. Важным направлением представляется создание унифицированных клинических рекомендаций, объединяющих достижения дерматологии, ревматологии и иммунологии.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ УЗЛОВАТОЙ ПОЧЕСУХИ У ДЕТЕЙ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» ОП «Северо-восточная клиника с детским центром»;*
*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» г. Москва*
**Уткин П. С., Сольнова В. Е., Солнцев В. В., Касихина Е. И., Жучкина А. В.**

**Введение.** Узловатая почесуха (УП) – редкое хроническое заболевание кожи со сложным патогенезом, характеризующееся интенсивным хроническим зудом и папуло-нодулярными высыпаниями на коже. Общая заболеваемость УП в мире варьирует от 8 до 200 случаев на 100 000 населения. УП обычно диагностируется у людей среднего и старшего возраста и редко встречается у детей. Развитие заболевания связано с многоуровневым нарушением регуляции нейроиммунной оси с участием сенсорных нейронов, ключевых эффекторных иммунных клеток, провоспалительных цитокинов, дермальных фибробластов и пруритогенов. Кожные инфильтраты представлены эозинофилами, Т-лимфоцитами и тучными клетками, секретирующими провоспалительные цитокины и медиаторы, вызывающие зуд (IL-31 и онкостатин-М). Нейроиммунологическая дисфункция запускает непрерывный цикл зуда и расчесывания, что приводит к развитию хронического воспаления, структурных изменений в эпидермисе и дерме, формированию характерных зудящих поражений, торпидных к проводимой терапии. Современные особенности клинического течения и эффективность узловатой почесухи изучены у детей недостаточно.
**Цель.** Изучить особенности клинической картины узловатой почесухи и эффективность лекарственной терапии у детей.
**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 30 детей в возрасте от 6 до 11 лет, получивших стационарное и амбулаторное лечение в обособленном подразделении «Северо-восточная клиника с детским центром». Медиана возраста дебюта заболевания составила 8 лет. Мальчиков было 12 (40,0%), девочек – 18 (60,0%). Тяжесть процесса определялась по шкале IGA (Глобальная оценка исследователя хронической узловатой почесухи).
**Результаты.** Давность процесса составила 2,3± 0,8 лет. Наиболее частым сопутствующим кожным заболеванием был атопический дерматит. Он диагностирован у 7 (23,3%) детей. Патология желудочно-кишечного тракта была выявлена при обследовании у 24 (80,0%) детей. Среди возможных провоцирующих факторов родители указывали хронический стресс в 43,3%, резкую смену климата – в 10,0%, предшествующее инфекционное заболевание с антибиотикотерапией – в 6,7%, не смогли назвать причину – в 40,0% случаев. Процесс был распространенный, симметричный с плотными папуло-нодулярными высыпаниями, геморрагическими корками и экскориациями у всех анализируемых детей. Папулы регрессировали с формированием фиброзных очагов с дальнейшей эволюцией в беловатые рубчики и стойкой гиперпигментации. Зуд характеризовался как круглосуточный и биопсирующий. Нарушение сна отмечалось у 28 (93,3%) детей. Согласно шкале IGA у всех детей при первом обращении процесс характеризовался как средней степени тяжести (20–100 пальпируемых зудящих высыпаний). Наибольшую эффективность в отношении купирования зуда (у 73,3% детей) продемонстрировали антигистаминные препараты первого поколения (гидроксизин, хифенадин, хлоропирамин, кетотифен). Возможно, полученный эффект можно объяснить с седативным действием, который оказывают антигистаминные средства первого поколения. При включении в комплексную терапию физиотерапевтических процедур (узкополосная УФО-В 311 нм) у 15 (50,0%) детей зафиксировано формирование стойкого противозудного эффекта. Топические глюкокортикостероидные средства (ТГКС) оказывали противозудный эффект в период их применения. При отмене ТГКС зуд возобновлялся у всех наблюдаемых детей. При длительном применении ТГКС (более 2 месяцев) у 40,0% детей был зафиксирован локальный гипертрихоз в местах нанесения. Препараты такролимуса, кальципотриола и нафталанской нефти для наружного применения оказывали стойкий противозудный эффект у 60,0% детей.
**Заключение.** Проведенный анализ продемонстрировал, что УП у детей не всегда ассоциирована с атопическим анамнезом, что требует более тщательного изучения патогенеза для оптимизации терапии. Учитывая хроническое течение процесса с торпидностью к проводимому лечению следует рассмотреть более широкое применение фототерапии в комплексном лечении УП у детей. Для наружной терапии применение препаратов, содержащих кальципотриол, такролимус и нафталанскую нефть, оказывающих антипролиферативный эффект, могло бы явиться альтернативой ТГКС в педиатрической практике. Таким образом, требуются дополнительные исследования эффективности системных и наружных средств в терапии УП у детей.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ PIEDRA ALBA, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» г. Москва*
**Корнят М. С., Терещенко Г. П., Овчинникова С. П., Малиновская В. В.**

Белая пьедра (Piedra alba) – трихомикоз, поражающий кутикулу волоса, относится к завозным микозам и не является эндемичным для России заболеванием. Чаще всего данная инфекция встречается в станах Центральной и Южной Америки, а также на Балканах, в Англии, Франции и Италии. Вызывает заболевание дрожжеподобные грибы рода Trichosporon – Trichosporon beigelii: Trichosporon ovoides, Trichosporon inkin. В качестве диагностики данного заболевания помимо клинической картины и эпидемиологического анамнеза используются лабораторные методы исследования. Клинически патологический процесс на волосах представлен белыми узелками («муфтами»), которые чаще располагаются в средней трети волоса. В качестве лабораторных методов диагностики применяют микроскопический метод исследования, бактериологический метод – посев узелков на питательную среду. Ввиду редких случаев заболевания на территории РФ, диагностика данной грибковой инфекции может составлять трудности. Представлен клинический случай Piedra alba: на прием обратился юноша 20 лет с жалобами на изменения структуры волос. При осмотре волосистой части головы на волосах очагово в правой затылочной области выявлены плотно сидящие кератиновые муфты до 0,5 мм диаметром. Ранее пациент получал лечение

по поводу педикулеза без эффекта, а также состригал пораженные волосы, которые впоследствии вновь отрастали с «узелками». Эпидемиологический анамнез пациента был не отягощен, за пределы РФ не выезжал, проживал в Москве, студент. Пациенту были проведены: микроскопическое, культуральное исследования, а также ПЦР-исследование с определением ДНК возбудителя. Однако возбудитель грибковой инфекции обнаружен не был. Пациенту на основании клинической картины была назначена пульс-терапия итраконазолом 200 мг 2 раза в день 7 дней с последующим перерывом в 3 недели, а также наружно – шампунь с содержанием кетоконазола 2%. По истечении 1 месяца от начала терапии при осмотре пораженных волос не было обнаружено, в связи с чем системная терапия была завершена. Клинический случай белой пьедры представляет интерес для практикующих врачей, а также эпидемиологов ввиду спорадического характера заболевания.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ДЕВЕРЖИ: УСПЕШНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОТРЕТИНОИНА

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Зеленоградский»*
*г. Москва*
**Якупов И. А., Студеничник Н. Н., Строканова А. Е.**

**Введение.** Болезнь Девержи (красный отрубевидный волосяной лишай) представляет собой редкий хронический дерматоз, характеризующийся появлением фолликулярных папул, специфической эритемы, шелушения и кератодермии ладоней и подошв. В описываемом случае заболевание сопровождалось интенсивным зудом, значительно снижающим качество жизни пациента. Особый интерес представляет хороший терапевтический ответ на относительно короткий курс системного изотретиноина при резистентности к топической терапии.
**Цель.** Оценить клиническую эффективность и безопасность системного изотретиноина при лечении болезни Девержи на примере клинического случая.
Клинический случай. Мужчина 64 лет обратился с жалобами на распространенные высыпания на коже туловища, волосистой части головы и шеи, сопровождающиеся мучительным зудом. Длительность заболевания составила 6 месяцев. Предшествующая терапия клобетазола пропионатом 0,05% давала временный и неполный эффект. При осмотре отмечались множественные фолликулярные папулы желтовато-оранжевого оттенка, сливающиеся в бляшки, в пределах распространенной эритемы имелись островки здоровой кожи, в очагах поражения на коже определялся симптом терки. Пациенту назначен изотретиноин в дозе 0,5 мг/кг/сут (40 мг/сут) в течение 12 недель. Выбор препарата обусловлен его комплексным действием: нормализацией кератинизации, противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектами. В качестве сопроводительной терапии для коррекции ксероза применялись эмоленты.
Результаты лечения. Через 4 недели терапии отмечено значительное уменьшение зуда (с 8 до 3 баллов по ВАШ) и выраженности эритемы. К 8-й неделе наблюдался регресс высыпаний примерно на 70%. К концу 12-недельного курса достигнута практически полная клиническая ремиссия с минимальными остаточными явлениями в виде легкого шелушения. Переносимость лечения была удовлетворительной. Отмечались типичные для изотретиноина побочные эффекты: умеренный ксероз, хейлит и сухость слизистой носа, хорошо купируемые эмолентами. Лабораторные показатели (липидный профиль, печеночные пробы) оставались в пределах нормы на всем протяжении терапии. **Заключение.** Представленный случай демонстрирует высокую эффективность изотретиноина в дозе 40 мг/сут (0,5 мг/кг/сут) при болезни Девержи. Особенно важно отметить быстрое достижение клинического эффекта – значительное улучшение уже через месяц терапии и практически полная ремиссия после 3-месячного курса. Полученные результаты подтверждают целесообразность использования системных ретиноидов при данном заболевании, особенно в случаях резистентности к топической терапии.

## ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ КАК ПРОЦЕСС ДЕГЕНЕРАЦИИ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН И НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы, филиал «Южный»*
*г. Москва*
**Волкова С. Б., Фролова О. В.**

**Введение.** Липоидный некробиоз (ЛН) (болезнь Оппенгейма–Урбаха) – хроническое заболевание кожи, вызванное дегенерацией коллагеновых волокон, отложением липидов, утолщением эндотелиальной стенки сосудов дермы. Впервые описан австрийским и американским ученым, дерматологом Урбахом в 1932 году. В 75% случаев заболевание наблюдается у пациентов с сахарным диабетом, в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют в 3 раза чаще мужчин. Возникает преимущественно на голенях, на лице и волосистой части головы в форме пятнистых или кольцевидных очагов. Возникновение ЛН связывают с метаболическими нарушениями углеводного и жирового обмена в организме. Важное значение в патогенезе ЛН имеет микроангиопатия, развивающаяся в результате отложения гликопротеинов в стенках сосудов, что приводит к их утолщению, а в сочетании с фиброзом и пролиферацией эндотелия приводит к окклюзии сосудов глубоких слоев дермы. В результате наблюдается жировое перерождение клеток. На коже появляются небольшие розовато-красные узелки округлой формы. По периферии узелки окружены фиолетово-синей каемкой, а в центре они имеют западение желтовато-серого цвета. Узелки склонны к периферическому росту и со временем сливаются в плоские плотные бляшки, гладкая поверхность которых обладает специфическим блеском. Центральная часть бляшки напоминает проявления склеродермии, кожа над ней атрофичная, имеет сглаженный рисунок и будто покрыта полупрозрачной пленочкой. По периферии бляшки проходит узкий немного возвышающийся валик бурой или синюшно-красной окраски, что часто дает клиническую картину кольцевидной гранулемы. Высыпания симметричные, чаще на голенях (в 80% случаев), без субъективных ощущений. Отмечена прямая зависимость интенсивности проявлений ЛН от уровня сахара в крови. При его повышении наблюдается увеличение площади поражения кожных покровов и возникновение плохо заживающих язв. Снижение сахара крови приводит к рассасыванию бляшек и уменьшению площади поражения. Течение заболевания длительное. Типичная клиническая картина позволяет поставить диагноз ЛН, особенно при его возникновении у больного сахарным диабетом. Диагноз подтверждается данными гистологического исследования. Характерным патоморфологическим признаком является появление в дерме очагов некробиоза, фиброза и разрастания эндотелия кровеносных сосудов дермы, выявляют многочисленные внеклеточные скопления жировых зерен. Эпидермис часто неизменен. Дифференциальный диагноз ЛН проводят со склеродермией, бугорковым сифилисом, кольцевидной гранулемой, саркоидозом, папулонекротическим васкулитом, индуративной эритемой Базена, узловатой эритемой. У пациентов с сахарным диабетом основой лечения ЛН является терапия сахарного диабета и нормализация уровня сахара крови. Наружно применяют глюкокортикоидные мази и внутриочаговое введение глюкокортикоидов, антиоксиданты (препараты витамина Е, липоевая кислота) и средства, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, ксантинола никотинат). В отдельных случаях показано хирургическое иссечение патологических очагов.
Клинический случай. Пациент В. 14 лет обратился в филиал «Южный» с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей с 2014 года. К дерматологу впервые обратился в 2023 г. – выставлен предварительный диагноз: Локализованная склеродермия? Кольцевидная гранулема? В анамнезе – сахарный диабет 1 типа с 2014 года. Консультирован в филиале «Юго-Западный», где в целях дифференциальной диагностики проведено патоморфологическое исследование. Изменения в коже соответствуют Липоидному некробиозу кожи нижних конечностей. Пациент получает амбулаторное лечение – внутрь пентоксифилин по 100 мг 2 раза в день курсами по 3 месяца, наружно такролимус (такропик) 0,03% мазь 2 раза в день 1 месяц, с последующим уменьшение кратности нанесения. **Заключение.** Липоидный некробиоз – редко встречающееся заболевание, а многообразие клинических проявлений затрудняет своевременную диагностику. Процесс приводит к значительными косметическим дефектам, снижает

качество жизни больных. Алгоритм обследования и лечения должен быть междисциплинарным – наблюдение дерматологом и эндокринологом. **Выводы.** Снижение уровня сахара в крови приводит к регрессу высыпаний. Пациенты должны пользоваться средствами защиты от солнца, избегать чрезмерного воздействия солнечного света и периодически проходить обследование у дерматолога, эндокринолога и терапевта для контроля рецидива, злокачественной трансформации и предотвращения осложнений.

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника 74»*
*г. Санкт-Петербург*
**Красовска О.Б.**

**Введение.** Дерматологические заболевания часто являются коморбидными, обусловленными генетической предрасположенностью и полиморфизмом патогенетических факторов, которые ассоциированы с нарушениями в работе органов и систем (эндокринными, иммунными, гастроэнтерологическими). Пациенты с кожными заболеваниями часто получают симптоматическое лечение без учета сопутствующих заболеваний, что снижает результативность терапии. Дерматопатологии часто выступают маркерами латентно протекающих системных заболеваний. В этой связи междисциплинарный подход становится ключевым инструментом повышения эффективности диагностики и терапии дерматозов, является клинической необходимостью и стратегией оптимизации медицинской помощи.
Цель – разработать и обосновать алгоритм междисциплинарного подхода в лечении коморбидных пациентов с дерматологическими заболеваниями.
Задачи. 1. Выявить наиболее часто встречаемые коморбидные дерматологические заболевания; 2. Определить перечень диагностических процедур и специалистов, участвующих в лечении коморбидного пациента; 3. Оценить эффективность междисциплинарного подхода в лечении коморбидного пациента.
**Результаты.** Анализ заболеваемости пациентов с дерматологическими заболеваниями показал, что наиболее часто встречались следующие коморбидные сочетания: Инфекционные болезни – 7,6% (герпес, боррелиоз, ВИЧ-ассоциированные дерматозы); Неврология – 6,1%: опоясывающий герпес, герпетическая невралгия с выраженным болевым синдромом; Офтальмология – 8,3%: аллергические дерматиты периорбитальной зоны, аллергические конъюнктивиты, демодекоз век и ресниц, блефариты при розацеа; Эндокринология: поликистоз яичников 3,3%, СД 8,8%, гипотиреоз 11%, выпадение волос, алопеция, гипергидроз, стрии, гиперпигментация при диабете; Хирургия – 5,9%: аллергические дерматиты и микробная экзема в послеоперационном периоде, абсцессы, флегмоны; Сосудистые заболевания – 8,9%: трофические язвы, дерматозы на фоне сосудистой патологии, лимфостаза, нарушений микроциркуляции, петехии, васкулиты; Онкология – 10,1%: новообразования кожи, базальноклеточный, плоскоклеточный рак кожи, меланома; Аллергология – 13,4%: дерматозы, сочетанные с бронхиальной астмой, поллинозом, аллергическими риноконъюнктивитами; Ревматология – 1,8%: артропатические формы псориаза, заболевания соединительной ткани: склеродермия очаговая и интегументная, красная волчанка для исключения системности; Лор – 2,2%: отомикозы, экзема и псориаз с вовлечением ушных раковин; Гинекология – 4,6%: пациентки с кожными заболеваниями во время беременности, гормональные дисбалансы, влияющие на состояние кожи; Урология – 5,8%: пациенты с хроническими инфекциями мочеполовой сферы, неспецифическими уретритами, баланопоститом, генитальным герпесом, новообразованиями в области мочеиспускательного канала; Стоматология – 2,2%: красный плоский лишай с локализацией на слизистой ротовой полости, стоматит, хейлит. Для наиболее актуальных коморбидных патологий определен следующий перечень диагностических процедур и специалистов. Эндокринология: Дифференциальная диагностика алопеций (телогенная, андрогенетическая), коррекция гипергидроза при тиреотоксикозе, терапия акне на фоне СПКЯ. Лабораторный скрининг: оценка уровня ТТГ, Т3, Т4, антител к ТПО, половых гормонов. Гастроэнтерология: Ведение пациентов с кожными заболеваниям, ассоциированных с Helicobacter pylori, дисбиозом кишечника. Инструментальная диагностика: ФГДС с уреазным тестом, УЗИ органов брюшной полости, анализ кала на эластазу-1, дисбактериоз. Аллергология: Диагностика IgE-опосредованных реакций с применением молекулярного аллергопрофилирования (ImmunoCAP), исследование уровня эозинофильного катионного протеина. Онкология: Протоколы эксцизионной биопсии при подозрении на меланому (ABCDE-критерии). Ревматология: Алгоритм направления при подозрении на аутоиммунный процесс: антинуклеарные антитела (ANA), антитела к dsDNA. Экономическая и клиническая эффективность лечения коморбидных пациентов показала, что за 2024 г. внедрение междисциплинарного подхода позволило снизить частоту рецидивов хронических дерматозов на 35%, ускорить верификацию системных заболеваний на 28% (средний срок диагностики: 7±2 дня, ранее 25±5 дней ранее).
**Заключение.** Междисциплинарный подход в районной поликлинике – это эффективный способ улучшить результаты лечения коморбидных дерматологических больных. Интеграция усилий разных специалистов, преемственность и персонализированная тактика должны стать стандартом работы. Каждый специалист вносит вклад в постановку развернутого диагноза, слаженная работа команды улучшает качество жизни пациентов. Интеграция мультидисциплинарных протоколов в практику районной поликлиники соответствует принципам персонализированной медицины и доказательным клиническим рекомендациям.

## НЕИНФЕКЦИОННЫЕ БАЛАНОПОСТИТЫ: РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы»*
*г. Москва*
**Чернова Н. И., Задорожная И. С., Маркосян Т. Г.**

**Актуальность.** Среди заболеваний, являющихся причиной развития баланопоститов неинфекционной этиологии, следует выделить воспалительные дерматозы (склероатрофический лишай (САЛ), красный плоский лишай (КПЛ), псориаз, аллергический контактный дерматит, лекарственные токсикодермии, баланит Зуна), эритроплазия Кейра, бовеноидный папулез, болезнь Боуэна, ВПЧ-неассоциированные интраэпителиальные неоплазии и онкологические заболевания. Для ряда перечисленных заболеваний клиническая картина будет иметь схожие объективные, субъективные симптомы и течение, что вызывает затруднения в установлении диагноза и планировании лечения. В научной литературе описаны дерматоскопические паттерны для ряда вышеуказанных состояний, которые еще широко не внедрены в клиническую практику, однако могут представлять важный диагностический инструмент для своевременной постановки диагноза или маршрутизации больного к смежным специалистам.
Цель: оценить роль дерматоскопии в диагностике неинфекционных баланопоститов.
**Материалы и методы.** За период с марта 2024 по июль 2025 гг. в исследование было включено 56 мужчин в возрасте от 18 до 82 лет с жалобами на высыпания на головке и/или крайней плоти полового члена. Пациенты были направлены на консультативный прием в Центральный отдел оказания специализированной медицинской помощи ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» из различных филиалов Центра с целью установления заключительного диагноза. Направительные диагнозы включали рецидивирующий неспецифический баланопостит (17/30,4%), САЛ (14/25%), баланит Зуна (7/12,5%), КПЛ (7/12,5%), пенильная интраэпителиальная неоплазия (6/10,7%), эритроплазия Кейра (5/8,9%). Всем пациентам проводился сбор жалоб, анамнеза, клинический осмотр, дерматоскопия очагов поражения, при необходимости – биопсия очагов поражения с гистологическим исследованием. При проведении дерматоскопии оценивалось: для баланита Зуна – наличие очаговых или диффузных бесструктурных участков

оранжевого оттенка и хорошо различимые изогнутые сосуды, имеющие разную форму в виде серпантина, спирали, хвоста сперматозоида и бокала; для эритроплазии Кейра – гломерулярные (клубочковые) сосуды, неоднородные по форме, размеру и расстоянию друг от друга, расположенные наиболее часто сгруппированно, несколько реже диффузно; для болезни Боуэна – гломерулярные сосуды, распределенные в кластерном виде; для бовеноидного папулеза – присутствие выростов неправильной формы розоватого оттенка разного размера и формы, отходящих от общего основания и содержащих расширенные сосуды (пальцевидный паттерн); для псориаза – равномерное расположение точечных сосудов одинакового размера и формы на бледно-розовом фоне; для КПЛ – белые полосовидные пересекающиеся элементы, формирующие рисунок, обозначаемый как «радиальная лучистость» (сетка Уикхема); для САЛ – гомогенные бесструктурные области ярко-белого цвета, уменьшение или полное исчезновение сосудистых структур; для неспецифического баланопостита – размытые линейные сосуды на красноватом фоне (неспецифическое расширение сосудов дермы), редкие точечные сосуды.

**Результаты.** На основании проведенной клинической и дерматоскопической диагностики диагноз «САЛ полового члена» был установлен в 14/25% случаев и соответствовал исходному числу направительных диагнозов, что свидетельствует о достаточности клинических данных дерматоза в установлении диагноза на основании клинической картины и анамнеза. Увеличилось число больных с диагнозом «баланит Зуна» в 1,7 раза, составив 12/21,4% наблюдений, при этом абсолютное число пациентов с впервые установленным данным диагнозом наблюдались по поводу рецидивирующего неспецифического баланопостита. Также среди больных с направительным диагнозом «рецидивирующий неспецифический баланопостит» у 3 на основании дерматоскопии была предположена «эритроплазия Кейра», подтвержденная в последующем гистологически, у 3 пациентов была диагностирована пенильная интраэпителиальная неоплазия, у 2 пациентов выявлен рак полового члена, у одного пациента бовеноидный папулез.

**Выводы.** Таким образом, дерматоскопия с преимущественной оценкой сосудистого компонента в очагах поражения при неинфекционных баланопоститах является полезным неинвазивным методом, повышающим вероятность установления верного диагноза уже на первичном приеме больного. При рецидивирующих неспецифических баланопоститах следует особенно тщательно проводить дерматоскопическую диагностику, так как за данным диагнозом могут скрываться баланит Зуна, эритроплазия Кейра, бовеноидный папулез и рак полового члена.

## ОПЫТ ОЦЕНКИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ НА ПРИМЕРЕ АКНЕ С УЧЕТОМ ПИЩЕВОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

*СМ-Клиника*
*г. Москва*
**Эллинская К. А., Эллинский Д. О.**

Цель: исследовать и представить опыт оценки пищевой непереносимости как одного из модифицируемых влияющих факторов системного воспаления при акне, а также показать ее терапевтическую значимость на практических клинических примерах, резистентных к терапии.

Введение в патогенез. Акне – хроническое воспалительное заболевание кожи, обусловленное воспалением на уровне сально-волосяного фолликула. Пищевые продукты как фактор воспаления. Исследование Dall'Oglio et al. (2021) выявило корреляцию между высокогликемической диетой и частотой обострений акне, в то время как исследование Baldwin & Tan (2021) выявило уменьшение количества воспалительных элементов на диете с низким гликемическим индексом. Метаанализ (Dall'Oglio et al., 2021) подтвердил связь между употреблением шоколада, специй и обострением акне из-за их провоспалительного действия

Методика клинического исследования. Пациенты: 5 случаев акне с различными эффектами от наружной терапии. Диагностика: IgG-панель пищевой непереносимости + анализ питания. Интервенция: коррекция диеты на основании индивидуального IgG-профиля. Оценка результатов: клиническая шкала, биомаркеры воспаления, частота обострений.

Клинические примеры и результаты. У всех пациентов наблюдалось снижение системного воспаления. Улучшение клинических проявлений (папуло-пустулезный компонент), уменьшение частоты обострений и выраженности симптомов. Заключение и практические рекомендации: пищевая непереносимость – фактор, поддерживающий системное воспаление при акне. Персонализированная нутриологическая интервенция на основе IgG-анализа устраняет биологические маркеры воспаления и улучшает клиническую картину. Приведен алгоритм интеграции в практику врача-дерматолога: анализ → коррекция питания → мониторинг. В результате улучшается эффективность лечения, сокращается частота обострений, повышается доверие пациентов и удовлетворенность от лечения.

## ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА И КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПИТИРИАЗА ЛИХЕНОИДНОГО У ДЕТЕЙ

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института;*
*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»*
*г. Москва*
**Алхаффар С., Жукова О. В., Солнцев В. В.**

**Актуальность.** Питириаз лихеноидный – редкое папулосквамозное заболевание с вариабельным клиническим течением, развивающееся в любом возрасте. Особенности этиопатогенеза, дебюта и клинического течения у детей в разных возрастных периодах на современном этапе изучены недостаточно.

**Результаты.** Методом простой последовательной выборки среди детей, обратившихся за амбулаторный дерматологический прием в филиалы ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в период с 2022 по 2025 гг., в проспективное исследование были включены 130 пациентов с лихеноидным питириазом в возрасте от 0 до 17 лет включительно: 83 (63,8%) мальчика и 47 (36,2%) девочек. Соотношение мальчиков и девочек составило 1,8:1. Медиана возраста дебюта заболевания составила Me 7 [5; 14] лет. Среди обратившихся пациентов с острым вариолиформным питириазом было 60 (46,15%), с хроническим лихеноидным питириазом – 70 (53,85%). Наибольшее число обращений было отмечено в возрастных группах 7–14 лет и 15–17 лет. Наиболее значимые различия в частоте развития острого вариолиформного питириаза наблюдались в возрастной группе 0–6 лет, в которой мальчики болели достоверно чаще, чем девочки ($\chi2=$, $p < 0,05$). В группе хронического лихеноидного питириаза девочки достоверно чаще болели в возрастной группе 15–17 лет ($\chi2=9,874$, $p < 0,01$), мальчики – в возрастной группе 7–14 лет ($\chi2=6,254$, $p < 0,05$). В группе пациентов с острым вариолиформным питириазом они составили в совокупности 80,0%, в группе хронического лихеноидного питириаза – 82,8%. Правильный диагноз был выставлен при обращении у 66,9% детей. Срок постановки правильного диагноза в анализируемой когорте варьировал от 1 месяца до 2 лет. В структуре ошибочных диагнозов преобладали красный плоский лишай (12,3%), ветряная оспа (8,5%), мастоцитоз (5,4%) и ангииты (4,6%). Наибольшая длительность заболевания в группе хронического лихеноидного питириаза составила 8 лет. Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с хроническим лихеноидным питириазом наиболее часто диагностировались аллергические заболевания (81,4%), что, вероятно, влияло на сезонность обострений питириаза в данной когорте. Острые и хронические инфекции были ведущими факторами риска дебюта и обострения в обеих группах.

**Выводы.** Проведенный анализ дебюта и клинических особенностей демонстрирует актуальность полученных данных с целью оптимизации клинической диагностики и в дальнейшем – динамического наблюдения детей с различными клиническими типами лихеноидного питириаза.

## ОТ ИНФЕКЦИИ К ОБОСТРЕНИЮ: ИНФЕКЦИОННЫЕ ТРИГГЕРЫ ПСОРИАЗА

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» г. Москва*
**Каткова К. В., Денисова Е. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В., Корсунская И. М.**

**Введение.** Несмотря на значительный прогресс в понимании патогенетических механизмов развития псориаза, включающих активацию врожденного и адаптивного иммунного ответа, дисбаланс уровня про- и противовоспалительных цитокинов, а также генетическую предрасположенность, актуальность изучения факторов, инициирующих запуск патологического процесса, остается высокой. На современном этапе доказана важная роль триггерных воздействий, среди которых особое внимание уделяется инфекционным агентам, включая вирусные и бактериальные инфекции, которые способны индуцировать псориатические обострения или впервые инициировать заболевание у генетически предрасположенных лиц. Инфекции могут не только запускать иммуноопосредованный воспалительный каскад, но и модулировать клиническое течение заболевания, определяя его дебют, форму и тяжесть. Кроме того, некоторые инфекционные триггеры, в частности коронавирусная инфекция и ВИЧ-инфекция, могут приводить к рецидивирующему или торпидному течению псориаза, а также снижать эффективность «стандартной» терапии. Сравнительный анализ течения псориаза при различных инфекционных состояниях выявляет различия в динамике заболевания. При ВИЧ-инфекции псориаз чаще развивается постепенно: изначально в форме редких рецидивов, с последующим переходом в непрерывно-рецидивирующий тип течения, иногда достигая значительной площади поражения кожи. У отдельных пациентов могут наблюдаться тяжелые обострения с торпидным течением и развитием резистентности к стандартным методам терапии. При этом в ряде случаев отмечается улучшение состояния кожи на фоне начала или оптимизации антиретровирусной терапии (АРВТ). В отличие от этого, по данным клинических наблюдений, в постковидном периоде у некоторых пациентов псориаз может дебютировать или обостряться резко и агрессивно, проявляясь распространенным экссудативным процессом с обширным поражением кожного покрова. В отдельных случаях быстро формируется устойчивость к традиционным схемам лечения.
**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением на базе Клиники им. В.Г. Короленко – филиала ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» – на стационарном лечении находились пациенты с обострением псориаза или его манифестом на фоне перенесенной инфекции COVID-19. Проведен анализ медицинской документации этих пациентов.
**Результаты.** Среди данной выборки – 201 пациент – у 6 человек дебют псориаза случился менее 6 мес. назад (в рамках long-COVID-syndrome), а у 1 дебютировал сразу после перенесенной COVID-19. При клинической оценке кожного процесса отмечалась выраженная воспалительная инфильтрация, сочетающаяся с усилением экссудативных проявлений. Клиническая картина сопровождалась тенденцией к быстрому распространению патологических элементов, зачастую с генерализацией кожного процесса.
**Заключение.** Наши наблюдения относительно коронавирусной инфекции согласуются с литературными данными: авторы из разных стран описывают дебют псориаза и его обострения после перенесенного COVID-19. В отношении патогенеза как ВИЧ-ассоциированного псориаза, так и обострений, возникающих в постковидном периоде, описано несколько механизмов, среди которых ключевое значение придается нарушению цитокинового профиля. Для обоих состояний характерна гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов, а также цитокинов, участвующих в активации Th17-оси (IL-17, IL-23). Эти медиаторы играют ведущую роль в формировании хронического воспаления и гиперреактивного иммунного ответа, способствующего агрессивному течению псориатического процесса. Проведенное нами исследование позволяет предположить, что в постковидном периоде у части пациентов происходят эпигенетические модификации, затрагивающие регуляцию экспрессии генов, кодирующих цитокины и другие медиаторы воспаления. Данные изменения способны не только инициировать манифестацию ранее не диагностированных аутоиммунных заболеваний (например, дебют псориаза), но и реактивировать уже существующие иммунопатологические сигнальные каскады. В результате активации этих предсуществующих механизмов возможно развитие обострений псориаза, что указывает на необходимость более пристального мониторинга больных с хроническими дерматозами в постинфекционный период COVID-19.

## ПЕРСПЕКТИВЫ СИСТЕМНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОСПОРИНА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕМОСИДЕРОЗОВ КОЖИ НА ПРИМЕРЕ ЭКЗЕМАТИДОПОДОБНОЙ ПУРПУРЫ ДУКАСА-КАПЕТАНАКИСА И БОЛЕЗНИ ШАМБЕРГА

*Белорусский государственный медицинский университет Республика Беларусь, г. Минск*
**Ходаковский В. А., Музыченко А. П.**

**Актуальность.** Гемосидерозы кожи представляют собой хронические дерматозы с клинико-морфологическими проявлениями сосудисто-воспалительной природы, характеризующиеся пигментной пурпурой и обусловленные экстравазацией эритроцитов с последующим отложением гемосидерина. Отсутствие универсально эффективных методов лечения и рецидивирующий характер заболевания требуют разработки инновационных терапевтических стратегий. Цель: оценить клиническую эффективность и переносимость циклоспорина при системном введении у пациентов с гемосидерозами кожи – экзематидоподобной пурпурой Дукаса–Капетанакиса и болезнью Шамберга.
**Материалы и методы.** Проанализированы клинические данные 10 пациентов (6 с экзематидоподобной пурпурой и 4 с болезнью Шамберга) в возрасте 30–53 лет со средней продолжительностью заболевания 3,2 года. Пациентам назначался циклоспорин в дозировке 3–5 мг/кг/сутки на протяжении 8–12 недель. Оценка эффективности базировалась на динамике клинических проявлений: интенсивности пурпурных высыпаний, степени зуда и общем кожном статусе. Контроль безопасности предусматривал мониторинг артериального давления и биохимических показателей.
**Результаты.** К 4-й неделе терапии в 80% случаев зафиксировано достоверное снижение воспалительных высыпаний и симптоматики зуда. По окончании курса 70% пациентов продемонстрировали выраженную ремиссию с редукцией кожных проявлений. Препарат хорошо переносился; побочные эффекты включали незначительное и временное повышение давления у 2 пациентов, не требовавшее отмены терапии. Фармакодинамика циклоспорина обеспечивается ингибированием кальциневрина, что приводит к подавлению Т-клеточной активации и снижению продуцирования провоспалительных медиаторов, стабилизирующих сосудистую проницаемость и уменьшающих воспаление. Полученные данные коррелируют с зарубежными исследованиями и предлагают циклоспорин как перспективное средство при хронических сосудистых дерматозах с иммуновоспалительной этиологией. Выводы: 1. Системное лечение циклоспорином демонстрирует высокую клиническую эффективность и удовлетворительную переносимость в терапии гемосидерозов кожи, включая экзематидоподобную пурпуру Дукаса–Капетанакиса и болезнь Шамберга. 2. Результаты подтверждают перспективность данного подхода и требуют дальнейших рандомизированных исследований для уточнения оптимальных терапевтических схем.

## ПОЛИМОРФИЗМ RS749174 ГЕНА GSTP1 НЕ АССОЦИИРОВАН С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА У ЖИТЕЛЕЙ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Курский государственный медицинский университет, Научно-исследовательский институт генетической и молекулярной эпидемиологии г. Курск*
**Саранюк Р. В., Полоников А. В.**

**Актуальность.** Псориаз – хроническое, мультифакториальное заболевание неизвестной этиологии с преимущественным поражением кожи, костно-

суставной системы и сопровождающееся широким спектром коморбидных расстройств. Псориаз имеет выраженную генетическую предрасположенность, которая, по данным многих исследований, реализуется преимущественно через нарушения врожденного и приобретенного иммунитета. Однако данные ряда исследований указывают на значительный вклад нарушения редокс-гомеостаза и биотрансформации ксенобиотиков и рассматривают данные нарушения как одни из ведущих патогенетических механизмов развития заболевания. Глутатион-S-трансферазы являются ключевыми ферментами второй фазы биотрансформации ксенобиотиков и участвуют в процессах детоксикации поступающих в организм чужеродных веществ. Изучение их роли в развитии псориаза может иметь важное практическое значение в виде совершенствования подходов к профилактике и терапии заболевания. Целью настоящего исследования было изучение ассоциации полиморфизма rs749174 гена глутатион-S-трансферазы P1 с предрасположенностью к псориазу.

**Материалы и методы.** Протокол настоящего исследования был одобрен региональным этическим комитетом Курского государственного медицинского университета (протокол № 4 от 09.04.2018). Для проведения данного исследования использовались образцы ДНК и клинические данные 944 неродственных индивида, включая 474 пациента с диагнозом псориаз и 470 здоровых лиц. Перед участием в исследовании всеми пациентами было подписано добровольное информированное согласие. Пациенты проходили обследование на базе ОБУЗ «Медвенская центральная районная больница», ООО «Центр медицинских осмотров и профилактики» (Курск), кожно-венерологический диспансер Курской областной многопрофильной клинической больницы в период с 2018 по 2021 год. Все пациенты были славянского происхождения и уроженцами Центральной России (преимущественно Курской области). Генотипирование rs749174 полиморфизма гена глутатион S-трансферазы P1 было проведено с помощью лазерной десорбционно/ионизационной времяпролетной масс-спектрометрии на платформе MassArray Analyzer 4 (AgenaBioscience, США). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы PLINK, версия 1.9, которая позволяла оценивать уровень статистической значимости ассоциаций полиморфизма с псориазом посредством пермутационного теста. Ассоциации считали значимыми при Pperm<0,05.

**Результаты.** Частоты генотипов rs749174 гена GSTP1 находились в равновесии Харди–Вайнберга (P>0,05). При сравнении частот аллелей и генотипов GSTP1 групп больных псориазом и контроля не было выявлено статистически значимых различий, как в частотах аллелей, так и генотипов. Также не было установлено статистически значимых ассоциаций полиморфизма rs749174 гена GSTP1 с псориазом при стратификации клинических групп по полу и факторам риска, таким как злоупотребление алкоголем и курение (P>0,05).

**Выводы.** Результаты настоящего исследования показывают, что полиморфизм rs749174 гена GSTP1 не ассоциирован с риском развития псориаза среди населения Центральной России. Однако данный результат может быть обусловлен малым объемом исследуемой выборки и генетической гетерогенностью основного заболевания.

## ПРИМЕНЕНИЕ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

*Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»*
*г. Красноярск*
**Симакова Н. А., Винник Ю. Ю.**

**Актуальность.** Псориаз – системное заболевание, поражающее не только кожу, но и системы внутренних органов, а также отрицательно влияющее на качество жизни пациентов. Одно из ассоциированных с псориазом состояний – метаболический синдром, включающий в себя избыточную массу тела или ожирение, дислипидемию, артериальную гипертензию и нарушения углеводного обмена. Рост заболеваемости тяжелыми формами псориаза диктует поиск новых вспомогательных методов диагностики.

Цель: выявить частоту избыточной массы тела и ожирения у пациенток 2-го зрелого возрастного периода (36–55 лет), компоненты избыточной массы тела за счет определения жировой, тощей и активной клеточной масс

**Материалы и методы.** За 2024 год обследовано 187 женщин 2-го возрастного периода, впервые обратившихся в Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» по поводу вульгарного псориаза средней и тяжелой степеней тяжести. Пациенткам проведен расчет PASI (psoriasis area and severity index), выполнена антропометрия (измерение роста, веса, окружностей талии, бедер, одного бедра и запястья) и биоимпедансометрия (определение жировой, тощей, активной клеточной масс, активного и реактивного клеточного сопротивлений и фазового угла).

**Результаты.** Расчет индекса массы тела (ИМТ) показал, что дефицит массы тела встречался в 12,3% случаев (n=23), нормальная масса тела в 27,3% (n=51), повышенная масса тела в 37,9% (n=71), а встречаемость ожирения составила 22,5% (n=42). По результатам биоимпедансометрического анализа компонентного состава тела, выполненного на аппарате «АИСТ – ДИАМАНТ» (г. Санкт-Петербург) выявлено, что повышенное содержание жировой массы выявлено среди обследуемых с нормальной (28,9±3,1%), повышенной массой тела (38,2±4,6%) и с ожирением (41,4±4,8%). При расчете PASI легкое течение псориаза диагностировано у 29 пациенток (15,5%), среднетяжелое у 67 (41,17%), тяжелое у 91 (48,7%).

**Заключение.** Пациентки второго зрелого возрастного периода, страдающие вульгарным псориазом, практически в 60% случаев имели избыточную массу тела и ожирение. В подавляющем большинстве среди обследуемых встречалось среднетяжелое и тяжелое течение псориаза. По данным биоимпедансометрии даже у пациенток с нормальной массой тела диагностировано повышение содержания жировой массы и снижение тощей, в состав которой входит мышечная ткань. А у женщин с избыточной массой тела и ожирением жировая масса была повышена значительно. Таким образом, биоимпедансометрический анализ компонентного состава тела может быть целесообразен в формировании групп риска развития тяжелого псориаза и его осложненных форм.

## ПРИМЕНЕНИЕ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ (УФВ 311) В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С УЗЛОВАТОЙ ПОЧЕСУХОЙ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»*
*г. Москва*
**Бородулина К. С., Кашперова О. Г., Прокопова Е. М., Касихина Е. И., Сороченко Е. В.**

**Актуальность.** Узловатая почесуха (УП) – редкое хроническое заболевание кожи со сложным патогенезом, характеризующееся интенсивным хроническим зудом и папуло-нодулярными высыпаниями на коже. УП характеризуется сильным и постоянным зудом, превосходящим по интенсивности, частоте и влиянию на качество жизни другие хронические зудящие заболевания кожи, такие как атопический дерматит и псориаз. Интенсивность зуда не зависит от возраста и пола пациента, а также от возможного наличия атопии. Патогенетические аспекты зуда при УП и возможности его коррекции с помощью фототерапии активно изучаются в последние годы. Показано, что УФ-излучение узкополосного диапазона 311нм приводит к снижению уровня интерлейкина-31, участвующего в развитии зуда. УФВ-излучение снижает уровни фактора роста нервов (NGF) и дермального пептида, связанного с геном кальцитонина (CGRP). NGF и CGRP являются основными нейропептидами, которые активируются в коже у пациентов с УП. Кроме того, противозудный эффект узкополосной фототерапии объясняется ингибированием высвобождения гранул из тучных клеток. Международное руководство по лечению хронической почесухи (IFSI) рекомендует этапный подход к лечению. На первом этапе рекомендованы топические глюкокортикостероиды, топические ингибиторы кальциневрина и антигистаминные препараты. При отсутствии эффекта на втором этапе рекомендуются то-

пический капсаицин, внутриочаговое введение глюкокортикостероидных средств и УФ-терапия. Данные о результатах использования в комплексном лечении УФ-терапии при УП у детей ограничены.

**Цель.** Проанализировать клиническую эффективность узкополосной фототерапии УФВ 311нм у детей с УП.

**Материал и методы.** Проведено проспективное наблюдательное исследование пациентов, прошедших цикл фототерапии для лечения узловатой почесухи в период с января 2021 г. по июнь 2025 г. Была собрана информация об эпидемиологических и клинических характеристиках, сопутствующем лечении, типе и продолжительности фототерапии, максимально достигнутой дозе и ответе на лечение.

**Результаты.** В исследование были включены 10 пациентов с узловатой почесухой, проходивших лечение методом общей узкополосной фототерапии УФВ 311 нм, медианный возраст которых составил 8,5 лет. Давность процесса составила 2,3± 0,8 года. Процесс был распространенный, симметричный с плотными папуло-нодулярными высыпаниями, геморрагическими корками и экскориациями у всех анализируемых детей. Зуд характеризовался как круглосуточный и биопсирующий. Нарушение сна отмечалось у всех детей. Согласно шкале IGA, у всех детей при первом обращении процесс характеризовался как средней степени тяжести (20–100 пальпируемых зудящих высыпаний). Пациенты обследованы, противопоказаний к проведению фототерапии не имели. Лечение проводилось в режиме 3 раза в неделю. Дозирование осуществлялось с учетом фототипа кожи по Фитцпатрику, с постепенным наращиванием дозы облучения. Отмечалась хорошая переносимость процедур у всей группы наблюдения. Клиническая эффективность оценивалась с учетом регресса симптоматики: зуда, высыпаний. Большинство пациентов n=6 (60%) отметили уменьшение выраженности интенсивности зуда после 4-й процедуры фототерапии, 3 пациента (30,0%) – на 6-й процедуре, 1 ребенок (10,0%) – на 7-й процедуре лечения. Наблюдался последовательный регресс высыпаний в виде побледнения, уплощения, разрешения папуло-нодулярных высыпаний и экскориаций у 8 (80%) детей к концу курса фототерапии, у 2 (20,0%) пациентов сохранялись единичные уплощенные высыпания на коже голеней, в количестве, не превышающем 7 пальпируемых элементов. Ответ на лечение был признан удовлетворительным (процент излечения ≥75,0%).

**Выводы.** Результаты проведенного исследования подтверждают высокую эффективность узкополосной фототерапии УФВ 311 нм в лечении узловатой почесухи у пациентов детского возраста. Ее можно рекомендовать как в качестве монотерапии, так и в сочетании с другими методами лечения.

## ПСОРИАЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

*Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»*
*Гродно, Республика Беларусь*
**Хворик Д. Ф.**

**Введение.** Псориаз – распространенное хроническое эритематозно-сквамозное заболевание кожи, характеризующееся зудом, является результатом неконтролируемой пролиферации кератиноцитов, а его патогенез включает нарушение регуляции иммунной системы. К отличительным личностным чертам пациентов с псориазом можно отнести неустойчивое эмоциональное состояние, повышенную тревожность, ипохондрию и мнительность, конфликтность, что приводит к значительной психологической дезадаптации и нарушениям межличностных отношений, а впоследствии и к определенной социальной изоляции. В структуре психической патологии у пациентов, страдающих псориазом, на долю депрессии приходится 60–80%, расстройств личности – 40–60%, тревожных расстройств – до 30%. К главным пептидным нейромедиаторам, играющим ведущую роль в патогенезе псориаза и сочетанной с ним патологии, относятся: амфирегулин (AREG), субстанция Р (SP), пептид, связанный с геном кальцитонина (CGRP), цилиарный нейротрофный фактор (CNTF), рецептор эпидермального фактора роста (EGFR) [1]. Таким образом, роль нейропептидов и их рецепторов в патогенезе псориатической болезни остается недостаточно изученной – не определена их роль в развитии воспалительной реакции кожи и зуда, а также до конца не ясным остается их взаимодействие с другими факторами, влияющими на возникновение и течение сочетанной с псориазом патологией.

**Цель исследования** – изучить роль и содержание нейромедиаторов в сыворотке крови пациентов с различными клиническими формами псориаза, ассоциированного с психическими расстройствами. **Материалы и методы.** Предметом клинического изучения явилась выборка из числа пациентов, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении Государственного учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Общую выборку составили 150 пациентов, разделенных на 2 группы: 1-я группа – пациенты с псориазом (n=70); 2-я группа – пациенты с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами (n=80). В качестве контроля (3-я группа) использовалась сыворотка крови практически здоровых лиц без клинико-анамнестических признаков псориаза и психических расстройств (n=10). Количественное определение нейропептидов и нейтрофинов (SP, CNTF, CGRP, EGFR, AREG) в сыворотке крови проводилось методом ИФА с использованием стандартных наборов в соответствии с инструкцией производителя на автоматическом анализаторе «Sunrise» TECAN (Австрия). Выполнен молекулярно-генетический анализ распределения частот аллелей и генотипов генов: полиморфизм гена CNTF G6-A (rs1800169) с помощью полимеразной цепной реакции. Полученные цифровые данные обработаны методами непараметрической статистики с использованием лицензионных версий программ STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и их обсуждение. Максимальный уровень AREG в сыворотке крови установлен у пациентов с псориазом, при этом он был достоверно выше, чем у лиц контрольной группы, а также у пациентов с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами ($p < 0,05$). Однако у пациентов с сочетанной патологией имело место наибольшее содержание SP, CNTF и EGFR. В частности, уровень SP и CNTF в сыворотке крови был достоверно выше как по сравнению с контрольной, так и группой пациентов с псориазом без психических расстройств, а EGFR – только по сравнению с группой контроля. Достоверных различий по содержанию CGRP среди обследуемых групп не было установлено ($p > 0,05$). При оценке частоты встречаемости генотипов и аллелей G6-A полиморфного гена CNTF в зависимости от нозологической формы обнаружено, что у пациентов с псориазом достоверно чаще встречался генотип GG, в то время как в группе пациентов с сочетанной патологией достоверно чаще встречался генотип AA. При анализе распределения аллелей по данному полиморфному варианту установили, что в группе пациентов с псориазом достоверно чаще встречалась аллель G, а в группе пациентов с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами, – аллель A.

**Заключение.** Учитывая возможность терапевтического воздействия на уровень продукции нейропептидов, полученные данные об их роли в патогенезе псориаза, ассоциированного с психическими расстройствами, позволят разработать персонифицированный подход к терапии с учетом тяжести заболевания и сочетанной патологии.

## РАЗМЕР ВЫСОТЫ ЭПИДЕРМИСА КОЖИ РАЗЛИЧНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

*Институт клинической медицины Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского г. Нижний Новгород*
**Петрова К. С., Щенникова Н. К., Пройдакова Е. В., Советский А. А., Гоева О. Н., Гурули Г. Г., Бруева М. А.**

**Введение.** С учетом современных тенденций к развитию персонифицированного подхода к пациенту, объективная оценка прижизненной толщины кожи является одной из самых актуальных проблем медицины. Несмотря

на очевидную доступность кожи как объекта изучения, в течение многих лет не мог быть решен вопрос о реальной толщине кожных покровов у живого человека.

**Цель исследования**: получить реальные данные о толщине эпидермиса «in vivo» в коже различной анатомической локализации в группе здоровых добровольцев, выраженные в микрометрах.

**Материалы и методы.** В работе использовали оптический когерентный томограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека. Вычисляли аксиальный и латеральный размеры пикселя скана для выяснения соответствия размеров пикселя размерам, выраженным в микрометрах, с помощью хирургических нитей известного диаметра. Получали ОКТ-изображения кожи различной анатомической локализации 46 здоровых добровольцев, производили измерения толщины эпидермиса и отдельно рогового слоя во всех локализациях, а именно в области лба, угла глаза, щеки, подбородка, передней поверхности шеи, передней поверхности грудной клетки, живота, спины, сгибательной и разгибательной поверхностей плеч, предплечий, бедер, голеней, кистей, ладоней подошв. Идентичность участков исследования у здоровых добровольцев обеспечивалась точным измерением расстояния от точки исследования до определенных анатомических ориентиров.

**Результаты.** В результате калибровки получен размер, соответствующий одному пикселю на изображении, выраженном в микрометрах. В соответствии с полученными размерами пикселя получены результаты измерений прижизненных размеров толщины эпидермиса различной анатомической локализации у здоровых добровольцев. При этом было установлено, что толщина рогового слоя в тонкой коже колебалась в среднем от 52 мкм в области угла глаза до 105 мкм на тыльной поверхности кисти, а в области ладони достигала порядка 380 мкм, тогда как толщина клеточных слоев эпидермиса в коже разной анатомической локализации в среднем не давала таких значительных колебаний.

**Заключение.** Благодаря проведенному исследованию был получены данные, позволяющие установить размер толщины эпидермиса в коже различной анатомической локализации в режиме «in vivo». Полученные данные могут найти широкое применение в клинической практике, косметической индустрии и научных исследованиях, связанных с изучением структуры кожных покровов.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРИМЕНЕНИЕМ КОЖНЫХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, СРЕДИ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ НА ПРИМЕРЕ НИЖНЕВАРТОВСКОЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Бюджетное учреждение «Сургутский государственный университет», медицинский институт; Бюджетное учреждение «Нижневартовская окружная клиническая больница»*
*г. Нижневартовск*
**Тихомирова А. Н., Ефанова Е. Н., Таскаева Д. Г.**

**Цель исследования**. Проанализировать случаи аллергического контактного дерматита и экземы, ассоциированных с применением кожных антисептических средств, у врачей-хирургов хирургического стационара г. Нижневартовск за период 2025 года.

Материал и методы исследования: анализ медицинских карт амбулаторных больных, целевые профилактические осмотры врачей-хирургов хирургического отделения Нижневартовской окружной клинической больницы за период 2025 года.

**Результат исследования.** В ходе проведенного исследования под наблюдение были взяты 20 врачей-хирургов, работающих в стационаре хирургического профиля. Средний стаж работы сотрудников составил 12±3,5 года. У 16 из 20 обследуемых (80%) были диагностированы аллергический контактный дерматит (код по МКБ-10: L23-L25) и экзема (код по МКБ-10: L30.8), ассоциированные с использованием кожного антисептика. В стационарном отделении для обработки рук медицинского персонала использовалось антисептическое средство, содержащее 71% изопропилового спирта, 0,05% тетраметилендиэтилентетрамин (ТМДЭТА), 0,1% алкилдиметилбензиламмония хлорида, функциональные добавки, в том числе ухаживающие за кожей компоненты, воду. Клинически поражение кожи кистей определялось в 100% случаев, вовлечение в патологический процесс кожи предплечий в 75% случаев, кожи локтевых областей в 45% случаев. Морфология высыпаний была представлена везикулопапулезными высыпаниями в 90% случаев, мокнутием в 90%, экскориациями в 50%, выраженной сухостью кожи в виде шелушения и трещин в 85% случаев. Субъективно интенсивный зуд кожи в области высыпаний по визуально-аналоговой шкале в 7–9 баллов беспокоил 14 из 16 пациентов. На фоне лечения топическими глюкокортикостероидами отмечалось уменьшение зуда на 60–70% к 7-му дню терапии, регресс эритемы и экссудации отмечался к 10–14 дню. Полная клиническая ремиссия достигалась после двухнедельного прекращения контакта с кожным антисептиком в период отпуска.

**Заключение.** Выявленная высокая частота аллергодерматозов среди врачей-хирургов обусловлена длительным контактом с антисептическим средством на основе изопропилового спирта и четвертичных аммониевых соединений. Отсутствие полного регресса симптомов на фоне терапии и ремиссия после устранения контакта с аллергеном доказывает необходимость применения мер профилактики аллергодерматозов среди медицинского персонала. Важно также использование гипоаллергенных антисептиков в хирургической практике.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАЛИЧИЯ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

*Курский государственный медицинский университет, Научно-исследовательский институт генетической и молекулярной эпидемиологии г. Курск*
**Саранюк Р. В., Полоников А. В.**

**Актуальность.** Псориаз представляет собой хроническое гетерогенное заболевание с преимущественным поражением кожи. Наличие псориаза у пациентов может привести к стигматизации и социальной дезадаптации, что напрямую влияет как на их личную жизнь, так и на профессиональную деятельность. Оценка качества жизни пациентов с псориазом играет не последнюю роль в выборе тактики ведения пациента и долгосрочной стратегии контроля заболевания. Однако множество факторов способно снижать качество жизни пациентов с псориазом, включая тяжелое течение основного заболевания.

Целью нашего исследования являлась оценка качества жизни пациентов с псориазом в зависимости от пола пациентов, тяжести течения заболевания и наличия коморбидных расстройств.

**Материалы и методы.** В период с 2018 по 2021 гг. было обследовано 509 пациентов с установленным диагнозом псориаз, включая 270 мужчин и 239 женщин. Пациенты были опрошены на предмет анамнестических данных с последующей клинической оценкой заболевания при помощи индекса распространенности и тяжести псориаза (PASI). Оценка качества жизни пациентов проводилась при помощи дерматологического индекса оценки качества жизни (DLQI).

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 44,5±1,1 года. Среднее значение PASI в исследуемой группе составил 6,9±0,7. Средний стаж заболевания составил 14±1,1 лет. Средний возраст манифестации – 30±0,3 лет. В ходе исследования 159 (31,2%) пациентов отмечали отсутствие влияния псориаза на качество жизни (DLQI 0–1). В то же время 350 (68,8%) пациентов отмечали незначительное влияние заболевания (DLQI 2–5). При оценке качества жизни среди пациентов мужчин (n=270) и женщин (n=239) не было выявлено существенных различий в оценке влияния псориаза на качество жизни (DLQI 1 и DLQI 2 соответственно). При влиянии степени

тяжести течения псориаза на качество жизни между пациентами с легким (n=335) и среднетяжелым (n=174) течением псориаза также не было выявлено существенных различий (DLQI 1 и DLQI 2 соответственно). Пациенты с псориатическим артритом оценили влияние болезни на их качество жизни как незначительное (DLQI 2).

**Выводы.** В ходе настоящего исследования не было выявлено существенного влияния пола пациентов, степени тяжести течения псориаза и наличия коморбидных расстройств на качество жизни пациентов, что может быть обусловлено в целом легким течением и малым стажем заболевания, а также зрелым возрастом респондентов в исследуемой группе.

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»;*
*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России;*
*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы» г. Москва*

**Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Доля О. В., Гаджигороева А. Г., Новожилова О. Л., Артемьева С. И., Михайлова И. А., Волнухин В. А.**

Псориаз и псориатический артрит – хронические иммуноопосредованные заболевания, характеризующиеся высоким риском коморбидных состояний и снижением качества жизни. Современным стандартом терапии является применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), позволяющих достичь длительного контроля заболевания. Однако в реальной практике сохраняется проблема «ускользания» терапевтического эффекта.

**Цель исследования** – провести ретроспективный анализ эффективности биологической терапии у группы пациентов с псориазом и псориатическим артритом в условиях ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», выявить факторы, влияющие на устойчивость ответа на лечение.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные 405 пациентов (268 мужчин, 137 женщин) в возрасте от 3 до 83 лет, наблюдавшихся в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». У 43,0% диагностирован вульгарный псориаз (L40.0), у 57,0% – псориаз артропатический (L40.5). Оценивались распределение по препаратам, частота «ускользания» эффективности, влияние линии терапии и коморбидности. Статистическая обработка включала расчет относительных величин, медианы, межквартильного размаха и корреляционного анализа.

**Результаты.** Наиболее часто назначаемый ГИБП – нетакимаб (45,4%) с минимальной частотой «ускользания» (12,8%). Среди классов препаратов наибольшую устойчивость показали ингибиторы IL-23 (частота «ускользания» 10,3%) и IL-17 (25,3%); ингибиторы ФНО-α демонстрировали максимальную частоту утраты эффекта (54,9%). Первая линия терапии имела медиану ответа 93,0%, при переходе к 3–4 линии отмечалось снижение на 2–6 п.п. Наличие метаболического синдрома (40,1%) и сердечно-сосудистых заболеваний (32,1%) ассоциировалось с более низкой эффективностью терапии, особенно при применении ФНО-ингибиторов. IL-17 и IL-23 сохраняли эффективность даже у пациентов с выраженной коморбидностью и при назначении во 2–3 линии. Обсуждение. Результаты подчеркивают необходимость персонализированного подбора терапии с учетом линии лечения, сопутствующих заболеваний и возраста пациентов. Более раннее назначение высокоэффективных таргетных препаратов (IL-17, IL-23) снижает риск вторичной потери эффекта.

**Заключение.** Стратифицированный подход к назначению ГИБП и ранний выбор современных высокоэффективных молекул позволяют повысить устойчивость ответа и улучшить долгосрочные прогнозы терапии псориаза и псориатического артрита.

## РОЛЬ ДЕРМАТОЛОГА В РАННЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕРМАТОМИОЗИТА

*Российская детская клиническая больница – филиал Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
*г. Москва*

**Бородина М. А., Гуменная Э. Р., Андреенко О. Н., Боткина А. С., Зубова А. А., Лазутина Е. В.**

Дерматомиозит – это системное аутоиммунное заболевание с преимущественным поражением поперечнополосатой мускулатуры, кожи и сосудов микроциркуляторного русла, нередко осложняющееся кальцинозом и гнойной инфекцией. Чаще заболевание развивается у людей в возрасте 40–60 лет, однако встречается и у детей (ювенильный дерматомиозит) – обычно в возрасте 5–10 лет. Женщины страдают примерно в два раза чаще мужчин. Отличиями ювенильного дерматомиозита от дерматомиозита взрослых являются распространенный васкулит, выраженные миалгии, более частое поражение внутренних органов и высокая частота развития кальциноза, а также крайне редкая ассоциация с неопластическим процессом. Хотя этиология дерматомиозита до сих пор остается неизвестной, вероятными факторами, способными спровоцировать начало аутоиммунного заболевания, являются генетическая предрасположенность, избыточная инсоляция, вирусные инфекции, вакцинация, воздействие различных лекарственных средств, факторы окружающей среды и др. Ключевым звеном патогенеза дерматомиозита как у детей, так и у взрослых является микроангиопатия с вовлечением капилляров эндомизия, что приводит к атрофии перифасцикулярных мышечных волокон. Наиболее распространенными клиническими проявлениями дерматомиозита являются поражения кожи и мышечной системы, отложения кальцинатов в мягких тканях, а также общие симптомы, такие как снижение аппетита, массы тела, периодическое повышение температуры тела. Со стороны кожных покровов могут наблюдаться такие симптомы, как периорбитальная эритема («симптом лиловых очков», гелиотропная сыпь), папулы Готтрона (эритематозные высыпания над разгибательной поверхностью суставов), эритема лица (часто напоминает волчаночную «бабочку»), эритематозная сыпь на любых участках туловища (на коже верхней трети груди, спины, плеч носит название «симптом шали»), васкулит (вплоть до трофических нарушений в виде язв и некрозов). Со стороны мышечной системы обычно отмечаются симметричная мышечная слабость проксимальных мышц конечностей, мышц туловища и шеи, выраженные миалгии и уплотнение пораженных мышц за счет отека. Возможно развитие мышечной дистрофии и сухожильно-мышечных контрактур в крупных суставах. Все вышеперечисленные клинические проявления заболевания могут быть обнаружены на первичном приеме пациента у дерматолога, невролога, педиатра, терапевта и врачей других специальностей. Дальнейшее обследование, лечение и наблюдение за пациентом осуществляется врачом-ревматологом. Под нашим наблюдением в настоящий момент находятся двое детей (мальчик К., 5 лет, и девочка Б., 9 лет) с диагнозом «Юношеский дерматомиозит». Изначально оба ребенка поступили в отделение дерматовенерологии РДКБ с жалобами на высыпания на коже, преимущественно в области суставов, наблюдающиеся в течение последних двух лет. Изменений со стороны мышечной системы не отмечалось. Ранее по месту жительства проводилось неоднократное обследование и лечение наружными средствами, но без выраженного эффекта. В условиях отделения реконструктивно-пластической хирургии РДКБ пациентам была проведена биопсия кожи с гистологическим исследованием. Окончательный диагноз был выставлен в соответствии с данными анамнеза, клинической картины и результатами гистологического исследования. После госпитализации в отделение клинической иммунологии РДКБ была инициирована системная терапия. В настоящее время лечение и наблюдение за больными продолжается.

## СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ. РАДИКАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ НЕРАДИКАЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ.

*ООО «МК-Клиника»*
*г. Мытищи*
**Раджабова М. М.**

**Введение.** Склероатрофический лихен, относящийся к дистрофическим заболеваниям вульвы, сегодня представляет собой социально значимую проблему. Как правило, страдают данной патологией чаще женщины менопаузального возраста, но они еще находятся в периоде высокой социальной активности и ведут трудовую деятельность. Основным симптомом, который значительно влияет на общий статус женщины является нестерпимый зуд, жжение, боль, в результате которых снижается качество жизни и трудоспособность. Также имеется риск последующей малигнизации, частота озлокачествления процесса находится в пределах 5–35%.
**Цель.** Оценка эффективности фотодинамической терапии при дистрофических заболеваниях кожи вульвы (склероатрофический лихен).
**Материалы и методы.** В ООО «МК-Клиника» фотодинамическая терапия применяется с 2014 года. Для фотодинамической терапии в нашей клинике используются отечественный лазерный аппарат, генерирующий световое лазерное излучение 662 нм, и отечественный фотосенсибилизатор в виде диметилглюкаминовой соли хлорина-е6, что представляет собой идеальное сочетание светового излучения и фотосенсибилизатора. Фотосенсибилизатор при проведении фотодинамической терапии вводится в/в или применяется в виде топического геля, который наносится на кожу пораженной области. Всегда строго соблюдается временной интервал перед этапом освечивания. Рассчитывается с помощью специального калькулятора мощность лазерного излучения и время освечивания для накопления соответствующего патологическому процессу количества световой энергии. Также проводится оценка локальных изменений кожи сразу после этапа освечивания, в первые сутки, через 1 неделю, через 1 мес, через 3 мес. Фотодинамическую терапию склероатрофического лихена можно комбинировать с другими технологиями и методами (инъекции аутоплазмы, ПДРН и др.)
**Результаты.** У всех пациенток после освечивания развивается отек и изменение цвета кожи. Изменения носят локальный характер и ограничены зоной освечивания (в случае в/в введения фотосенсибилизатора) или зоной нанесения ФС (в случае применения ФС в виде топического средства). Степень тяжести реабилитационного периода, отсутствие или развитие поверхностного некроза с формированием в последующем фибринозного налета и эпителизацией зависят от способа введения фотосенсибилизатора, плотности мощности и плотности энергии СИ. В 100% случаях пациентки отмечают выраженный противозудный эффект ФДТ, развивается резкое снижение интенсивности кожного зуда или его полного исчезновение в первые 1–2 суток. После окончания реабилитации качество жизни пациенток значимо растет.
**Выводы.** Фотодинамическая терапия склероатрофического лихена сегодня является одной из самых перспективных технологий в этом направлении. Высокая результативность метода связана с механизмами действия: фотодинамический эффект в отношении патологических клеток-мишеней, дополнительный фототерапевтический эффект. Выраженный противозудный эффект фотодинамической терапии в первую очередь связан с воздействием ФДТ на периферические механизмы развития зуда. Все вышеперечисленное и обуславливает специфический радикальный эффект фотодинамической терапии при склероатрофическом лихене, хотя ФДТ можно отнести к органосохраняющей нерадикальной терапии.

## СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЕМОХРОМАТОЗА

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы, филиал «Южный» г. Москва*
**Волкова С. Б., Елина В. С.**

**Введение.** Гемохроматоз – хроническое заболевание обмена веществ, связанное с чрезмерным увеличением всасывания железа в кишечнике и последующим его патологическим накоплением в тканях и органах. Перегрузка тканей железом приводит к фиброзу и недостаточности органов. Чаще всего поражаются печень, поджелудочная железа, суставы, сердце, кожа и гипофиз. Различают первичный (наследственный) и вторичный (приобретенный) гемохроматоз. Наследственный гемохроматоз является аутосомно-рецессивным заболеванием, связанным с мутациями в гене HFE (гомозиготы C282Y или составные гетерозиготы C282Y/H63D), и встречается почти исключительно в популяциях североевропейского происхождения. Частота случаев 1 на 300–500 человек. Дебют заболевания наблюдается в возрасте 40–50 лет. Среди мужчин данная патология встречается примерно в 2–3 раза чаще, чем среди женщин. Вторичный гемохроматоз может развиться из-за нарушений эритропоэза или в результате лечения с применением переливания крови. Клинические признаки гемохроматоза зависят от того, какая система органов поражена сильнее всего. Как правило, у пациентов не наблюдается никаких симптомов до достижения ими зрелого возраста, и зачастую диагноз ставится только тогда, когда поражены несколько систем. Почти все пациенты жалуются на сильную усталость. Симптомы проявляются за 10 лет до постановки диагноза. Развернутая стадия характеризуется классической триадой симптомов: пигментация кожи и слизистых оболочек; цирроз печени; сахарный диабет. Койлонихия поражает большой и указательный пальцы и наблюдается у 50% пациентов. Однако у 25% пациентов поражаются все ногти. Симптомы, как правило, неспецифичны, и во многих случаях заболевание обнаруживается при повышении уровня трансаминаз, ферритина и насыщения трансферрина. Уровень ферритина более 300 нг/мл у мужчин и более 200 нг/мл у женщин, а также насыщение трансферрина более 45%, с высокой вероятностью указывают на наследственный гемохроматоз. Генетическое тестирование на наличие этих мутаций подтвердит диагноз более чем в 90% случаев.
Клинический случай. Пациент М., 65 лет. Наблюдается у врача-гематолога, направлен на консультацию к врачу дерматовенерологу с целью исключения злокачественного новообразования кожи. При осмотре кожный покров и слизистые бронзового цвета, на коже лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей множественные полигональные светло-коричневые пятна. При проведении дерматоскопии – атипии и данных за пигментные образования не обнаружено, визуализируются комедоноподобные отверстия, характерные для себорейного кератоза. На обеих кистях – изменения по типу койлонихии, ногти ложкообразной вогнутой формы. Пациент сообщил, что первые симптомы появились 5 лет назад в виде болей в сердце, суставах, постоянной утомляемости. Из анамнеза известно, что у брата наследственный гемохроматоз. При проведении биохимического исследования крови сывороточное железо – 45,31 мкмоль/л, ферритин – 2001 мкг/л, трансферрин – 1,68 г/л, ОЖСС – 49,9 мкмоль/л. Показатели общеклинического анализа крови, печеночных трансаминаз, фракций билирубина, креатинина и мочевой кислоты в пределах нормы. При обследовании в ФГБУ «НМИЦ гематологии Минздрава России» диагноз наследственного гемохроматоза подвержен (обнаружена гомозиготная мутация C282Y гена HLF), и принято решение начать терапию препаратами хелаторов железа. По данным УЗИ органов брюшной полости: эхопризнаки гепатомегалии, объемного образования и диффузных изменений печени по типу цирротических, кисты и диффузные изменения поджелудочной железы. По данным эластометрии печени – стадия фиброза F4 по шкале METAVIR, стеатоз S3. При компьютерной томографии – картина цирроза печени, образование в S3 сегменте, стеатоз печени, кистозное образование в поджелудочной железе. В настоящий момент пациент продолжает принимать препарат хелатного железа, и его ферритин в крови снизился до 400 мкг/л.

**Заключение.** Этот клинический случай интересен редкостью данной патологии и обширностью клинических проявлений, в том числе поражением кожных покровов и придатков кожи, которые поражаются в первую очередь при наследственном гемохроматозе. Данный пациент может первично оказаться на приеме у врача-дерматовенеролога с жалобами на изменение цвета кожи и поражением ногтей. Однако без наследственного анамнеза и в отсутствие других жалоб первоначально трудно заподозрить гемохроматоз.

**Выводы.** Своевременная диагностика и рациональная маршрутизация пациента позволит на раннем этапе поставить верный диагноз и избежать тяжелых необратимых осложнений.

## СОПОСТАВЛЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЛОКАЛЬНОГО ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, ЭКЗЕМОЙ И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

*1. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента РФ;*
*2. Федеральное бюджетное учреждение науки «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора*
*г. Москва*
**Сенникова С. В., Топтыгина А. П.**

**Введение.** Согласно современным взглядам на псориаз, это заболевание опосредовано активацией CD4+ и CD8+ Т-клеток и оси интерлейкинов (IL)-23/IL-17. Ключевым фактором патогенеза экземы определено сочетание эндогенных факторов и воздействия раздражителя или контактного аллергена. Оба заболевания имеют много общего в иммунопатогенезе. Поврежденные кератиноциты выделяют различные провоспалительные сигнальные молекулы, такие как антимикробные пептиды, цитокины суперсемейства IL-1 и хемокины, которые активируют антигенпрезентирующие клетки и стимулируют врожденный иммунный ответ через инфламмасому и путь NFKB. Однако для псориаза подтвержден аутовоспалительный характер нарушений, тогда как для экземы типичен аллергический компонент. Большинство исследований выполнено из венозной крови, тогда как основные иммунологические события разворачиваются локально в очаге воспаления.

**Цель работы:** изучение местного иммунитета в очаге воспаления больных псориазом и экземой.

**Материалы и методы.** Обследованы 20 человек с подтвержденным диагнозом псориаз ладонно-подошвенный или обыкновенный с локализацией высыпаний на коже кистей рук легкой и средней степени тяжести в возрасте от 18 до 70 лет – группа 1 и 16 человек с диагнозом истинная экзема кистей от 19 до 67 лет – группа 2. Группу сравнения составили 20 здоровых взрослых (группа 3). Обследованные подписывали информированное согласие. Оценку тяжести псориаза проводили согласно индексу PASI, который составил 11,1±0,44. Оценку тяжести экземы, соответственно, по индексу EASI, составившему 10,4±1,06. Капиллярную кровь забирали из пальца руки у здоровых или рядом с очагом воспаления у больных псориазом или экземой в 2 микроветы с ЭДТА по 200 мкл. Плазму крови (50 мкл) получали путем отстаивания пробы крови, разливали в микропробирки и замораживали при -30°С. Цитокины в плазме крови (IL-1β, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17A, IL-17F, IL-21, IL-22, IL-23, IL-25, IL-31, IL-33, IFN-γ, TNF, CD40L) определяли мультиплексным методом (MagPix, BioRad, США) с использованием коммерческих тест-систем (определяемый динамический диапазон 0,2–3200 пг/мл). Окрашивание мононуклеаров проводили в цельной капиллярной крови в четырехцветных композициях с последующим лизированием эритроцитов и подсчетом процента 22 субпопуляций на проточном цитофлюориметре (BD FACS Canto II). Полученные результаты подвергли статистическим методам обработки.

**Результаты и обсуждение.** Из 22 исследованных субпопуляций значимые различия с группой сравнения были выявлены для 13 субпопуляций мононуклеаров. Так у пациентов (группы 1 и 2) были значимо повышены субпопуляция дважды положительных клеток (CD45RA+/CD45RO+) до 14,17 и 15,77% против 8,06% в группе 3, уровень наивных Т-хелперов до 11,45 и 10,04%, соответственно, против 7,93% в группе 3, уровень Treg (9,29 и 7,57% против 5,91% у здоровых) и NKT-клеток (3,9 и 6,91% против 1,13% в группе 3). В группе 2 были значимо повышены уровни Th2-клеток до 3,88% против 1,68% в группе 3 и Th17-клеток до 22,35% против 13,17% в группе здоровых. В группе 1 были значимо повышены уровни В-клеток до 14,69% против 9,73% у здоровых и их субпопуляции: В1-клетки составили 21,68% против 13,33% в группе 3, Breg – 9,85% против 6,29% и снижены В-клетки памяти до 15,79% против 20,6% у здоровых. Кроме того, у пациентов групп 1 и 2 были значимо повышены субпопуляции неклассических и промежуточных моноцитов. При анализе цитокинового профиля в группах пациентов 1 и 2 были значимо повышены уровни IL-1, IL-4, IL-6, IL17A, IL-17F, IL21, IL-22, IL-23 IL-25, IL-33 и TNF. Уровень регуляторного цитокина IL-10 не отличался от группы сравнения. В группе 2 также был значимо повышен уровень IL-31, отвечающий за чувство зуда при аллергии, а в группе 1 – IFN-γ (Th1 тип иммунных реакций) и sCD40L, что типично при вовлечении в процесс тромбоцитов.

**Выводы.** В результате проведенного исследования выявлены общие для псориаза и экземы параметры воспалительной реакции в коже, а также особенности реагирования, присущие только псориазу или только экземе. Исследования патогенетических аспектов псориаза и экземы позволяют усовершенствовать терапевтические подходы и разработать новые таргетные методы лечения.

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПСОРИАЗОМ ПРИ УСКОЛЬЗАНИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы, филиал «Южный»*
*г. Москва*
**Волкова С. Б., Крамник Д. В.**

**Введение.** Псориаз — хроническое заболевание мультифакторной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата. Алгоритм лечения пациентов с псориазом, согласно клиническим рекомендациям 2023 года, предусматривает следующее. Пациентам с установленным диагнозом псориаза ограниченной формы легкого течения, у которых имеются единичные высыпания (не более 20% площади кожи туловища и головы), в качестве основной терапии используют наружные лекарственный средства – кортикостероиды для дерматологического применения, салициловая кислота, препараты для лечения псориаза для местного назначения другие (кальципотриол) и/или фототерапия. Если заболевание имеет среднюю или тяжелую степень тяжести, назначается системная терапия метотрексатом, ретиноидами для лечения псориаза, иммунодепрессантом циклоспорином или проводится ультрафиолетовое облучение кожи. В случае обострения кожного процесса на фоне такого лечения и/или возникновения нежелательных явлений, приведших к прекращению лечения метотрексатом, циклоспорином или ретиноидами, для лечения псориаза необходимо предусмотреть период до нормализации нарушенных функций и/или лабораторных показателей, который должен предшествовать фазе принятия решения об использовании в лечении генно-инженерной биологической терапии (далее ГИБТ). При недостаточной эффективности средств системного лечения псориаза используются селективные иммунодепрессанты (ингибиторы фосфодиэстеразы-4, блокаторы янус-киназ), ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторы других интерлейкинов. Целесообразно при переводе пациента с терапии метотрексатом, циклоспорином постепенно уменьшать дозу вышеназванных лекарственных средств на фоне проведения начальной фазы инициации терапии ГИБТ с использованием стандартных схем и доз селективных иммунодепрессантов, предусмотренных инструкцией (в течение 12–16 недель – для метотрексата; не более 2–8 недель – для циклоспорина).

Клинический случай. В сентябре 2023 года в филиал «Южный» обратилась пациентка 37 лет с жалобами на множественные высыпания на туловище,

верхних и нижних конечностях, волосистой части головы, изменение ногтевых пластин кистей. Был установлен диагноз «Псориаз обыкновенный, распространенная форма, прогрессирующая стадия, среднетяжелое течение. Пациентка была госпитализирована в круглосуточный стационар филиала «Клиника им В.Г. Короленко». Там назначена терапия циклоспорином в дозе 300 мг в сутки с последующим титрованием дозы. Эффект от терапии был хорошим, все высыпания разрешились. Но при пробном снижении дозы отмечалось появление новых высыпаний. В первые 2–3 месяца пациентка отметила повышение артериального давления и показателей холестерина, тремор рук, головокружение, тошноту. После консультации терапевта была назначена гипотензивная и симптоматическая терапия, которая позволила продолжить прием циклоспорина, с положительным результатом. В марте 2024 года, после перенесенного сильного психоэмоционального стресса, пациентка отметила новые высыпания на фоне продолжающегося приема циклоспорина. В дальнейшем высыпания распространились на кожу волосистой части головы, верхних и нижних конечностей. В январе 2025 года в биохимическом анализе крови стали возрастать показатели креатинина и отмечался сбой менструального цикла. Ввиду вышеизложенного пациентке рекомендовано рассмотрение вопроса о переводе на ГИБТ.

**Выводы.** Таких пациентов, после консультации специалиста отделения эфферентных методов лечения ООСМП, представляют на рассмотрение консилиума под председательством главного внештатного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Москвы для принятия решения о смене метода лечения на ГИБТ. Каждый случай учитывает индивидуальный подход к пациенту с учетом имеющихся коморбидных состояний и опыта предыдущего лечения.

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (НАНОТЕХНОЛОГИЙ)

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России;*
*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи»*
*г. Санкт-Петербург*
**Заславский Д. В., Садыков А. И.**

**Цель работы:** оценить величину воздействия различных раневых повязок, кремов, мазей, содержащих наночастицы, на поврежденную поверхность кожи и эффективность применения данных средств.

**Материалы и методы.** Проведено совместное исследование с кафедрой дерматовенерологии СПбГПМУ и ЛенОблЦентра, включающее в себя измерение дерматоскопических, морфометрических, менсометрических, корнеометрических характеристик кожи 10 кроликов. Участки исследования освобождены от меха и подвержены термическому повреждению, после чего часть кожи была обработана кремом с наночастицами. Через 2 недели в ходе исследования произведена панч-биопсия исследуемых участков кожи с последующим детальным микроскопическим исследованием их характеристик.

Результатами явилось подтверждение регенеративных способностей наночастиц, содержащихся в SPF-средствах при воздействии на поврежденную кожу. Влияние частиц, содержащихся в креме, оказалось не только защитное, но и стимулирующее кожу к активным восстановительным процессам после повреждения. В биопсийном материале с мест воздействия защитного крема наблюдаются признаки активной регенерации, пролиферации ткани, в отличии от материала с иных участков кожи, подверженной термическому повреждению, но без воздействия крема, содержащего наночастицы.

# ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

## САРКОМА КАПОШИ – МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКИЙ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы, филиал «Южный» г. Москва*
**Волкова С. Б., Мурышкина А. А.**

**Введение.** Саркома Капоши (далее СК) – мультицентрический неопластический процесс, развивающийся из эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов, с преимущественным поражением кожных покровов и вовлечением внутренних органов. Впервые была описана венгерским дерматологом Морицем Капоши и названа его именем в 1872 году в статье «Идиопатическая множественная саркома кожи». Причина развития Саркомы Капоши – вирус герпеса человека 8 типа (HHV-8, KSHV – Kaposhi sarcoma herpes virus) – относится к подсемейству Gammaherpesvirinae, роду Rhadinovirus. Мужчины болеют в 3–10 раз чаще, заболеваемость наиболее высока среди мужчин гомо- и бисексуальной ориентации. Начало заболевания СК регистрируется в возрасте 50–70 лет. Саркома Капоши обычно проявляется кожными изменениями в виде симметричных или ассиметричных пятнистых элементов синюшно-красного цвета, бляшек или узелков, язв. Может поражать участки слизистых оболочек, лимфатические узлы и внутренние органы. Гистологически характерным является наличие плотных тяжей и веретенообразных клеток между зазубренными сосудистыми клетками.
Цель: демонстрация клинических особенностей редкого дерматоза для своевременной диагностики.
**Результаты.** Больная К., 64 лет, обратилась в филиал «Южный» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» с жалобами на появление на кистях, предплечьях и плечах симметричных узловатых элементов темно-бордового цвета. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, дислипидемия, аутоиммунный тиреоидит, псориатический спондилоартрит, распространенный кожный псориаз, псориатическая ониходистрофия ногтей стоп. Считает себя больной с августа 2024 года, когда на фоне псориатических высыпаний стали появляться очаги на кистях, в последующем на предплечьях, ногах. Пациентка состоит на диспансерном учете в филиале «Южный» с 2019 года с диагнозом: Псориаз обыкновенный. Псориатический артрит. С 2023 года получала инъекции метотрексата 15 мг в течение 6 месяцев, но после развития побочных эффектов (повышение трансаминаз в анализах крови) препарат был отменен, переведена на терапию циклоспорином 200 мг в сутки, с постепенным повышением дозы до 300 мг в сутки. На фоне повышения дозы циклоспорина отмечалось повышение печеночных проб. Было принято решение сохранить дозу препарата в 200 мг в сутки. Врачом-ревматологом по поводу «Псориатического артрита» был назначен лефлуномид, а циклоспорин отменен с сентября 2024 года в связи с недостаточной эффективностью. Высыпания темно-бордового цвета появились в августе 2024 года, а в сентябре 2024 года на очередном амбулаторном приеме была заподозрена Саркома Капоши. Локальный статус: кожный процесс представлен симметрично расположенными пятнистыми элементами синюшно-красного цвета на коже кистей, предплечий, с постепенным распространением на кожу ног, склонными к периферическому и постепенному вертикальному росту. Антитела к ВИЧ, гепатитам В, С – не выявлены. При компьютерной томографии выявлено увеличение размеров тазовых и паховых лимфоузлов, очаговый пневмофиброз и внутрилегочные лимфоузлы. По УЗИ вен нижних конечностей – данных за тромбоз не выявлено. ЭКГ – признаки умеренной легочной гипертензии. Выполнена диагностическая биопсия. Гистологически выявлено: в сетчатом слое дермы между фиброзированными коллагеновыми пучками присутствуют пучки клеток веретеновидной формы, что наиболее всего соответствует картине Идиопатической Саркомы Капоши. Пациентка была направлена к врачу-онкологу для выбора дальнейшей тактики лечения.

**Заключение.** Практический интерес приведенного клинического случая заключается в появлении и прогрессивном росте узловых высыпаний, на фоне хронического дерматоза, без наличия иммунодефицита (ВИЧ отрицательный), но на фоне иммуносупрессивной терапии по поводу псориатического артрита и псориаза. Саркома Капоши остается редкой опухолью, о которой следует помнить не только любому пациенту с ослабленным иммунитетом, но и врачу-дерматовенерологу на амбулаторном приеме. Важно заподозрить наличие злокачественного заболевания, своевременно диагностировать и направить пациента к врачу-онкологу для дальнейшего лечения.

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В КОЖУ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы» г. Москва*
**Катунина О. Р., Бобров М. А.**

Метастазы злокачественных опухолей в кожу являются редкой локализацией при прогрессировании и распространении опухолей, не являются рутиной в повседневной практике дерматолога, однако представляют собой трудную практическую задачу, поскольку не обладают патогномоничными признаками, не сопровождаются субъективными ощущениями и могут имитировать целый ряд хронических дерматозов. Метастатическое поражение кожи может развиваться не только в процессе развития опухоли, но нередко и гораздо позже, в том числе после иссечения первичного очага. За период с 2018 по 2024 гг. в практике патоморфологической лаборатории МНПЦДК наблюдалось 10 случаев метастатического поражения кожи, из них в 2 случаях у мужчин и в 8 случаях у женщин. Возраст пациентов варьировал от 38 до 86 лет. При клиническом осмотре в одном случае было заподозрено метастатическое поражение кожи, в одном случае проведено иссечение рубца, в 3 случаях были заподозрены иные образования кожи (базалиома, саркома Капоши, другое новообразование кожи), в 3 случаях биопсийный материал был направлен для исключения хронических дерматозов (склеродермия, псориаз, красный плоский лишай), в 3 случаях материал был направлен с диагнозом «другой уточненный дерматит». Лишь в 2 случаях в направлении имелось указание на наличие в анамнезе рака молочной железы (у одной пациентки) и на проведение лучевой терапии (у одной пациентки), у остальных пациентов сведения о злокачественных опухолях и проводимом ранее лечении отсутствовали. При проведении гистологического исследования в большинстве случаев выявлялись инфильтраты различной степени выраженности из опухолевых клеток с эпителиоидной и веретеноклеточной морфологией, в отдельных случаях клетки строили аденоидные структуры, что не позволило достоверно определить происхождение первичной опухоли и требовало проведения иммуногистохимического исследования.
**Заключение.** Метастатическое поражение кожи при злокачественных опухолях наблюдается редко, однако требует осведомленности дерматологов и более тщательного подхода при сборе анамнеза ввиду неблагоприятного прогноза для пациента. Гистологическое исследование имеет решающее значение для уточнения диагноза.

## МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Кемерово*

**Янец О. Е., Корчмит Ю. А.**

**Введение.** Согласно сведениям Международного агентства по изучению рака (МАИР), злокачественные новообразования кожи во всем мире занимают 5-е место по уровню заболеваемости, с ежегодной регистрацией более 1,2 млн случаев. Выявление злокачественных новообразований кожи на ранней стадии имеет важный социально-экономический аспект, направленный на сохранение высокого качества жизни. В Кемеровской области – Кузбассе уровень заболеваемости с 2020 года по 2024 год сохранялся в 94,5–95,4 на 100 тысяч населения. На пике ковидной эпохи в интервале с 2020 по 2021 год абсолютное количество пациентов с раком кожи снизилось по уровню выявляемости с 909 до 886 человек. В 2022 году в период возобновления профилактических мероприятий абсолютное число пациентов с раком кожи увеличилось до 996 человек. «Нозологические качели» выявляемости злокачественных новообразований кожи, изначально связывали с «ковидным» ренессансом, при более углубленном анализе определены пробелы в организации оказания первичной специализированной медицинской помощи по профилям онкология и дерматовенерология. **Цель.** С конца 2022 года в Кемеровской области – Кузбассе положено начало рабочей синергии онкологической и дерматовенерологической служб. Поставлена цель повысить количество выявленных злокачественных новообразований кожи, включая меланому, путем разработки «клиентских путей пациента с подозрением на злокачественное новообразование кожи на территории Кемеровской области – Кузбасса». Параллельные направления однополярной цели впервые в регионе заложили основу междисциплинарного неразрывного взаимодействия оказания медицинской помощи населению по профилям дерматовенерология и онкология.
**Материалы и методы.** В марте 2023 года Министерством здравоохранения Кузбасса утвержден приказ от 22.03.2023 № 422 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Кузбасса от 09.06.2022 № 908н «Об утверждении перечня исследований при подозрении на онкологическое заболевание, направлении на госпитализацию в ГБУЗ ККОД и диспансерном наблюдении пациентов при онкологических заболеваниях», регламентирующий «Клиентские пути пациента с подозрением на злокачественное новообразование кожных покровов и меланомы». Проведено обучение врачей-дерматовенерологов, онкологов и специалистов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, построена модель междисциплинарного взаимодействия. Основной задачей поставленной перед врачами-специалистами – «врачами первой линии» – не пропустить пациента с триггерными «знаками» на кожных покровах. Маршрутизация пациента включает направление на прием к врачу-дерматовенерологу с проведением дерматоскопии, а далее, при подозрении на злокачественное новообразование кожи, – к врачу-онкологу Центра амбулаторной онкологической помощи. **Результаты.** По итогам первого года работы в 2023 году абсолютное число выявленных случаев злокачественных новообразований кожных покровов составило 1277, меланомы 162 случая, что выше на 30,6% в сравнении с предыдущим периодами 2020–2022 гг. В 2024 году вектор выявляемости впервые за 4 года сохранил уровень выявления более 1000 пациентов (1187 пациентов в совокупности). Таким образом, двухлетняя организационная коллаборационная модель работы онкологической и дерматовенерологической службы на территории Кемеровской области – Кузбасса подтвердила свою высокую эффективность.
Обсуждение. Охват населения качественной медицинской помощью в условиях слаженной организационной работы, позволил повысить абсолютный уровень выявления злокачественных новообразований кожи. Целеполаганием следующего этапа является повышение показателя раннего выявления (только случаи, зарегистрированные на I стадии). Следовательно, необходимо сформировать пул пациентов с «предопухолевыми» дерматологическими заболеваниями, которые будут находиться на регулярном диспансерном наблюдении у врача-дерматовенеролога, а в дальнейшем станут потенциальными источниками раннего выявления злокачественных новообразований кожных покровов на ранней, I стадии.
**Заключение.** Взаимная координация двух служб, онкологической и дерматовенерологической, на примере регионального маршрута пациента Кемеровской области – Кузбасса подтвердила свою эффективность и доказала необходимость разработки единого стандартизованного междисциплинарного подхода к выявлению злокачественных новообразований кожи. В перспективе формирование системы контроля за группой пациентов с «предопухолевыми заболеваниями», позволяющей выявлять данную нозологическую группу на I-II стадиях.

## СЛУЧАЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы, филиал «Южный» г. Москва*

**Волкова С. Б., Габуев Б. А.**

**Введение.** Плоскоклеточный рак кожи (далее – ПКРК) – злокачественная опухоль, происходящая из кератиноцитов эпидермиса кожи и/или эпидермиса волосяных фолликулов, возникновение которой связано с кумулятивным повреждением ДНК и нарушением механизма апоптоза. Является одним из наиболее распространенных видов рака среди европеоидной расы и составляет порядка 20% всех немеланомных опухолей кожи. К этиологическим факторам относят УФ-излучение, хроническое воспаление, ВПЧ 16, 18, 31, 33 типов, химические канцерогены (курение, мышьяк), предраковые образования (актинический кератоз, лейкоплакия), иммуносупрессия (ВИЧ-инфекция, прием иммунодепрессантов). ПКРК классифицируется по нескольким критериям: по степени дифференцировки, инвазивности, локализации. По клинико-морфологическим признакам ПКРК подразделяется на бляшечную, узловую, язвенную, папилломатозную и инфильтративную формы. Клиническая картина на начальной стадии представлена эритематозным шелушащимся пятном с неровными краями и схожа с дерматозами. Диагноз основывается на клинических признаках и должен быть патоморфологически подтвержден для адекватного определения прогноза и лечения. Полное хирургическое иссечение с гистопатологическим контролем краев резекции является золотым стандартом в лечении первичного ПКРК. Дифференциальная диагностика проводится с базальноклеточной карциномой (менее агрессивна, редко метастазирует), актиническим кератозом (предраковое состояние, без инвазии), грибовидным микозом. Лечение зависит от формы, стадии и локализации опухоли. Основным методом лечения является хирургическое иссечение. Кроме того, проводят лучевую терапию, местную лекарственную терапию (имиквимод 5% крем), системную терапию (иммунотерапия, химиотерапия).
Клиническое наблюдение. Пациентка, 56 лет, обратилась в нашу клинику с жалобами на высыпания на коже тыльной поверхности правой кисти без субъективных ощущений. Впервые появление высыпаний отметила около 3 месяцев назад, ни с чем не связывает. Самостоятельно мазала топическими стероидами, без эффекта. При объективном исследовании: процесс локализованный, носит ограниченный характер, представлен бляшкой до 4 мм ярко-розового цвета с четкими границами, с незначительным шелушением на поверхности. Учитывая давность процесса, локализацию (кожа правой кисти) атрофические изменения в очаге, ярко-розовый оттенок, отсутствие эффекта от местных топических стероидов предварительно выставлены диагнозы: Дискоидная красная волчанка? ПКРК? Проведена Punch-биопсия, в результате которой выявлена плоскоклеточная карцинома Боуэна in situ. Гистологические изменения представлены ядрами отдельных кератиноцитов умеренно плеоморфных, местами обнаруживаются фигуры патологических митозов, апоптотические тела. Пациентка консультирована в Центре неинвазивной диагностики кожи, откуда направлена в центр амбулаторной онкологической помощи. В специализированном учреждении

проведено широкое иссечение, для дальнейшей верификации диагноза, дообследования и лечения.

**Выводы.** Пациенты с плоскоклеточным раком кожи на приеме у врача-дерматовенеролога в настоящее время не редкое явление. Несмотря на типичную картину высыпаний с характерной локализацией, есть сложности в постановке диагноза ПКРК, который может имитировать различные хронические дерматозы. Поэтому важно проводить патоморфологическое исследование для ранней диагностики, адресной маршрутизации и своевременного получения адекватной терапии.

## МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ НА ОСНОВАНИИ ПРОТЕОМА ПЛАЗМЫ КРОВИ И ФРАКЦИИ ЭКСТРАКЛЕТОЧНЫХ ВЕЗИКУЛ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московская городская онкологическая больница № 62 Департамента здравоохранения Москвы»;*
*Автономная некоммерческая образовательная организация высшего образования «Сколковский институт науки и технологий»;*
*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт биохимической физики им. Н. М. Эмануэля» Российской академии наук г. Москва*
**Коробков Д. Н., Кононихин А. С., Бугрова А. Е., Бржозовский А. Г., Васильева Е. Ю., Каннер Д. Ю., Комиссаров А. А., Николаев Е. Н.**

**Введение.** Злокачественная меланома кожи является социально значимым заболеванием, характеризующимся высокой агрессивностью в связи с быстрой прогрессией, сопровождающейся относительно ранним метастазированием опухоли в ближние лимфоузлы и отдаленные органы. Поэтому актуальным направлением современных биомедицинских исследований является поиск биомаркеров для оценки вероятности прогрессии опухоли и/или являющихся потенциальными терапевтическими мишенями. В этом контексте большим потенциалом обладает популярная в последние годы концепция «жидкой биопсии», под которой понимается выявление в крови специфических аналитов, позволяющих диагностировать опухоли на ранних стадиях, прогнозировать риски их прогрессирования и развития осложнений, отслеживать эффективность терапии и др. В качестве определяемых аналитов в первую очередь рассматриваются белки, поскольку именно они зачастую играют ключевую роль в фундаментальных физиологических процессах. Совокупность белков клетки, ткани или всего организма носит название «протеом». В отличие от генома, совокупности всех генов, протеом активно изменяется в ответ на различные внутренние и внешние факторы. В связи с чем оценка протеома позволяет получать актуальную информацию о процессах в клетке, ткани или организме, соответственно. В последнее время все больше внимания уделяется изучению роли экстраклеточных везикул (ЭВ) – мембранных пузырьков, секретируемых клетками, – в различных процессах организма. Так известно, что злокачественные опухоли активно выделяют ЭВ во внеклеточную среду и кровь. В первом случае эти везикулы модулируют микроокружение и способствуют прогрессии опухоли, а во втором – помогают создавать в организме метастатические ниши. Таким образом, оценка протеома крови и отдельно фракции ЭВ может рассматриваться как перспективный инструмент для поиска биомаркеров прогрессии заболевания.

**Материалы и методы.** В данном исследовании с помощью метода хромато-масс-спектрометрии мы изучили протеом плазмы крови и фракции ЭВ у 89 пациентов с впервые выявленной меланомой кожи с целью идентификации белков, потенциально являющихся прогностическими маркерами данного заболевания.

**Результаты.** В результате анализа мы обнаружили, что концентрации ряда белков плазмы и фракции ЭВ статистически достоверно ($p < 0,05$) коррелирует со стадией заболевания, толщиной опухоли по Бреслоу и количеством митозов. Данные белки относятся к различным функциональным группам: белки острой фазы, системы комплемента и системы гемостаза, а также провоспалительные белки. Для части белков ранее была показана ассоциация с онкологическими заболеваниями, в частности со злокачественной меланомой, в то время как для некоторых белков эту взаимосвязь мы выявили впервые. Среди данных белков мы обнаружили четыре достоверно сниженных (на ~20%, $p < 0,05$) у пациентов с метастазами в сторожевой лимфатический узел. Примечательно, что все четыре белка относятся к системе комплемента – это компоненты C3 и C5, а также факторы B и I. Примечательно, что при анализе фракции ЭВ данные белки не показали достоверного различия, что, вероятно, связано с тем, что они представлены в растворимой части плазмы, а не ассоциированы с ЭВ. Эти результаты указывают на потенциальную защитную роль системы комплемента при метастазировании в близлежащие лимфоузлы, однако этот вопрос требует дальнейшего изучения. Наличие в опухоли меланофагов, как правило, ассоциировано с позитивными прогнозами. В противоположность результатам выше, мы не обнаружили дифференциально представленные белки в плазме крови между пациентами с и без меланофагов в опухоли. Однако во фракции ЭВ мы обнаружили два белка, достоверно повышенных (на ~77%, $p < 0,01$) у пациентов с меланофагами – CD5 антиген-подобный белок и константный домен тяжелой цепи IgM. Оба белка продуцируются клетками иммунной системы и могут свидетельствовать об иммуногенности опухоли, что, как известно, коррелирует с лучшими прогнозами заболевания. Таким образом, в результате работы на основании протеома плазмы крови и фракции ЭВ пациентов со злокачественной меланомой нами были идентифицированы потенциальные белковые маркеры прогрессии заболевания.

**Заключение.** Выявленные маркеры требуют дальнейшей валидации в рамках независимых исследований, в том числе проспективных обсервационных, для анализа их прогностической ценности для отдаленных прогнозов. Работа была поддержана АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении» (проект № 0103–9/23).

## ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

*1 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы;*
*2 Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова Минздрава России, Москва г. Москва*
**Рыбкин С. С., Потекаев Н. Н., Доля О. В., Карпов И. Н., Солнцев В. В., Уткин П. С.**

Одной из недостаточно изученных патологий при поздних формах сифилитической инфекции является поражение последней опорно-двигательного аппарата. Многие авторы опираются на источники начала-середины XX века, согласно которым сифилис поражает костную систему при третичном сифилисе в 20–30% случаев, но в современных научных публикациях данный вопрос практически не освещается.

**Цель исследования**: оценить специфическую патологию опорно-двигательного аппарата при поздних формах сифилиса, установить наиболее часто поражаемые области и оценить современные методы исследования костной системы – DWIBS (Diffusion Weighted Imaging with Background Suppression), КТ (компьютерная томография) при поражении последней сифилитической инфекцией.

**Материалы и методы.** При сотрудничестве Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии и Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова проводится исследование костной системы у пациентов с поздними формами сифилиса до проведения специфического лечения, непосредственно после него и спустя значительный срок по завершении специфической терапии (от 6 месяцев). Всем пациентам проводится DWIBS

исследование и прицельная КТ наиболее часто поражаемых областей, а именно бедренные кости, кости черепа. Нами был разработан индивидуальный протокол проведения КТ-исследования у пациентов с сифилисом непосредственно после изучения картины DWIBS, что привело к прицельному исследованию патологически измененных участков костной ткани. Полученные нами первые результаты продемонстрировали, что у 90% пациентов с поздними формами сифилитической инфекции имеются специфические изменения в костной ткани. Установлено, что в костной ткани при этом типе воспалительных изменений отсутствуют признаки отграничения, выявляется диффузно-инфильтративный вид распространения отека; нет специфических признаков остеомиелита – не определяются секвестры. Следует отметить, что специфические изменения в костях черепа не были выявлены ни у одного пациента. Этот факт свидетельствует об изменении течения заболевания (патоморфозе) при поражении костной системы на современном этапе.

**Выводы.** Высокая частота выявления поражений опорно-двигательного аппарата при поздних формах сифилитической инфекции свидетельствует об актуальности проведения исследований костной системы при сифилисе. Учитывая выявленную закономерность в изменениях опорно-двигательного аппарата при поздних формах сифилиса, включение в комплексное обследование пациентов с сифилисом врача хирурга-травматолога, кроме уже привлеченных к совместной работе в аспекте междисциплинарного взаимодействия при поражении соответствующих органов и систем офтальмолога, невролога, оториноларинголога, терапевта, является насущной необходимостью для предотвращения последующих патологических, а в ряде случаев необратимых изменений опорно-двигательного аппарата вследствие перенесенной инфекции.

## К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
*г. Луганск*
**Радионов В. Г., Хайминов Е. М., Шварева Т. И., Лохматова И. А.**

**Актуальность.** Проблема серорезистентности при сифилисе после проведенного лечения продолжает оставаться актуальной, даже несмотря на широкое применение новых средств и методов лечения сифилитической инфекции. Как правило, всегда отмечается определенное число больных, у которых негативация серологических реакций не наступила. По данным разных исследователей, количество таких пациентов варьирует от 2 до 10%. Причинами развития серорезистентности в ряде случаев являются поздно начатое этиотропное лечение, терапия недостаточными разовыми и курсовыми дозами антибиотика, неправильный выбор препарата для проведения специфической терапии. Существенное значение, несомненно, имеют неадекватное назначение патогенетического лечения или его полное отсутствие. Наличие нелеченной сопутствующей патологии со стороны внутренних органов и систем, в свою очередь, также способствует неполной санации организма, образованию форм выживания бледной спирохеты (L-форм, цист), проникновению возбудителя в труднодоступные места для трепонемоцидных средств и факторов иммунной защиты организма: перивенральные щели, межклеточные пространства, внутриглазная жидкость.

**Цель работы.** Поделиться собственным опытом в вопросах мотивации своевременной и адекватной терапии и профилактики серорезистентности при сифилисе.

**Материал и методы.** Учитывая, что резистентность в значительной степени отражает состояние взаимоотношений возбудителя сифилиса и организма больного, нами использовалась комплексная этиопатогенетическая терапия с использованием курсов специфической терапии и поэтапным включением иммунностимулирующих препаратов, гепатопротекторов, а также ноотропных и вазоактивных препаратов и средств, улучшающих окислительно-восстановительные процессы. Под нашим наблюдением ретроспективно находилось 29 больных ранними формами сифилиса, из них у 11 (38%) диагностированы вторичный свежий и вторичный рецидивный сифилис; у 18 (62%) – ранний скрытый сифилис со сроком заражения свыше года. В перерывах между курсами специфической терапии больным продолжали лечение в виде поэтапной неспецифической терапии (витамины, адаптогены, биостимуляторы, микроэлементы и др.), а также обязательное лечение выявленной сопутствующей патологии.

**Результаты.** В процессе проведения клинико-серологического контроля в установленные сроки после полученного лечения случаев серорезистентности ни у одного из наблюдаемых больных зарегистрировано не было.

**Выводы.** Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности проведенной комплексной этапной этиопатогенетической терапии больных ранними формами сифилиса и являются достаточно убедительными с учетом динамики негативации серологических показателей крови после окончания лечения. Указанный факт позволяет считать методологию сочетания специфической и неспецифической терапии сифилиса с обязательным лечением выявленной сопутствующей патологии эффективной и рекомендовать ее использование в лечении ранних форм сифилиса в целях полной микробиологической санации организма пациентов и профилактики серорезистентности сифилиса.

## САМОЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА КАК ИНСТРУМЕНТ РАСШИРЕНИЯ ПАРТНЕРСКОГО СКРИНИНГА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»*
*г. Москва*
**Анохина Л. С., Кисина В. И., Гущин А. Е., Шарапова Е. Н.**

**Введение.** Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), обусловленные N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium и T. vaginalis, характеризуются широкой распространенностью, зачастую асимптомным течением и возможностью развития осложнений, негативно влияющих на репродуктивное здоровье. Международные и отечественные клинические рекомендации подчеркивают значимость привлечения к обследованию половых партнеров пациентов с ИППП. Наряду со стандартными подходами к диагностике ИППП технология самостоятельного получения биологического материала для лабораторных исследований может расширить возможности скрининга данных инфекций.

**Цель исследования**: оценить перспективность применения стратегии самостоятельного получения биологического материала у половых партнеров пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем.

**Материал и методы.** Проведено обследование 231 пациента (157 мужчин и 74 женщины) в возрасте 18–72 лет, обратившихся в филиалы МНПЦДК ДЗМ с целью скрининга на ИППП. После получения письменного информированного согласия одновременно со стандартным получением биоматериала медицинским персоналом, участники самостоятельно осуществляли забор первой порции мочи (мужчины) или вагинального секрета (женщины) с использованием специального одноразового устройства. Молекулярную детекцию ДНК N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. Vaginalis во всех образцах осуществляли методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в реальном времени. Проведено анкетирование пациентов с помощью специально разработанной анкеты для оценки их сексуального поведения и готовности инициировать обследование половых партнеров с использованием технологии самозабора биоматериала для лабораторной диагностики ИППП.

**Результаты.** Анализ результатов обследования показал, что ИППП диагностированы у 77 (33,3%) из 231 пациента, в том числе у 49 (31,2%) из 157 мужчин и у 28 (37,8%) из 74 женщин. Моноинфекция выявлена у 70 (90,9%) из 77, микст-инфекция – у 7 (9,1%) пациентов. У остальных 154 (6,7%) из 231 пациента ИППП не выявлены (из них 108 мужчин (68,8%) и 46 женщин (62,2%)). Диагноз хламидийной инфекции установлен у 31 пациента (19 мужчин и 12 женщин), M. genitalium-инфекции – у 8 мужчин,

гонококковой инфекции – у 44 пациентов (27 мужчин и 17 женщин), урогенитального трихомониаза – в одном случае (у женщины). Результаты лабораторных исследований на ИППП при одновременном получении биологического материала медицинским работником в условиях клиники и при самостоятельном заборе были сопоставимы. Анализ результатов анкетирования показал, что в течение 12 месяцев до обращения 60 (26%) пациентов – 32 мужчины и 28 женщин – указали на наличие постоянного полового партнера. От двух до пяти половых партнеров за последний год имели 155 (67%) из 231 пациентов (112 мужчин и 43 женщины). О наличии 5 и более половых партнеров сообщили 16 (7%) пациентов из 231 (13 мужчин и 3 женщины). Готовность уведомить своих половых партнеров о необходимости обследования на ИППП с применением технологии самостоятельного получения биоматериала продемонстрировали 103 (44,5%) из 231 анкетируемых: 75 (47,8%) мужчин и 35 (47,3%) женщин. В результате самостоятельного уведомления 77 пациентами с ИППП для обследования обратились 31 (40%) половых партнеров: 16 мужчин и 15 женщин, потенциально находящиеся в группе риска инфицирования. Для обследования половых партнеров наряду со стандартным забором биоматериала медицинскими работниками также использовалась методика самостоятельного получения биологического материала. По результатам лабораторного обследования у 26 (84%) из 31 полового партнера была выявлена моно-инфекция, у 2 (6%) из 31 — микст-инфекция, тогда как у 3 (10%) обследованных половых партнеров возбудители ИППП не обнаружены. Всем 28 половым партнерам с выявленными ИППП было назначено этиотропное лечение. Оставшимся 3 пациентам, у которых возбудители ИППП не обнаружены, проведена превентивная терапия в соответствии с диагнозом, установленным их половым партнерам.

**Вывод.** Методика самостоятельного получения биоматериала показала высокую эффективность при обследовании половых партнеров пациентов с ИППП, что свидетельствует о потенциальной возможности расширения охвата партнерским тестированием и делает данную технологию перспективным инструментом в структуре программ скрининга ИППП.

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ЯВКИ ПАЦИЕНТОВ С ИППП (N. GONORRHOEAE, C. TRACHOMATIS, M. GENITALIUM, T. VAGINALIS) НА КОНТРОЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»*
*г. Москва*
**Негашева Е. С., Фриго Н. В., Гущин А. Е., Урпин М. В., Васильцова М. Ю., Хачатурян А. Ю., Баскакова И. Р.**

**Актуальность.** Одним из важных подходов к оценке эффективности проведенной терапии инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), является контроль регресса клинических проявлений и эрадикации возбудителя, осуществляемый после окончания лечения, т.е. контрольное обследование.
**Цель.** Анализ частоты явки пациентов на контрольное обследование.
**Материалы и методы.** Всего под наблюдением находилось 1539 пациентов, получивших амбулаторное лечение по поводу ИППП в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ в течение 2023 года. Пациенты были разделены на 2 группы в соответствии с подходами к терапии. 1-я группа (основная) включала 716 пациентов, к которым применялся дифференцированный подход к назначению антимикробных препаратов (АМП), как по величине курсовой дозы, так и по длительности терапии, в зависимости от величины бактериальной/протозойной нагрузки ДНК возбудителей. 2-я группа (сравнения) была представлена 823 пациентами, лечение которым проводилось врачами в соответствии с актуальными на момент терапии клиническими рекомендациями без учета величины бактериальной /протозойной нагрузки ДНК возбудителей.
**Результаты.** В основной группе на контрольное обследование после лечения явились 286 человек (40%), в том числе 84 из 110 пациентов с гонококковой инфекцией (76%), 96 из 383 с хламидийной (25%), 91 из 171 с M. genitalium-инфекцией (MG-инфекцией) (53%) и 15 из 53 с трихомониазом (29%). В группе сравнения из 823 пациентов на контроль явились 222 (27%), в том числе 91 из 135 пациентов с гонококковой инфекцией (67%), 99 из 416 с хламидийной (24%), 20 из 208 с MG-инфекцией (10%) и 15 из 64 с трихомониазом (23%). Таким образом, процент явки пациентов на контрольное обследование был в целом выше в основной группе, чем в группе сравнения, что было обусловлено дополнительным контролем со стороны лечащих врачей. Самый высокий процент явки на контрольное обследование отмечен у пациентов обеих групп с гонококковой инфекцией (76% в основной и 67% в группе сравнения), которая является «учетной» ИППП с регистрацией в системе Отдела регистрации и учета инфекционных болезней и журнале 060 формы, что диктует врачам необходимость вызова на контроль данных пациентов. Более низкий (практически в 2 раза) процент явки отмечен у пациентов с хламидийной инфекцией и трихомониазом. Данные инфекции также являются «учетными», однако высокий процент неявки в данном случае малообъясним. И, наконец, у пациентов с MG-инфекцией процент явки в основной группе составил 53%, в то время как в группе сравнения – всего 10%. Разница достоверна ($p < 0,05$). Столь низкий (10%) процент явки пациентов группы сравнения с MG-инфекцией связан прежде всего с тем, что инфекция, вызываемая M. genitalium, не является официально регистрируемой инфекцией, таким образом, контроль излеченности со стороны лечебного учреждения практически отсутствует.
**Заключение.** Проведенные исследования показали, что наименьший процент явки на контрольное (после лечения) обследование наблюдался у пациентов с инфекцией, вызванной M. genitalium. Наличие достоверных отличий в частоте явки пациентов с M. genitalium-инфекцией в основной группе и группе сравнения свидетельствует о том, что к пациентам с этой инфекцией со стороны врачей требуется особый, более внимательный подход для их привлечения к заключительному обследованию. Полученная нами информация является важной в аспекте предупреждения причин, способствующих росту показателей резистентности M. genitalium к антимикробным препаратам.

## ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПАЦИЕНТАМ ГРУППЫ РИСКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ БИОМАРКЕРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

*Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 8»*
*г. Санкт-Петербург*
**Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Антонова Ю. В., Плескачева А. Р., Артамонов К. В.**

**Введение.** Инфекция репродуктивного тракта, вызываемая вирусом папилломы человека (ВПЧ) считается одной из наиболее распространенных в мире инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Доказана роль ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) в возникновении злокачественных новообразований (ЗНО) различный локализаций. Пациенты групп риска ИППП относятся к группам высокого риска заражения и последующего распространения ВПЧ. Высказываются гипотезы, объясняющие получение пользы от вакцинации у женщин, уже инфицированных ВПЧ, в том числе основанные на сведениях о стимуляции местных антител, блокировании проникновения вируса в неинфицированные клетки базального слоя и предотвращения рецидива заболевания, а также появлении перекрестной защиты от других типов ВПЧ. Исследованиями установлено, что вероятность назначения вакцинации против ВПЧ, при наличии показаний, напрямую зависит категории персонала, информирующего пациента о возможности и необходимости вакцинирования и типа медицинского учреждения.

**Цель исследования** – разработка модели профилактики ЗНО в группе риска ИППП на основе данных скрининга на ВПЧ ВКР и оценки биомаркеров риска развития неоплазий.

**Материалы и методы.** Контингент обследуемых – 9310 ВПЧ-позитивных женщин в возрасте 13–59 лет – пациентки, обратившиеся в ЛПУ Санкт-Петербурга по поводу ИППП и/или гинекологических, урологических заболеваний, а также для обследования с профилактической целью в 2019–2023 гг. В зависимости от данных анамнеза и результатов клинического обследования пациентки были разделены на группы: из которых 1576 – больные ИППП, 845 – половые партнеры больных ИППП, 6889 – обследуемые с профилактической целью женщины, обратившиеся в КВД или другие ЛПУ, в том числе обследованные в ЛПУ по поводу заболеваний недерматовенерологического профиля и здоровые женщины с особенностями полового анамнеза, таких как раннее начало половой жизни, промискуитет, коммерческий секс. Генотипирование ВПЧ, определение вирусной нагрузки и косвенное определение формы присутствия ВПЧ в инфицированных клетках (степень интеграции в геном клетки человека) проводили методом ПЦР с детекцией продуктов амплификации в режиме реального времени. Полученные результаты анализировали с использованием методов ретроспективного эпидемиологического анализа, клинического и статистического методов. Для оценки достоверности различий показателей в группах использовали расчет критерия хи-квадрат (χ2) Пирсона, критическим значением достоверности считали $\chi2=3,84$ для уровня значимости $p<0,05$.

**Результаты.** Среди всех ВПЧ-позитивных женщин у 52,91% выявлена повышенная вирусная нагрузка, причем структура вирусной нагрузки была неоднородна в группах: в группе больных ИППП чаще выявлялась клинически значимая и малозначимая вирусная нагрузка – 64,21% и 20,62% соответственно, а повышенная вирусная нагрузка только у 15,16% больных. В других группах доля женщин с высокой вирусной нагрузкой была существенно выше: 50,53% в группе половых партнеров лиц с выявленными ИППП, 54,75% в группе больных недерматовенерологического профиля, 83,36% в группе здоровых женщин, имеющих высокий риск инфицирования ИППП вследствие особенностей анамнеза ($p<0,001$). Наибольшая распространенность интегрированной формы ВПЧ выявлена в группе больных ИППП (6,92%) и у половых партнеров лиц с выявленными ИППП (5,21%). Частота выявления интегрированной формы ВПЧ среди профилактически обследованных женщин составила 1,41% и была достоверно ($p<0,001$) ниже по сравнению с группами больных ИППП и половых партнеров больных ИППП.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о значительных рисках развития ЗНО у больных и позволяют рекомендовать проведение вакцинации против ВПЧ пациентам групп риска ИППП по эпидемическим показаниям. Мы апробировали модель организации профилактики ВПЧ-ассоциированных ЗНО у пациентов кожно-венерологического диспансера в Красногвардейском районе Санкт-Петербурга. В 2024 г. отборочная комиссия СПб ГБУЗ «КВД № 8» направила на вакцинацию против ВПЧ 50 женщин. Несмотря на возмездный характер оказания услуги по вакцинации, уровень комплаентности среди пациентов дерматовенерологического профиля оказался высоким: 39 пациенток (78% от общего числа направленных) дали согласие и были включены в исследование. Своевременное выявление биомаркеров канцерогенеза и принятия решения о проведении вакцинации в сочетании с высокой комплаентностью пациентов оптимально для соблюдения регламента вакцинации.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИФЦ В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «НЕЙРОСИФИЛИС»

*Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» г. Красноярск*

**Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А.**

**Введение.** Наиболее чувствительным тестом на сифилис и «золотым стандартом» серодиагностики считается РИФабс. С целью диагностики нейросифилиса используется РИФц, которая обладает большей чувствительностью, чем все другие используемые для ликвородиагностики сифилиса тесты. Известно, что по своей диагностической эффективности при ликвородиагностике сифилиса ИФА близок к РИФц.

Цель: провести сравнительный анализ результатов нетрепонемных, трепонемных и подтверждающего тестов в цереброспинальной жидкости пациентов групп с целью подтверждения диагноза «нейросифилис».

**Материалы и методы.** В исследование были включены 118 серопозитивных по сифилису пациентов, подвергшихся люмбальной пункции в связи с подозрением на нейросифилис. Всем пациентам были выполнены следующие диагностические тесты ликвора: нетрепонемные тесты (НТТ) – реакция микропреципитации (РМП); трепонемные тесты (ТТ): иммуноферментный анализ (ИФА IgG), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), реакции иммунофлюоресценции в модификации с цельным ликвором (РИФц).

**Результаты.** После проведенного анализа НТТ, ТТ, РИФц, пациенты были разделены на 4 группы с ранжированием по степени позитивности тестов: с отсутствием позитивности всех 4 тестов (n=68), с РИФц 1+ с позитивность 1–2 ТТ (n=4), с позитивностью всех 4 тестов: с РИФц 2+ (n=22), с резкой позитивностью тестов: всех 4 тестов: с РИФц 3+ (n=14), с РИФц 4+ (n=10). В группе 1 все тесты были отрицательные, условная «норма». В группе 2 при отрицательных РМП, доля всех положительных результатов ИФА IgG составила 100%, РПГА 75%. В группе 3 при отрицательных РМП, все тесты были положительными, однако все ТТ не выходили за пределы титра 1:640. В группе 4 доля положительных результатов РМП составила 30%, однако наблюдалась тенденция резкого повышение титра РПГА от 1:2560 и выше при РИФц 4+.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что позитивность РИФц, как правило, сопровождается позитивностью ТТ. Отметим, что чем выше позитивность ТТ (в частности РПГА), тем выше вероятность получение позитивного РИФц 4+, что, в свою очередь, подтверждает диагноз «нейросифилис». Отметим, что комплексное лабораторное исследование ликвора часто дает результаты, которые невозможно интерпретировать однозначно. Это диктует необходимость проведения дополнительных лабораторных исследований ликвора с высокими показателями специфичности: РИФц. Для выяснения динамики выработки антител определение титров целесообразно проводить как до, так и после лечения в одной и той же тест-системе.

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОСИФИЛИСА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ.

*1 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»;*

*2 Федеральное бюджетное учреждение науки «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора;*

*3 |ЗАО «Эколаб»;*

*4 |Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна Федерального медико-биологического агентства России»;*

*5 |Федеральное государственное автономное образовательное учреждение «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»;*

*6 |Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области «Государственный гуманитарно-технологический университет»*

*г. Москва*

**1,4 Фриго Н. В., 1,2 Дмитриев Г. А., 3,6 Марданлы С. Г., 1,5 Доля О. В., 1 Китаева Н. В., 3 Жданович А. В.**

**Введение.** Нейросифилис (НС) – тяжелая форма сифилитической инфекции, которая может привести к инвалидности и смерти пациентов. Учитывая наблюдаемый в последние десятилетия рост заболеваемости НС в России

и странах мира, актуальной является разработка новых подходов к диагностике этой формы заболевания.

Цель – на основе анализа научной литературы определить современные тенденции развития лабораторной диагностики нейросифилиса.

**Материалы и методы.** На основании анализа публикаций, размещенных в медицинской базе данных PubMed (1162 источника, с 1946 по 2025 годы) проведен анализ современной научной литературы в аспекте тенденций развития лабораторной диагностики нейросифилиса. Поиск был проведен, по ключевым словам, laboratory diagnosis of neurosyphilis (электронный ресурс pubmed.ncbi.nih.gov; дата обращения: 05.08.25). Для более подробного анализа было отобрано 160 работ, касающихся инновационных или усовершенствованных лабораторных технологий.

**Результаты.** Традиционным лабораторным подходом к диагностике НС остается определение количества лейкоцитов и общего белка в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), хотя эти показатели и неспецифичны для НС. Использование прямых способов обнаружения T. pallidum в ЦСЖ ограничено. Темнопольная микроскопия имеет низкую чувствительность ввиду низкой концентрации T. pallidum в ЦСЖ и трудности ее обнаружения. Другие прямые методы, такие как тест инфицирования кроликов материалом, полученным от больного (Rabit infectivity test, RIT), или культивирование бледной трепонемы, – трудоемки и мало доступны. Единственным приемлемым прямым методом обнаружения является ПЦР, но в большинстве работ указывается на невысокую чувствительность ПЦР при постановке с ликвором. Обнадеживающие результаты получены только с вариантом «гнездной» ПЦР. Предпочтение в диагностике НС в настоящее время отдается непрямым методам – нетрепонемным (НТТ) и трепонемным (ТТ) иммунологическим тестам. Рекомендуется использовать метод VDRL, обладающий более высокой чувствительностью и специфичностью в сравнении с другими НТТ, а также РИФц и РПГА с определением титра антител к T. pallidum. Значения титра РПГА > 1:320 или > 1:640 свидетельствуют в пользу интратекального синтеза антител к T. pallidum. Для оценки интратекального синтеза антител к T. pallidum в ЦСЖ рекомендовано также применение ряда индексов, в том числе: альбуминового коэффициента, IgG-коэффициента, IgM-коэффициента, ITPA-индекса (сывороточно-ликворное соотношение), которые включены в действующие клинические рекомендации по сифилису. Перспективными являются методы многопараметрической диагностики НС, осуществляемой с использованием методологии иммуночипов, методы, основанные на определении в ЦСЖ уровня цитокинов (2, 4, 6, 10, 12, 17A, 23, 12p40, 26, IFN-γ, TNFα, MIF) и хемокинов (CXCL13 – в особенности, а также CXCL7, CXCL8, CXCL10, CCL24), отдельных белков и фосфолипидов (тау-белок, β-амилоид, sTREM2, сфингомиелин), легких и тяжелых цепей нейрофиламентов, повышение уровня которых в ЦСЖ ассоциируется с той или иной формой НС. Одним из современных подходов к изучению патогенеза и диагностике НС может явиться «омиксный» подход, основанный на использовании методов геномики и других омиксных технологий. Так, в частности, может быть использован метод метагеномного секвенирования нового поколения (NGS), которое представляет собой комплексный анализ генетического материала (ДНК или РНК) микроорганизма и организма хозяина непосредственно в клинических образцах, получаемых от пациентов. Также используется технология метаболомики – науки, занимающейся изучением профилей низкомолекулярных метаболитов, являющихся конечным продуктом клеточных процессов. В работах отечественных и китайских авторов, которые проводили анализ ЦСЖ больных НС методами высокоэффективной жидкостной и газожидкостной хроматографии, был обнаружен целый ряд высокоэкспрессируемых метаболитов, уровень которых многократно превышал их концентрации в сравнении с интактным ликвором лиц без НС.

**Заключение.** Таким образом, методы диагностики нейросифилиса продолжают совершенствоваться в основном в аспекте повышения их чувствительности и специфичности и увеличения производительности на основе создания автоматизированных систем многопараметрического анализа, хотя приоритетными до сих пор остаются нетрепонемные и трепонемные тесты. Вместе с тем развиваются также новые научные направления, посвященные изучению патогенеза заболевания и совершенствованию диагностики отдельных разновидностей патологии.

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/СИФИЛИС

*Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД»*
*г. Екатеринбург*
**Прожерин С. В.**

По последним оценкам экспертов ВОЗ в 2022 г. число больных сифилисом в мире в возрасте 15–49 лет составило 8 млн, что почти на треть выше, чем шестью годами ранее. При этом наблюдается увеличение численности людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), на фоне снижения числа вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции. Поскольку ВИЧ и сифилис объединяют схожие эпидемиологические особенности, роста случаев сочетанного поражения вряд ли удастся избежать. Как следует из ежегодных эпидемиологических отчетов стран Европейского союза за 2022–2023 гг., только за один год доля больных сифилисом с положительным ВИЧ-статусом увеличилась с 9% до 10%.

**Цель.** На примере Свердловской области (СО) установить наличие различий в отдельных социально-демографических показателях (возрастно-половом составе) и в структуре клинических форм у пациентов с вновь выявленным сифилисом в 2019–2023 гг. в зависимости от их ВИЧ-статуса.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ форм государственного статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за 2019–2023 г. в СО и данных из медицинских карт больных ЛЖВ, содержащих информацию о вновь установленном диагнозе сифилиса в исследуемый период, с использованием методов описательной и аналитической статистики. При оценке статистической значимости различий использовался критерий $\chi 2$.

**Результаты и обсуждение.** В период 2019–2023 гг. в СО зарегистрировано 3 814 случаев сифилиса, из которых у ЛЖВ – 379 (9,9%). Сифилис выявлялся чаще у лиц мужского пола как в общей популяции, так и у ЛЖВ региона: 61,6% и 79,2% соответственно. При этом среди ЛЖВ мужчины преобладали статистически значимо чаще ($\chi 2$= 45.4819; p <0,00001). Доля мужчин с коинфекцией, практикующих однополые половые контакты, составила 45%. Форма № 9 подобной информации о заболевших сифилисом не содержит. Свыше половины заболевших сифилисом в СО (51,5%) приходилось на население 40 лет и старше. При этом среди женщин этот показатель был выше, чем среди мужчин (56,6% и 48,4% соответственно). На второй позиции – лица в возрасте 30–39 лет (28,1%), на третьей – пациенты 18–29 лет (19,6%). Среди больных с коинфекцией ВИЧ/сифилис также преобладали представители возрастной группы 40 лет и старше (37,7%), при этом среди женщин данный показатель составлял 58,2%, а среди мужчин – 32,3%. За ними с небольшим отрывом следовали лица 30–39 лет (36,7%), затем – возрастная категория 18–29 лет (24,8%). В возрасте 40 лет и старше сифилис выявлялся в общей популяции чаще в сравнении с ЛЖВ ($\chi 2$= 26.2233; p <0,00001). В структуре клинических форм сифилиса ранние формы (A51.0–A51.9 по МКБ-10) составили в СО 46,3% (первичный сифилис – 5,4%, вторичный сифилис – 14,4%, ранний сифилис скрытый – 26,5%) и 66,8% у ЛЖВ (6,6%, 36,2 % и 24,0% соответственно). Поздние формы сифилиса (A52.0–A52.9 по МКБ-10) у больных с коинфекцией регистрировались статистически значимо реже, чем в популяции: 33,2% против 53,7% ($\chi 2$= 57.4566; p <0,00001), напротив, манифестные – чаще ($\chi 2$= 105.9276; p <0,00001). Преобладание ранних форм сифилиса у ЛЖВ отчасти можно объяснить регулярным серологическим скринингом, который в соответствии с клиническими рекомендациями «ВИЧ-инфекция у взрослых» проводится при постановке на учет при установлении диагноза ВИЧ-инфекции и далее – ежегодно. По этой причине поздние формы сифилиса выявлялись преимущественно при постановке на диспансерный учет ЛЖВ, а также у ВИЧ-позитивных лиц, длительно уклонявшихся от наблюдения.

**Выводы.** Анализ показал, что свыше половины больных сифилисом в сравниваемых группах относились к возрастной категории 30 лет и старше. Однако если в СО преобладала возрастная группа 40 лет и старше, то у пациентов с коинфекцией удельный вес этой группы и доля лиц в возрасте 30–39 лет

практически не различались. Среди заболевших сифилисом преобладали мужчины. При этом ВИЧ-позитивные мужчины страдали сифилисом статистически значимо чаще. У больных с коинфекцией ранние клинические формы сифилитической инфекции регистрировались чаще, чем среди населения СО в целом, что указывает на эффективность и целесообразность регулярного серологического скрининга на наличие антител к бледной трепонеме у больных ВИЧ-инфекцией. Следует усилить профилактическую работу в старших возрастных группах населения в части информирования о путях передачи и способах профилактики заражения сифилисом.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»*
*г. Москва*
**Соколовская Т. А., Армашевская О. В.**

**Цель исследования**: анализ нормативной документации, регламентирующей деятельность врача-дерматовенеролога по сохранению репродуктивного здоровья, ресурсов и деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля, а также заболеваемости населения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).
**Материалы и методы.** Проведен контент-анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность врача-дерматовенеролога по сохранению репродуктивного здоровья, и анализ статистических данных о ресурсах и деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля, а также заболеваемости населения ИППП в Российской Федерации в разрезе федеральных округов (ФО) за период с 2017–2024 гг.
**Результаты.** Исследование законодательных и правовых актов выявило, что в настоящее время существует Порядок оказания медицинской помощи по профилю дерматовенерология, а также разработан его обновленный вариант: 7 клинических рекомендаций и 20 стандартов, посвященных ИППП, из которых более детально нами был рассмотрен 21 документ. За семилетний период в РФ число кожно-венерологических диспансеров снизилось на 20,3%, причем более чем в вдвое зафиксировано в Центральном федеральном округе (ЦФО), а в таких округах как Северо-Западный ФО (СЗФО), Южный ФО (ЮФО) их число не изменилось, а в Дальневосточном ФО (ДФО) – увеличились на 22,2%. Аналогичная ситуация по снижению числа дерматовенерологических кабинетов на 4,7% отмечена в РФ, так же, как и в федеральных округах, за исключением Северо-Кавказского (СКФО), где рост составил 27,0%. Обеспеченность врачами-дерматовенерологами (на 10 000 населения) в РФ имеет тенденцию к снижению с 0,57 до 0,50 за этот же период, так же, как и во всех федеральных округах, причем наименьшая к 2024 г. – 0,43 – в Сибирском, а максимальная – 0,57 в СКФО. Заболеваемость трихомонозом (на 100 000 населения) неуклонно снижается как в РФ (с 48,0 до 19,7), так и в округах, максимальное, почти трехкратное снижение демонстрирует Сибирский ФО (с 89,3 до 32,0), а минимальное в 1,4 раза – ДФО (с 57,6 до 42,2). При этом отмечен незначительный рост за последний год в СЗФО (с 6,1 до 16,6). Аналогичная ситуация наблюдается по заболеваемости хламидиозом (на 100 000 населения). Так, лидер по ее снижению с 20,9 до 8,2 – ЮФО, а ДФО также остается регионом с максимальным ее распространением и низким снижением (с 51,0 до 40,5). Однако с 2023 г. отмечается увеличение показателя как в целом по стране, так и в СЗФО, Приволжском ФО (ПФО), Уральском ФО (УФО) и Сибирском ФО. Заболеваемость аногенитальным герпесом (на 100 000 населения) также снизилась в 1,7 раза за семилетний период как в РФ (с 12,2 до 7,2), так и в округах, осталась она максимальна в СЗФО (с 22,3 до 16,6), и с 2023 года показатель вырос на 0,1, как и в ЮФО, где он был всегда минимальным. Заболеваемость аногенитальными бородавками (на 100 000 населения) снижается в РФ (с 19,8 до 13,7) и в округах, при этом максимальный показатель остался в СЗФО (с 33,5 до 25,2), а минимальный в СКФО (с 7,2 до 3,4), ЮФО увеличил свой показатель на 0,2 в 2024 г. Обращает на себя внимание, что, несмотря на снижение заболеваемости женщин хламидиозом (на 100 000 населения) за 2017–2024гг., отмечен рост за последний год исследования как в РФ, так и во всех федеральных округах. Деятельность врачей-акушеров-гинекологов по выявлению хламидиоза у женщин показала, что за семилетний период в РФ доля от всех женщин снизилась (53,0% до 51,4%), как и в СКФО, ПФО, УФО и ДФО, а в остальных округах она демонстрирует увеличение.
**Выводы.** 1. В настоящее время имеется достаточный объем нормативно-правовой документации, регламентирующей оказание медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» с актуализацией на текущее время. 2. Число кожно-венерологических диспансеров и кабинетов в целом, как и обеспеченность врачами-дерматовенерологами (на 10 000 населения) уменьшилась за период 2017–2024 гг. 3. Несмотря на значительное снижение всех показателей ИППП, отмечается незначительные рост его за последний исследуемый год в некоторых округах РФ, что требует дополнительного изучения для актуализации региональных программ по предупреждению ИППП.

## ОПЫТ СОЧЕТАННОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМБИНАНТНЫМ ИНФ АЛЬФА-2БЕТА АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК ВНУТРИУРЕТРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У МУЖЧИН

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»*
*г. Москва*
**Ким Д. Г., Халдин А. А., Вишневская А. А., Мусаков В. Ю.**

**Актуальность.** Среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), особое место занимает генитальная папилломавирусная инфекция. Это обусловлено высокой контагиозностью вируса и выраженным онкогенным потенциалом некоторых типов ВПЧ. В большинстве случаев инфекция протекает в латентной или субклинической форме, манифестные формы заболевания чаще всего представлены аногенитальными бородавками (АГБ), которые вызваны ВПЧ низкого канцерогенного риска. Эта группа вирусов, хоть и значительно реже, чем ВПЧ высокого канцерогенного риска, но также может приводить к злокачественным изменениям клеток. АГБ чаще всего локализуются в области наружных половых органов, перианальной области, реже на слизистой оболочке полости рта и гортани и доступны для визуализации при проведении клинического осмотра пациентов. По оценкам специалистов, приблизительно в 5% случаев АГБ у мужчин клинические проявления заболевания могут располагаться внутриуретрально, что затрудняет их диагностику без применения специальных оптических приборов с изменяющимся увеличением и дополнительными источниками света. Симптомы, которые могут указывать на подобную локализацию, включают в себя периодически возникающие кровянистые выделения из уретры, рецидивирующий уретрит, дискомфорт в уретре при мочеиспускании, а также изменение струи мочи. В настоящее время в лечении генитальной папилломавирусной инфекции отсутствуют специфические противовирусные препараты, способные элиминировать вирус из организма. При установлении диагноза АГБ в большинстве случаев применяют деструктивные методы – электрокоагуляцию, лазерную вапоризацию, радиочастотную термоабляцию, криодеструкцию и др. Однако применение данных методов терапии ограничено при внутриуретральной локализации АГБ в связи с выраженным травмирующим характером воздействия, риском развития осложнений, длительным периодом реабилитации и высокой частотой рецидивирования. В этой связи поиск оптимальных путей терапии генитальной папилломавирусной инфекции является весьма актуальной задачей. Одной из возможных терапевтических опций в комплексном лечении ВПЧ-ассоциированных поражений является применение рекомбинантного интерферона (ИНФ) альфа-2бета, эффективность которого показана в некоторых отечественных и зарубежных исследованиях.

**Цель.** Демонстрация клинического опыта сочетанной консервативной терапии рекомбинантным ИНФ альфа-2бета пациента с внутриуретральной локализацией АГБ.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явился пациент М., 26 лет, с диагнозом аногенитальные бородавки. Проведено лабораторное обследование: анализ крови на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные гепатиты В, С, сифилис, ПЦР-диагностика на Neisseria gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis, типирование ВПЧ, мазок из уретры на микрофлору, оценка уровня эндогенных ИНФ, с определением чувствительности к ИНФ и индукторам ИНФ. Выполнена уретроскопия переднего отдела уретры с применением жесткого цистоуретроскопа.

**Результаты.** Пациент М., 26 лет, обратился с жалобами на периодически возникающие кровянистые выделения из уретры, дискомфорт при мочеиспускании, изменение струи мочи. Из анамнеза стало известно, что впервые вышеуказанные жалобы появились около 8 месяцев назад. Около года назад проходил лечение с применением деструктивных методов у венеролога с диагнозом: аногенитальные бородавки. Обследован у уролога, патологии придаточных половых желез не выявлено. В апреле 2025 г. пациент был направлен в «Центр вирусной патологии кожи ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Результаты проведенного обследования: исследование крови на антитела к бледной трепонеме, ВИЧ, вирусные гепатиты В, С, ПЦР-диагностика на Neisseria gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis не выявили патологических изменений. В мазке из уретры на микрофлору лейкоциты 10–15 в поле зрения, эпителий – единичный, гонококки и трихомонады не обнаружены. При проведении молекулярно-биологического исследования соскоба из уретры обнаружены ВПЧ 6, 16 генотипов. Исследование ИНФ-статуса выявило высокую чувствительность к рекомбинантному ИНФ альфа-2бета. При проведении процедуры уретроскопии переднего отдела уретры в области ладьевидной ямки визуализированы единичные объемные образования с веррукозной поверхностью, выступающие в просвет уретры размером 0,2–0,3см. Пациенту назначена терапия рекомбинантным ИНФ альфа-2бета в ректальных суппозиториях по 3 млн ЕД по следующей схеме для каждого курса: один раз в день в течение 10 дней с интервалами между курсами 10 дней, в сочетании с внутриуретральным введением ИНФ альфа-2бета по 1 млн ЕД через день, суммарная кратность внутриуретральных введений рекомбинантного ИНФ альфа-2 бета составила 10 процедур. Спустя 1 мес. после завершения сочетанной терапии ИНФ альфа-2бета (системной и локальной) проведен контрольный осмотр пациента. На фоне проведенного лечения жалобы купировались, при проведении контрольной уретроскопии отмечено полное разрешение элементов АГБ в области ладьевидной ямки. Рекомендовано динамическое наблюдение.

**Выводы.** Проведенная сочетанная консервативная ИНФ-терапия рекомбинантным ИНФ альфа-2бета аногенитальных бородавок с внутриуретральной локализацией, показала высокую эффективность, отсутствие побочных эффектов и лучшую комплаентность в сравнении с деструктивными методами терапии и может быть рекомендована в клинической практике в лечении пациентов с внутриуретральной локализацией АГБ.

# КОСМЕТОЛОГИЯ

## ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ОМОЛОЖЕНИЮ КОЖИ: СИМБИОЗ ЭКЗОСОМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, РАДИОЧАСТОТНОГО РФ И ИИ

*Клиника эстетической медицины*
*г. Москва*
**Мороз О. Н.**

**Введение.** Представлен клинический опыт применения комбинированной процедуры, включающей экзосомы – мембранные микровезикулы, радиочастотный игольчатый лифтинг и анализ результатов с помощью искусственного интеллекта (ИИ). Комбинация направлена на усиление регенерации и персонализацию протоколов.
**Актуальность.** Современная эстетическая медицина требует методов, обеспечивающих более выраженный и долговременный эффект при минимальном периоде восстановления. Сочетание биологических средств и аппаратных технологий с ИИ-аналитикой позволяет оптимизировать проникновение регенеративных факторов и снизить риски, адаптируя лечение к индивидуальным особенностям кожи.
Цель: оценить безопасность, переносимость и клиническую эффективность комбинированного метода, а также роль ИИ в персонализации и мониторинге терапии.
**Материалы и методы.** Описание реального клинического применения в амбулаторной практике: подготовка кожи, радиочастотный игольчатый лифтинг для создания контролируемых микротравм, последующее нанесение экзосомных везикул для стимуляции регенерации. ИИ использовался для анализа фотографий и параметров кожи, подбора протоколов и мониторинга динамики. Оценивались визуальные изменения, текстура, упругость, пигментация и субъективная удовлетворенность пациентов; велся контроль побочных эффектов.
**Результаты.** После 1–3 сеансов отмечено улучшение текстуры, упругости и тонуса кожи, уменьшение выраженности морщин и улучшение цвета лица. ИИ позволил индивидуализировать интенсивность и частоту процедур, способствуя более предсказуемым результатам. Период восстановления оставался минимальным, серьезных осложнений не зарегистрировано; степень удовлетворенности пациентов высокая.
**Выводы.** Комбинированный подход демонстрирует синергетический эффект: радиочастотный игольчатый лифтинг улучшает доставку экзосом, а ИИ повышает безопасность и эффективность за счет персонализации. Необходимы контролируемые исследования для количественной оценки долговременного эффекта и оптимизации протоколов.

## КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ СОВРЕМЕННЫМ ИНГИБИТОРОМ ТИРОЗИНАЗЫ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
*г. Москва*
**Звездина И. В., Морозова А. В.**

На сегодняшний день известно множество типов меланиновой пигментации, которые подразделяются по происхождению, распространенности процесса, глубине залегания пигмента. Описаны механизмы патогенеза. Существует ряд средств, направленных на устранение и профилактику формирования избыточного количества пигмента, эффективность которых варьируется. В связи с этим продолжается поиск наиболее эффективных депигментирующих препаратов. Среди современных разработок обращает на себя внимание тиамидол – ингибитор тирозиназы человека последнего поколения, который, в отличие от гидрохинона, являющегося «золотым стандартом» антипигментной терапии, не оказывает цитотоксического действия на меланоциты.
**Цель работы:** оценить клиническую эффективность тиамидола у пациентов с различными типами гиперпигментации.
Задачи. 1. Изучить ответную реакцию гиперпигментированных участков кожи на антипигментную терапию путем подсчета индекса пигментации. 2. Провести субъективную оценку депигментирующего действия тиамидола.
**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 11 женщин, из которых у 1 (9%) пациентки была диагностирована хлоазма, у двоих (18%) наблюдались явления постакне, у троих (27%) солнечного лентиго, поствоспалительная пигментация была выявлена у троих (27%) пациенток и сенильное лентиго отмечалось у 2 (18%) обследуемых. Возраст пациенток варьировался от 22 до 74 лет, при этом подавляющее число 7(63,6%) пациенток были молодого возраста от 22 до 45 лет, две пациентки пожилого возраста с 60 до 75 лет, и средний возраст (от 45 до 60 лет) был зафиксирован у двоих пациенток (18%). Длительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 10 лет. У 46% (5) пациенток гиперпигментация отмечалась от года до 3 лет, у 36 % (4) менее года и у 18 % (2) носила продолжительный характер более 3 лет. При сборе анамнеза было установлено, что только 4 (36%) пациентки пытались бороться с гиперпигментацией с использованием средств народной медицины (сок лимона, петрушки и т.д,), косметических средств с витамином С, гликолевой кислотой, ниацинамидом и арбутином, применяя их с различной периодичностью и незначительным эффектом. Около половины пациенток 5 (46%) нерегулярно и преимущественно в период повышенной инсоляции пользовались солнцезащитными средствами. В исследование были включены пациентки с поверхностной (эпидермальной) 5(45%) и смешанной 6 (55%) глубиной залегания пигмента по результатам исследования в лучах лампы Вуда. Все пациентки получали наружную терапию средствами, содержащими тиамидол по схеме: утро – дневной крем + солнцезащитный флюид; вечер – двойная сыворотка против пигментации на протяжении 4 месяцев. С целью изучения ответной реакции гиперпигментированных участков кожи на антипигментную терапию производился подсчет индекса пигментации до и непосредственно после лечения. Субъективная оценка депигментирующего действия тиамидола осуществлялась путем 5-балльной шкалы самим пациентом. Для анализа полученных результатов использовался программный продукт для статистической обработки данных Exel с расчетом средних величин, стандартного отклонения средних, стандартной ошибки средней величины. Данные считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.
Результаты исследования: У всех пациенток в результате лечения отмечалась тенденция к снижению индекса пигментации разной степени выраженности. Так, среднее значение индекса до лечения составляло 2,07±0,45 и достоверно снизилось ($p \leq 0,05$) после полученной терапии до 1,39±0,6. Сами пациенты оценили депигментирующий эффект тиамидола в среднем на 3,6 балла. Полностью были удовлетворены результатами терапии, и ее эффективность оценили как «отличную» трое пациенток, хороший эффект констатировали столько же испытуемых, двое отметили удовлетворительный результат, и трое пациенток не заметили никакой положительной динамики и дали неудовлетворительную оценку. Таким образом, у всех пациенток с гипермеланозом отмечался антипигментный эффект тиамидола, выраженность которого зависела от глубины залегания пигмента и в большей степени проявлялась у пациенток с эпидермальным типом пигментации, что также подтверждается результатами субъективной оценки.

## ДИАГНОСТИКА РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

*Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России»*
*г. Москва*
**Безуглый А. П., Белков П. А., Безуглый Н. А.**

**Введение.** При проведении контурной пластики всегда остается вероятность побочных эффектов и осложнений. Осложнения могут быть вызваны непосредственно препаратом и погрешностями техники введения.
При осложнениях одним из важнейших вопросов является детекция и определение места расположения филлера. Высокочастотная ультразвуковая (ВЧ УЗ) визуализация является эффективным инструментом для детекции и дифференциации ранее введенных филлеров, а также дифференциации патологических процессов в коже, таких как фиброз, гранулематоз, абсцедирование, некроз и атрофия.
**Цель исследования**: исследовать высокочастотные ультразвуковые признаки ранних и поздних осложнений контурной пластики.
Задачи. Провести высокочастотное исследование в диапазонах 22, 50 и 75 МГц кожи пациентов с ранними и поздними осложнениями контурной пластики и описать высокочастотные ультразвуковые паттерны, характерные для различных осложнений.
**Материалы и методы.** Проводили высокочастотную ультразвуковую визуализацию кожи у 38 пациентов с узелковыми образования в дерме и гиподерме после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты.
**Результаты.** Выявлены высокочастотные ультразвуковые признаки и описаны характерные паттерны гранулем инородного тела, инкапсуляции филлеров, склерозирования дермы и гиподермы, а также миграции филлера.
**Заключение.** Высокочастотная визуализация 22, 50 и 75 МГц позволяет дифференцировать гранулемы инородного тела, фиброзные изменения и инкапсуляцию после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты.

## ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

*ООО «МК-Клиника»*
*г. Мытищи*
**Раджабова М. М.**

**Введение.** Основным осложнением применения методов с использованием высокоэнергетического светового излучения является излишнее термическое повреждение кожи и ее структур, то есть ожоги различной степени тяжести и выраженности. Такие явления, как поствоспалительная гиперпигментация, поствоспалительная лейкодерма, рубцы и пр., являются исходом ожоговых повреждений кожи в результате неправильного применения вышеупомянутого физического фактора. Задачей специалиста, столкнувшегося с данной ситуацией, является быстрая и управляемая реабилитация пациента с целью минимизации последствий развившихся осложнений. Применение фотодинамической терапии соответствует полностью этим задачам.
**Цель.** Оценка эффективности фотодинамической терапии осложнений после процедур с использованием высокоэнергетических световых методов воздействия, в частности после проведения IPL пациенту с акне. Влияние ФДТ на процессы регенерации и репарации у пациентов с ожогами после проведения IPL.
**Материалы и методы.** На сегодняшний день фотодинамическая терапия является одной из перспективных и высокоэффективных технологий в эстетической медицине. В ООО «МК-Клиника» фотодинамическая терапия применяется с 2014 года. Для фотодинамической терапии в нашей клинике используются отечественные лазерный и светодиодные аппараты, генерирующие световое излучение 662 нм и отечественный фотосенсибилизатор в виде диметилглюкаминовой соли хлорина-е6, что представляет собой идеальное сочетание светового излучения и фотосенсибилизатора для применения в косметологии и дерматологии. На базе клиники были разработаны протоколы фотодинамической терапии различных состояний кожи у пациентов косметологического и дерматологического профиля, как монометода, так и в виде комбинированного последовательного и сочетанного применения ФДТ с рядом аппаратных технологий и инъекционных методик для коррекции и лечения различных заболеваний и состояний кожи с получением высоких результатов. Также данный метод успешно применяется при лечении нежелательных явлений и осложнений после различных косметологических процедур, в том числе после применения высокоэнергетических световых методов, в частности IPL.
**Результаты.** Клинический случай. В апреле 2025 года к нам обратились за помощью специалисты медицинского центра, где была проведена процедура IPL-терапии пациенту с акне. Сразу после процедуры у пациента проявились признаки ожога кожи II-степени с образованием пузырей. Наши рекомендации включали в себя немедленное проведение фотодинамической терапии на коже пораженной области с частотой 2–3 раза в неделю с последующим включением в реабилитацию применения препаратов с ПДРН (препараты с полинуклеотидами, способствующими, в частности, регенерации тканей). Динамика: в течение первых двух недель полная эпителизация ожоговой поверхности, к концу первого месяца после развития осложнений поствоспалительная гиперпигментация, степень проявления которой значительно снизилась к концу второго месяца.
**Выводы.** Фотодинамическая терапия, в силу своих биологических и терапевтических эффектов, минимальным количеством противопоказаний показывает высочайшую эффективность при развитии нежелательных явлений и осложнений после проведения косметологических процедур, в том числе и после процедур с применением высокоэнергетического светового излучения. Данный метод, на наш взгляд, должен являться базовым в решении подобных проблем. Технология ФДТ в этих случаях также может сочетаться и комбинироваться с другими технологиями и методами с учетом принципов синергизма. Применение фотодинамической терапии при развитии осложнений и нежелательных явлений после применения высокоэнергетических световых методов воздействия существенно сокращает сроки реабилитации пациентов и способствует минимизации последствий осложнений с получением удовлетворительных результатов.

# ТРИХОЛОГИЯ

## БИОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННЫХ МЕСТ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВОЛОСЯНОГО ПОКРОВА У ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

*Автономной некоммерческой профессиональной образовательной организации «Центр профессионального обучения и развития в медицине» г. Краснодар*
**Чернявский И. И.**

Целью настоящей работы является формулировка и обоснование социально-анатомической функции роста волос в определенных зонах тела человека (в частности в области лобка и подмышечных впадин) после наступления полового созревания.
Задачи исследования включают: (1) анализ существующих данных о физиологических аспектах роста волос; (2) определение эволюционных, защитных и коммуникативных функций волос; (3) сопоставление наличия волосяного покрова с достижением репродуктивной зрелости у человека.
**Материалы и методы.** Работа основана на анализе данных научной литературы в области анатомии, физиологии, эндокринологии, антропологии и психологии. Проведен сравнительный анализ источников, в которых рассматриваются возрастные особенности волосяного покрова, его связь с гормональными изменениями, роль феромонов, а также возможные эволюционные предпосылки появления волос в зонах, ассоциированных с половым созреванием.
**Результаты.** Рост волос в лобковой и подмышечной областях начинается преимущественно в период пубертата, синхронно с активацией гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси, что свидетельствует о гормональной обусловленности данного феномена. Отсутствие аналогичного волосяного покрова у детей указывает на то, что данные участки тела активируются только после достижения определенного уровня половой зрелости. Одновременно с ростом волос усиливается секреция апокриновых желез, продуцирующих вещества, способные служить феромонами – химическими сигналами, потенциально влияющими на восприятие взрослого индивидуума противоположным полом. Некоторые авторы указывают на возможную защитную функцию волос в этих зонах: снижение трения кожи при движении и участие в терморегуляции. Эти анатомические зоны также являются частыми точками соприкосновения при социальном и сексуальном взаимодействии, что делает их символически значимыми в контексте репродуктивного поведения. Предполагается, что наличие волосяного покрова на этих участках служило визуальным и обонятельным «сигналом» для окружающих в архаичных сообществах, не обладавших абстрактным понятием возраста или биологической зрелости, что позволяло интуитивно определять готовность к репродуктивному поведению, не прибегая к вербальному общению.
**Выводы.** Проявление волосяного покрова в определенных анатомических зонах после полового созревания представляет собой многофункциональное явление, сочетающее защитную, терморегуляторную, сексуальную и коммуникативную функции. Подобное развитие возможно рассматривать как эволюционно выработанный механизм, сигнализирующий о достижении репродуктивной зрелости, актуализирующий биологическую и социальную готовность к вступлению во взрослую, в том числе сексуально-ориентированную, фазу жизни. Это позволяет отнести данные проявления к числу социально-биологических индикаторов зрелости, аналогично другим маркерам (менархе, мутация голоса, развитие вторичных половых признаков). В совокупности с гормональной активностью и сенсорной функцией (передача феромональных сигналов) волосяной покров в указанных зонах может рассматриваться как анатомический маркер зрелости, отсутствующий в детском возрасте и появляющийся исключительно при наступлении пубертатного периода.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ В МОСКВЕ ЗА 2020–2024 ГГ.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»; Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы г. Москва*
**Терещенко Г. П., Гаджигороева А. Г., Толстогузова Э. В., Новожилова О. Л., Березовская Е. М.**

**Актуальность.** Гнездная алопеция (ГА) – органоспецифическое аутоиммунное заболевание волосяных фолликулов, в тяжелых случаях приводящее к распространенной потере волос и значительному ухудшению качества жизни. Изучение эпидемиологии ГА позволяет выявить закономерности распространения, связь с триггерными факторами и коморбидными состояниями. Глобальные данные по ГА отличаются неоднородностью, что делает актуальным исследование эпидемиологии ГА в московской популяции.
**Цель исследования**: изучить эпидемиологические характеристики ГА по данным «Московского центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы» («МНПЦДК»).
**Материалы и методы.** Проведено одноцентровое ретроспективное когортное исследование на основе анализа медицинской документации пациентов с установленным диагнозом «Гнездная алопеция» (коды МКБ-10: L63.0–63.8), получавших медицинскую помощь в «МНПЦД» в период с 2020 по 2024 год. Использованы данные федеральной статистики, включая форму № 12 федерального статистического наблюдения («Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»), а также приложение «Дерматозы», разработанное сотрудниками «МНПЦДК». Для расчета уровня заболеваемости (в интенсивных показателях на 100 тыс. населения) применены данные Федеральной службы государственной статистики о численности населения Москвы за указанный период. Эпидемиологические показатели извлекались из первичной медицинской документации: учетной формы № 025/у-04 («Медицинская карта амбулаторного больного») и формы № 025/у-04/у («Талон амбулаторного пациента»). В качестве методов сбора данных применялись: кабинетное исследование, контент-анализ и перекрестная проверка данных. Извлечение эпидемиологических данных проводилось по двум возрастным категориям: дети (0–17 лет) и взрослые (≥18 лет).
Методы статистического анализа включали описательную статистику, средние значения с 95% ДИ и логистическую регрессию для оценки возрастной ассоциации (ОШ, 95% ДИ).
**Результаты.** Стандартизированная распространенность ГА в общей группе составила 17,7 на 100 тыс. населения (95% ДИ: 13,4–22,0), заболеваемость – 10,4 на 100 тыс./год (95% ДИ: 8,4–12,4). Среди детей распространенность составила 36,8 на 100 тыс. населения (95% ДИ: 26,1–47,5), превышая аналогичный показатель у взрослых в 2,7 раза ($p<0,001$) – 13,7 на 100 тыс. (95% ДИ: 10,8–16,6). Схожая динамика наблюдалась для заболеваемости: 22,2 у детей против 7,9 у взрослых на 100 тыс. нас./год соответственно ($p <0,001$), что соответствует 2,8-кратной разнице. Соотношение показателей распространенности к заболеваемости составило ≈1,7:1, отражая кумулятивный эффект накопления случаев. Расчет ОШ подтвердил устойчивую возрастную ассоциацию: в течение всего периода наблюдения значения ОШ колебались от 2,21 (2020 г.) до 2,84 (2021 г.) при среднем значении 2,5, что свидетельствует о превышении риска развития ГА у детей в 2,5 раза по сравнению со взрослыми. Суммарная заболеваемость ГА за 5-летний период выросла на 83,33% (с 6,0% в 2020 г. до 11,0% в 2024 г.; 95% ДИ 73,3–93,3; $p<0,001$), а распространенность – на 62,6% (с 8,2% до 13,3%; 95% ДИ 55,9–75,9; $p<0,001$). Наибольший прирост заболеваемости

отмечен среди взрослых (≥18 лет) – +102,08% (в 2024 г. 9,7% против 4,8% в 2020 г.; 95% ДИ 92,1–112,1; p<0,001), почти вдвое превышая прирост заболеваемости у детей (+54,9%; с 3,5% до 5,4%; 95% ДИ 44,9–64,9; p<0,001). Рост показателя распространенности в детской популяции составил +91,15% (с 5,8% в 2020 г. до 11,1% в 2024 г.; 95% ДИ 81,2–101,2; p <0,001). Наибольший прирост показателей отмечен в 2021 году: у детей распространенность ГА резко выросла на +51,77%, заболеваемость увеличилась на +34,64%; у взрослых заболеваемость увеличилась на +50%; общий рост во всех группах по распространенности составил +30,08%, по заболеваемости +43,94%.

**Заключение.** Результаты исследования выявили значительные различия в эпидемиологических характеристиках ГА между детским и взрослым населением Москвы с превалированием распространенности и заболеваемости у детей и молодых лиц в возрасте до 18 лет. Наблюдаемый рост заболеваемости, особенно выраженный в 2021 году, требует дальнейшего изучения роли внешних факторов, включая возможное влияние постпандемических условий. Полученные данные подчеркивают важность углубленного анализа региональных особенностей распространения ГА для совершенствования системы эпидемиологического мониторинга и организации медицинской помощи.

## К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕКОТОРЫХ ТРИХОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

*Медицинская высшая школа Российского государственного социального университета, лечебный факультет, кафедра дерматовенерологии г. Москва*
**Карасев Е. А.**

Проблема андрогенной алопеции (АГА) занимает особое место в современной дерматологии и трихологии. Диагностика этого распространенного заболевания требует глубокого понимания ключевых клинических и гистологических маркеров. Описано пять основных признаков, которые помогают выявить и оценить степень истончения и поредения волос при АГА. Эти признаки важны как для раннего выявления патологии, так и для эффективного контроля терапии. Во-первых, одним из наиболее заметных признаков АГА является истончение волос. Происходит это из-за уменьшения диаметра волосяного стержня, что обусловлено миниатюризацией фолликулов в пораженных зонах. Если у здорового волоса диаметр варьируется в пределах от 70 до 100 микрон, то при алопеции он уменьшается до 30–50 микрон, что заметно воздействует на их внешний вид и структуру. Клинически истончение волос сопровождается снижением пигментации, что придает волосам более светлый и безжизненный оттенок, а также повышенной ломкостью. Эти изменения зачастую становятся видимыми даже на ранних стадиях заболевания, предупреждая о необходимости проведения диагностики. Во-вторых, информативным трихоскопическим признаком является увеличение доли велюсных волос, то есть тонких, коротких и неокрашенных. Их насчитывается более 10% на пораженном участке. Увеличение этого показателя отражает усиленную миниатюризацию волосяных фолликулов под воздействием дигидротестостерона. Исследования, выполненные в последние годы, показывают, что при алопеции доля велюсных волос возрастает в три-четыре раза, что четко коррелирует с тяжестью и стадией заболевания. Этот критерий является ценным маркером, помогающим не только в диагностике, но и в мониторинге прогрессирования патологии. В-третьих, немаловажным аспектом патогенеза АГА является перифолликулярное воспаление, которое неслучайно привлекает внимание исследователей и клиницистов. Воспаление окружающих волосяные фолликулы тканей начинается с активации иммунных клеток, таких как лимфоциты, которые продуцируют провоспалительные цитокины. Эти вещества усиливают повреждение волосяных структур, стимулируя миниатюризацию и ускоряя процесс выпадения волос. Гистологические исследования подтверждают наличие лимфоцитарных инфильтратов в перифолликулярной зоне, что служит доказательством иммунного компонента в развитии болезни. Таким образом, воспалительный процесс рассматривается как ключевой фактор, усиливающий ее течение и усложняющий терапевтический контроль. В-четвертых, индикатором серьезных структурных нарушений в волосяных единицах считаются одиночные волосы, то есть волосяные стержни, растущие поодиночке в пределах одного фолликула. Широкие клинические наблюдения и исследования показывают, что около 70% пациентов с прогрессирующей формой АГА имеют повышенное количество таких одиночных волос. Это свидетельствует о диссоциации циклов роста волос и нарушении их нормального расположения, что является маркером ухудшения состояния волосяного покрова и прогрессирования заболевания. В-пятых, трихоскопическими признаками, которые играют важную роль в диагностике АГА, являются пустые фолликулы и желтые точки. Первый признак – отсутствие видимых волосяных стержней в устьях фолликулов – указывает на атрофию и потерю волосяных луковиц. Эти изменения можно выявить при тщательном обследовании с помощью трихоскопии, и они свидетельствуют о прогрессирующей фазе болезни. Второй признак — желтые точки — представляют собой скопления кератина и себума в устьях волосяных фолликулов. Их появление отражает воспалительную активность и служит индикатором стадии обострения алопеции. Оба признака помогают врачу оценить состояние кожи головы и уровень воспаления. Таким образом, пять основных признаков АГА представляют собой фундамент для точной и ранней диагностики заболевания. Их учет позволяет не только определить стадию и степень поражения, но и эффективно контролировать ход терапии. Применение этих маркеров в клинической практике способствует улучшению прогноза, предотвращая тяжелые формы АГА, и значительно повышает качество жизни пациентов. Врачи-трихологи могут использовать эти признаки как надежный инструмент для персонализированного подхода к лечению этого заболевания.

## ТОКСИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ И ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ – ЧТО ПЕРВИЧНО?

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения города Москвы, филиал «Южный» г. Москва*
**Беленкова А. А., Волкова С. Б.**

**Введение.** Алопеция – патологическое выпадение волос на голове или других частях тела, которое выходит за рамки нормального физиологического процесса. Различают несколько основных видов алопеций: первичные и вторичные, рубцовые и нерубцовые. Диагностика алопеции на приеме врача-дерматолога это сложная задача, решить которую можно с помощью качественного сбора анамнеза, осмотра и обследования. Вторичные алопеции требуют особого подхода, ведь это выпадение волос, вызванное внешними факторами или сопутствующими заболеваниями, в отличие от первичных алопеций, где причина кроется в самом волосяном фолликуле. Среди вторичных алопеций встречается диффузное острое выпадение волос, вызванное лечением основного заболевания. Данное состояние развивается за счет токсичного компонента терапии, зачастую проявляется у пациентов, которые прошли курс химиотерапии по поводу онкологического заболевания. Отличительной особенностью этого вида потери волос является его полная обратимость. В течение нескольких месяцев после окончания лечения волосяной покров восстанавливается. Схожую клиническую картину имеет гнездная алопеция (ГА), но причины ее развития иные. ГА – это хроническое органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластин, стойким или временным нерубцовым выпадением волос. Доля ГА на приеме составляет от 0,7% до 3,8% от числа всех пациентов. Различают множество клинических форм ГА в соответствии с площадью поражения, количеством очагов, расположением на скальпе. Причины данного заболевания до сих пор неясны, но триггерным фактором может быть стресс, вакцинация, вирусные заболевания, инфекции, наркозы и т.

д. Для единичного очага выздоровление наступает самостоятельно в 50% случаев без дополнительного лечения. Но при тотальной (универсальной) форме ГА клинический прогноз неблагоприятный, вероятность полного выздоровления составляет менее 10%, а существующее на данный момент лечение имеет ряд противопоказаний, серьезные побочные эффекты, и при выборе терапии стоит взвешивать пользу и вред каждого назначения. В некоторых случаях возможно сочетание вторичной алопеции и гнездной алопеции у одного и того же пациента.

Представляем клинический случай. Пациентка Г., 58 лет, обратилась в филиал «Южный» с жалобой на тотальное выпадение волос около 8 месяцев назад, Направлена врачами-онкологами в связи с тем, что токсическая алопеция, вызванная химиотерапией, после завершения лечения не прошла. Летом 2024 г. пациентка получила курс химиотерапии по поводу рака молочной железы. После окончания терапии рост волос не возобновился, и полностью выпали волосы на лице и на теле, отметила деформацию ногтевых пластин в виде истончения, точечных вдавливаний. В анамнезе был эпизод выпадения волос в возрасте 23 лет, очаг располагался в области темени, с полным восстановлением без лечения. По заключению онкологов онкопроцесс находится в ремиссии, получает анастразол, у которого нет побочных действий в виде алопеции. Наблюдается у эндокринолога в связи с гипотиреозом. Клиническая картина: отсутствует полностью волосяной покров на всем теле, включая ресницы, брови, пушковые волосы. В области волосистой части головы отмечается небольшое количество остроконечных волос, пушковые волосы. При дерматоскопии волосистой части головы определяется множество черных точек, остроконечные волосы, пушковые волосы, желтые точки. На основании клинического осмотра, сбора анамнеза и данных дерматоскопии выставлен диагноз: гнездная алопеция, универсальная форма. В связи с наличием сопутствующих заболеваний системная терапия пациентке противопоказана. На данный момент пациентка получает наружную терапию топическими глюкокортикостероидами. Поскольку социальная адаптация и обеспечение психологического комфорта имеют большое значение для пациентов с ГА, то в рамках комплексного подхода пациентке было рекомендовано использовать системы замещения волос, а также предоставлены контакты студий татуажа, где подобные процедуры проводят бесплатно.

**Выводы.** Клинический случай интересен врачам, так как выпадение волос не всегда могут быть обусловлены наиболее очевидными причинами. В данном случае необходимо междисциплинарное взаимодействие с врачами-онкологами и эндокринологами, при этом ключевая роль в восстановлении волос отводится дерматовенерологу-трихологу для оценки состояния волос и выбора у целесообразной тактики ведения пациента.

# КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ, ИМИТИРУЮЩЕГО ГАНГРЕНОЗНУЮ ПИОДЕРМИЮ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы»*
*г. Москва*
**Исраилова Ф. А., Исматуллаева С. С., Уткин Д. В.**

**Введение.** Базальноклеточный рак кожи (БКРК) – злокачественная опухоль кожи, происходящая из эпителиальных клеток – базальных клеток эпидермиса кожи и/или эпидермиса волосяных фолликулов. Рост заболеваемости требует особого внимания к ранней диагностике, от которой зависит выбор эффективного лечения и снижение частоты осложнений.
**Цель.** Данная работа направлена на описание клинического случая базальноклеточного рака кожи, имитирующего гангренозную пиодермию, у женщины в возрасте 74 лет.
**Материалы и методы.** Для анализа представленного клинического случая использованы данные анамнеза, результаты дерматоскопического, цитологического и гистологического исследований.
**Результаты.** В марте 2024 г. в клинико-диагностический центр по месту жительства обратилась женщина 74 лет с жалобами на наличие образования на коже правой половины грудной клетки. Со слов впервые образование появилось в 2015 г. В апреле 2023 г. консультирована врачом-онкологом в ЦАОП «ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина», где было выполнено цитологическое исследование соскобов отпечатков, отпечатков с поверхности эрозий, язв, свищей, ран и других патологически измененных поверхностей (в том числе отделяемого из сосков молочной железы). Результат цитологического диагностического исследования от 19.04.2023 г.: Воспаление, данных за злокачественное образование не выявлено. На основании клинической картины установлен диагноз: L88 Пиодермия гангренозная. Пациентке было проведено амбулаторное лечение, включающее пероральную антибиотикотерапию в течение 10 дней, наружное применение антибактериальных и антисептических средств на протяжении одного месяца. С учетом отсутствия положительной динамики, пациентка была направлена в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», отдел оказания специализированной медицинской помощи. Status localis: на коже правой половины грудной клетки (от правой надключичной до правой подключичной области) визуализируется беспигментное изъязвленное новообразование 17х4 см с глубиной язвенного дефекта до 5 мм. При дерматоскопии: на фоне бесструктурных участков бело-розового цвета – атипичные древовидные сосуды, микроэрозии, серые глобулы. При пальпации регионарных зон лимфооттока – увеличенные лимфоузлы не определяются. 19.07.2024 г. выполнена инцизионная биопсия с последующей морфологической верификацией. Результаты иммуногистохимического исследования от 24.07.2024 г.: С44.5 Базально-плоскоклеточный рак. Клинический диагноз: базальноклеточная карцинома, первично-язвенная форма. Образование удалено методом хирургического иссечения. В настоящее время пациентка находится на диспансерном учете.
**Вывод.** БКРК, являясь наиболее распространенной формой немеланомного рака, при своевременной и точной диагностике характеризуется благоприятным прогнозом и высокой эффективностью лечения. Однако в случае диагностических ошибок на ранних этапах возможно развитие инвазивных и рецидивирующих форм заболевания, что существенно осложняет терапевтическую тактику и увеличивает риск деструкции окружающих тканей. Повышение качества первичной диагностики, внедрение стандартизированных алгоритмов клинико-дерматоскопической оценки и онкологическая настороженность врачей общей практики и дерматологов являются ключевыми факторами в снижении частоты запущенных форм и улучшении показателей эффективности медицинской помощи при БКРК.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСОРИАЗИФОРМНОЙ ТОКСИДЕРМИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПЕМБРОЛИЗУМАБОМ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»*
*г. Москва*
**Каирова А. Н., Крючкова К. Ю., Ефрим О. И., Черкун А. И.**

**Актуальность.** Псориазиформная токсидермия является редкой нежелательной реакцией при иммунотерапии пембролизумабом, развивающейся через 4–10 месяцев после начала лечения. Токсидермия, ассоциированная с пембролизумабом, имеет тенденцию к быстрому распространению, что подчеркивает важность своевременной диагностики и назначения соответствующей патогенетической терапии. Данный кожный побочный эффект значительно ухудшает качество жизни пациента, кроме того, может привести к снижению дозы или даже прекращению иммунотерапии, что в свою очередь сопряжено с риском прогрессирования онкологического процесса.
**Цель.** Данная работа направлена на описание клинического случая гистологически подтвержденной псориазиформной лекарственно-индуцированной токсидермии на фоне терапии пембролизумабом.
**Материалы и методы.** Анализ медицинской документации пациента, а также отечественных и зарубежных источников (поиск в PubMed, Google Scholar, eLibrary). Клинический случай. В июле 2025 года в филиал «Кутузовский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» обратилась 71-летняя женщина с жалобами на обширные высыпания на коже и зуд в течение четырех месяцев. Патологический процесс носил распространенный подостровоспалительный характер, охватывая 90% кожных покровов, и локализовался на коже волосистой части головы, ушных раковин, периорбитальной области слева, туловища, верхних и нижних конечностях. Высыпания были представлены очагами сливной эритемы бледно-красного цвета с мелкопластинчатым шелушением на поверхности. Из анамнеза известно, что пациентка соматически отягощена первично-множественным синхронно-метахронным раком тела матки (1998 г. – ремиссия), правой почки (2015 г. – ремиссия), правой молочной железы (2018 г. – ремиссия) и слепой кишки (2018 г. – ремиссия). В апреле 2024 году пациентке диагностировали рак левого мочеточника и рак левой почки, была проведена нефроуретерэктомия с резекцией мочевого пузыря. В мае 2024 году отмечалось прогрессирование онкологического процесса с обнаружением метастазов в печени, в связи с чем было назначено 5 курсов химиотерапии (Карбоплатина+Гемцитабин). С января 2025 года начата иммунотерапия пембролизумабом. После третьей дозы пембролизумаба (от 28.02.2025) у пациентки появились эритематозные очаги на предплечьях и передней поверхности грудной клетки. В дальнейшем она отмечала постепенное распространение высыпаний на все кожные покровы и возникновение интенсивного зуда, в связи с чем в июле 2025 года она обратилась в филиал «Кутузовский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». В связи с распространенностью и тяжестью кожного процесса, пациентка была госпитализирована в ГКБ № 52. В стационаре было проведено лечение: дексаметазон 16 мг, натрия хлорид 250 мл в/в капельно, хлоропирамин 20 мг в/м однократно с незначительной положительной динамикой. Рекомендовано проведение диагностической биопсии кожи. По результатам гистологического исследования было по-

лучено заключение: «Морфологическая картина может наблюдаться при псориазиформной лекарственной токсической реакции, поражении кожи при Bazex-синдроме, с учетом наличия акантолитических изменений для исключения сочетания с аутоиммунными пузырчатками рекомендуется проведение ПИФ-исследования». В условиях стационара филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» пациентке провели иммуногистохимическое исследование, которое не выявило иммуноморфологических признаков аутоиммунных буллезных дерматозов. На основании клинических и морфологических данных пациентке был верифицирован диагноз «Псориазиформная лекарственно-индуцированная токсическая реакция» и назначено патогенетическое лечение – Преднизолон 100 мг в сутки перорально. На фоне терапии преднизолоном наблюдался регресс кожной сыпи и зуда. На восьмые сутки лечения в связи с положительной динамикой было принято решение о постепенном снижении дозы глюкокортикостероида на 5 мг в неделю.

Обсуждение. Пембролизумаб – моноклональное антитело, ингибирующее PD-L1-рецепторы, активно применяемое в иммунотерапии широкого спектра онкологических заболеваний. Данный препарат способствует восстановлению активности Т-клеток, что позволяет организму более эффективно противостоять опухолевому процессу. Однако применение пембролизумаба ассоциировано с рядом побочных эффектов, в том числе сообщается о кожной токсической реакции на фоне данного препарата. В литературе описаны различные проявления кожной реакции при применении пембролизумаба, такие как витилиго, зуд, синдром Стивенса–Джонсона и другие, при этом псориазиформные реакции встречаются крайне редко. Для дифференциальной диагностики псориазиформной токсидермии необходимо исключать ряд заболеваний, в том числе синдром Базекса, синдром Сезари, псориазиформный сифилид, крупнобляшечный парапсориаз, грибовидный микоз и буллезные дерматозы. Однако опираясь исключительно на клинические и анамнестические данные достоверно установить диагноз представляется затруднительным, поэтому требуется проведение гистологического исследования, а в некоторых случаях – и иммуногистохимических тестов, как это было продемонстрировано в представленном нами случае. Ранняя диагностика псориазиформной токсической реакции на фоне терапии ингибиторами PD-L1 критически важна, поскольку в случае распространения высыпаний на все кожные покровы рекомендуется приостановить иммунотерапию до достижения регресса сыпи. В рассматриваемом случае наличие метастазов и высокая степень злокачественности опухоли не позволили отменить терапию у пациентки. Применение системных кортикостероидов привело к положительным результатам в короткие сроки без необходимости прерывания противоопухолевого лечения.

**Выводы.** Демонстрируемый клинический случай подчеркивает важность ранней диагностики для оперативного контроля за процессом и предотвращения распространения высыпаний. Важно проводить дифференциальную диагностику для назначения своевременной патогенетической терапии. Сложность ведения подобных пациентов заключается в необходимости балансирования между отменой иммунотерапии и рисками прогрессирования опухоли, что может увеличить вероятность неблагоприятного исхода. Следовательно, требуется междисциплинарный подход к лечению таких пациентов, включающий совместные усилия дерматологов и онкологов.

## СИНДРОМ СТИВЕНСА–ДЖОНСОНА С ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ У РЕБЕНКА 4,5 ЛЕТ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы»*
*г. Москва*
**Сидоренко Е. Е., Останина И. А., Суханова И. В., Мигель Д. В., Лоскутова В. Е., Крапивкин А. И.**

**Введение.** Синдром Стивенса–Джонсона (ССД) – это редкое, острое, жизнеугрожающее заболевание из группы тяжелых кожных нежелательных реакций, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек. Триггерами чаще выступают лекарственные препараты (антибиотики, НПВС, противосудорожные) или инфекции. Поражение глаз, в частности острый блефароконъюнктивит и кератит, является одним из наиболее частых и прогностически неблагоприятных проявлений ССД, ведущим к риску слепоты и инвалидизации. Своевременная диагностика и правильная тактика ведения критически важны для улучшения исходов.

**Цель.** На примере клинического случая ребенка 4 лет 6 месяцев продемонстрировать особенности течения острого блефароконъюнктивита как проявления ССД, сложности дифференциальной диагностики, подходы к местной и системной терапии, а также динамику офтальмологического статуса на фоне лечения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ клинического случая мальчика 4 лет 6 месяцев с тяжелым течением синдрома Стивенса–Джонсона. Диагностика включала клинический осмотр, лабораторные исследования и ежедневный офтальмологический мониторинг с биомикроскопией. Лечение состояло из системной терапии (глюкокортикоиды, антибиотики, инфузионная терапия) и интенсивного местного офтальмологического лечения (антибактериальные, противовоспалительные и кератопротекторные препараты). Для оценки прогноза использовалась шкала тяжести SCORTEN.

**Результаты.** У пациента отмечалось тяжелое течение ССД с распространенным поражением кожи (пятнисто-папулезно-везикулезные элементы), слизистых рта, половых органов и глаз. По данным офтальмологического статуса на момент поступления: острый блефароконъюнктивит с эрозиями роговицы, формированием фибринозных пленок на конъюнктиве и начальными признаками симблефарона. На фоне комплексной терапии отмечалась положительная динамика. К 3-м суткам лечения стабилизировалось общее состояние: купирована лихорадка, уменьшились проявления интоксикации. К 5-м суткам прекратилось появление новых элементов сыпи, начался регресс существующих кожных проявлений с переходом в стадию эпителизации. Со стороны органа зрения к 7-м суткам отмечалось уменьшение отека и гиперемии век, снижение количества отделяемого. К 14-м суткам лечения достигнута значительная положительная динамика: полный регресс сыпи, значительное улучшение состояния слизистых оболочек. Офтальмологически: купирование острого воспаления, уменьшение гиперемии конъюнктивы, эпителизация эрозий роговицы. Однако сохранялись умеренная гиперемия конъюнктивы, фибринозные наложения и начальные признаки рубцевания в области сводов, формирование заворота ресниц. При контрольном осмотре на 28-е сутки наблюдения отмечалась стабилизация процесса: роговица сферичная, блестящая, признаки активного воспаления минимальны.

**Заключение.** Представленный случай иллюстрирует типичное, но тяжелое течение ССД с выраженным офтальмологическим компонентом. Раннее начало системной противовоспалительной терапии и интенсивное местное лечение позволили купировать острые проявления и предотвратить грубые рубцовые осложнения (тотальный симблефарон, перфорацию роговицы). Однако сохраняющиеся изменения (заворот ресниц, фибринозные пленки) указывают на высокий риск развития хронической патологии (синдром сухого глаза, трихиаз). Данный случай подчеркивает необходимость пожизненного офтальмологического наблюдения для пациентов, перенесших ССД, и важность междисциплинарного подхода в ведении таких больных.

## ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер»*
*г. Тамбов*
**Шустов Н. В., Воробьева М. С., Шустова В. Н.**

Врачи-дерматовенерологи нередко сталкиваются с трудностями диагностического поиска в случаях, как с типичной, так и с нетипичной для системной красной волчанки клинической картиной. Это требует более тщательного клинического обследования пациентов с применением широкого спектра специфических и неспецифических лабораторных показателей.

**Цель исследования**: изучить клинические и иммунологические проявления СКВ, оценить степень влияния стадии заболевания, органных повреждений,

сопутствующих патологий на специфические и неспецифические лабораторные показатели. Ранняя диагностика и своевременно начатое лечение могут остановить прогрессирование заболевания и свести к минимуму последствия атрофического и склеротического процесса, улучшив тем самым качество жизни пациента.

Материал собирался в течении 5 лет в рамках научной деятельности ГБУЗ ТОКВКД. Обследованы 54 пациента, страдающих системной красной волчанкой, старше 18 лет. Среди пациентов преобладали женщины (9:1). Основными проявлениями были поражения суставов (85%), кожи (95%), системы крови (59%), почек (61%) и поражение слизистых оболочек (15%). У 60% наблюдалась субфебрильная температура. Кожный процесс чаще локализовался на лице. Для сбора информации была разработана индивидуальная регистрационная карта пациента с опросным листом и паспортом лабораторных исследований. В процессе постановки диагноза у пациентов был проведен комплекс специфических и неспецифических лабораторных тестов. При анализе показателей крови у 45% больных выявлена умеренная гипохромная анемия. У троих пациентов мы наблюдали развитие тяжелой гемолитической анемии. У 56% пациентов был лейкоцитоз, у 18% лейкопения и сдвиг в лейкоцитарной формуле – у 15% больных. Выраженную тромбоцитопению мы наблюдали у 3 больных. Повышение СОЭ отмечено у 75% больных, чаще умеренное, в пределах 20–40 мм/ч, иногда достигает 50–70 мм/ч, отражая, как правило, активность процесса. В ОАМ были выявлены следующие лабораторные признаки поражения почек: практически в 80% случаев протеинурия, в 86% – гематурия. Все пациенты направлялись к нефрологу на консультацию. Гиперпротеинемия обнаружена нами у 41% больных, более чем у половины из них содержание общего белка превышало 90 г/л, обычно при большой выраженности и активности процесса. Гипопротеинемия отмечена лишь у 5 больных при тяжелом поражении почек с нефротическим синдромом и желудочно-кишечного тракта с развитием жировой дистрофии печени. У 65% отмечалась отчетливая гипергаммаглобулинемия, в том числе и значительная у 15% больных с острым и подострым течением болезни, преимущественно в фазу высокой активности. Ревматоидный фактор (РФ) обнаружен у 48% наблюдавшихся нами больных, чаще в низком и среднем титре. После последовательно проведенной комплексной патогенетической и симптоматической терапии у больных значительно улучшились показатели ОАК – у 39%, были скорректированы диспротеинемии – у 25%, снизились показатели ревматоидного фактора – у 30%. Глубоко проводился анализ иммунологического статуса группы пациентов. Положительный результат АНФ отмечается более чем у 90% больных с СКВ и кожными формами этого заболевания, склеродермии, смешанном заболевании соединительной ткани, синдроме Шегрена. Частота обнаружения циркулирующих иммунных комплексов составляла 84%. Количественное определение анти-дсДНК IgG-антител более всего подходит для мониторинга состояния, прогноза и контроля терапии у пациентов с СКВ. У пациентов с СКВ положительный результат при первичном обследовании выявлен у 60%. У 88,5% пациентам определялись антитела к Анти-Sm. В процессе лечения была видна положительная динамика клинического состояния анализируемой группы пациентов, и процент обнаружения аутоантител практически пришел к нулевым показателям. Результаты данных исследований должны интерпретироваться только комплексно, в сочетании с клиническими данными, данными анамнеза, лабораторного и инструментального обследования. СКВ при отсутствии клинической картины не может быть диагностирована только на основании выявления специфичных аутоантител. Несмотря на наличие характерных клинических и лабораторных признаков, большей части пациентов диагноз СКВ был установлен от 3 до 5 лет после появления первых симптомов. Таким образом, наблюдающиеся при системных заболеваниях основные лабораторные сдвиги отражают особенности патогенеза болезни и могут быть использованы для диагностики, определения активности, в меньшей степени – прогноза болезни.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»*
*г. Москва*
**Крестиничева Е. Н., Башкирова Л. М., Бакусева З. Я., Негашева Е. С., Заторская Н. Ф., Гущин А. Е.**

**Актуальность.** Дерматомикозы относятся к числу наиболее распространенных заболеваний в практике дерматовенеролога и имеют высокую эпидемиологическую значимость. Традиционные методы идентификации возбудителя имеют ограничения: микроскопия позволяет выявить мицелий, но не определяет точный вид гриба; микологический посев отличается низкой чувствительностью, длительным сроком выполнения и зависит от условий культивирования. Метод полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР-РВ) обеспечивает высокую чувствительность и точную видовую идентификацию возбудителя за несколько часов. На фоне роста резистентности дерматофитов к стандартным антимикотикам это становится особенно актуальным для выбора адекватной терапии. Внедрение ПЦР-диагностики имеет ключевое значение в дерматологии, обеспечивая точность диагноза, обоснованный выбор лечения и эпидемиологический контроль. Целью нашего исследования стал сравнительный анализ ПЦР-РВ с микроскопическим и культуральным методами в рутинной практике дерматолога у пациентов с подозрением на дерматомикоз.

**Материалы и методы.** В ретроспективный анализ включены данные 258 пациентов, обследованных в филиалах ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2023 г., и 134 пациентов филиала «Юго-Западный» в 2024 г. Исследовали материалы из очагов поражения кожи, волосистой части головы и ногтей. Всем пациентам проводилась КОН-микроскопия с 10–20% раствором гидроксида калия, микологический посев на селективные среды, ПЦР-РВ с использованием зарегистрированного в РФ набора реагентов (РУ № РЗН 2023/19905).

**Результаты и обсуждение.** В выборке 2023 г. наибольшую эффективность показал метод ПЦР-РВ. При поражении гладкой кожи дерматофиты выявлены в 34% случаев методом ПЦР, посевом – в 15%, микроскопией – в 11%. При онихомикозах положительные результаты ПЦР в 48% случаев, посева – в 2%, микроскопии – в 12%. При поражении волосистой части головы ПЦР была положительной в 24%, посев – в 13%, микроскопия – в 6%. Максимальное преимущество ПЦР-диагностики наблюдалось при онихомикозах: чувствительность метода в 4 раза превысила микроскопическое исследование и в 24 раза – посев. Не менее впечатляющие результаты получены при поражении волосистой части головы и гладкой кожи, особенно при инфицировании Trichophyton tonsurans: в образцах волос чувствительность ПЦР-РВ в 6 раз выше по сравнению с посевом, а в образцах кожи – в 2,6 раза. При дерматомикозах, вызванных Microsporum canis, превосходство в чувствительности ПЦР-РВ сохраняется, но разница менее выражена. Данные 2024 года МНПЦДК филиала «Юго-Западный» подтвердили высокую диагностическую эффективность ПЦР в реальном времени. Среди 134 пациентов, обследованных на дерматофитии, метод ПЦР-РВ был применен у 73 человек. В 16 случаях (21,9%) ПЦР выявила возбудителя при отрицательных результатах КОН-микроскопии и микологического посева, демонстрируя высокую чувствительность и клиническую ценность метода при недостаточной информативности традиционных тестов. Не менее значимыми являются клинические наблюдения, которые демонстрируют диагностическую значимость ПЦР-РВ в рутинной практике врача-дерматовенеролога. У ряда пациентов с ранее ошибочными диагнозами метод ПЦР позволил верифицировать дерматофитию и назначить правильную этиотропную терапию. Особое значение имеет случай дерматомикоза, вызванного резистентным к аллиламинам штаммом Trichophyton indotineae. Диагноз был подтвержден с помощью ПЦР, а последующая коррекция лечения с переходом на вориконазол привела к микологическому и клиническому выздоровлению.

**Выводы.** Проведенное исследование показало значительное превосходство метода ПЦР-РВ над КОН-микроскопией и микологическим посевом в диаг-

ностике дерматомикозов. Ключевое клинико-диагностическое достоинство метода – точная видовая идентификации возбудителей, что приобретает важное значение в условиях распространения антимикотикорезистентных штаммов грибов. Представленные клинические случаи свидетельствуют о способности ПЦР-диагностики изменить ход лечения, в том числе в случаях длительно текущих и неправильно леченных микозов. Выявленная эффективность ПЦР-РВ предполагает, что реальная распространенность дерматофитий существенно выше, чем отражено в официальной статистике. Полученные данные подтверждают необходимость внедрения ПЦР-РВ как метода первой линии при подозрении на дерматомикоз в амбулаторной практике врача-дерматовенеролога. Его применение повышает точность и скорость диагностики, позволяет избежать диагностических ошибок и своевременно назначить обоснованное этиотропное лечение.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия «Республиканский кожно-венерологический диспансер» г. Петрозаводск*
**Баллирано Т. В., Карашурова Е. С.**

Псориаз – хроническое иммуновоспалительное заболевание кожи с системными проявлениями, затрагивающее 2–4% населения. В последние годы он рассматривается как фактор риска поражения внутренних органов, особенно сердечно-сосудистой системы (ССС). Современные данные подтверждают, что у пациентов с псориазом повышена частота артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, аритмий и инсульта. Эти нарушения связывают с хроническим воспалением, иммунными дисфункциями и метаболическими изменениями (метаболический синдром, дислипидемия, инсулинорезистентность). В северных регионах, таких как Республика Карелия, проблема приобретает особую значимость: длительный холодный сезон, низкая солнечная активность, выраженная сезонность и особенности питания могут ухудшать течение псориаза и сопутствующих ССЗ. В регионе фиксируются высокие показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии, что требует оценки вклада псориаза в их развитие.

**Цель.** Проанализировать особенности течения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с псориазом, проживающих в Республике Карелия с использованием клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера (г. Петрозаводск) в 2023–2024 гг. В выборку вошли 120 пациентов с псориазом (основная группа) и 60 человек без псориаза (контрольная группа), сопоставимые по возрасту и полу. Критерии включения: • Возраст 25–65 лет; • Подтвержденный диагноз псориаза (PASI ≥5); • Наличие или отсутствие клинически значимых ССЗ (гипертензия, ИБС, дислипидемия и др.). Методы обследования: • Индекс тяжести псориаза PASI; • Измерение артериального давления (АД) в трех точках; • ЭКГ и эхокардиография; • Суточное мониторирование АД (СМАД); • Уровень hs-CRP, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды; • Интерлейкин-6 (ИЛ-6), фибриноген; • УЗИ брахиоцефальных артерий (В-режим, IMT).

**Результаты.** У больных с PASI >20 артериальная гипертензия встречалась в 85,7%, ИБС – в 57,1%, повышенный hs-CRP – у всех. Средний IMT составлял 1,08 мм (против 0,89 мм при PASI <10). Выявлены достоверные корреляции между PASI и hs-CRP (r=0,65), толщиной комплекса интима-медиа (r=0,48), уровнем ЛПНП (r=0,42). У пациентов с псориазом чаще регистрировались гипертензия (65,2% против 41,7% в популяции), ИБС (38,5%) и дислипидемия (55,8%). Длительность заболевания более 10 лет повышала риск СС-осложнений в 1,7 раза. Наиболее выраженные нарушения выявлены у мужчин 45–60 лет с псориатическим артритом и метаболическим синдромом. Климат, дефицит витамина D в зимний период, психоэмоциональные и социальные факторы северных регионов способствуют утяжелению кожного и сердечно-сосудистого процесса.

**Выводы.** У жителей Карелии с псориазом значительно выше частота и выраженность ССЗ, чем в контрольной группе. Тяжесть кожного процесса коррелирует с системным воспалением и ранними признаками атеросклероза. Псориаз следует рассматривать как системную патологию, требующую мультидисциплинарного подхода с участием дерматолога, кардиолога и терапевта, а также обязательного контроля факторов сердечно-сосудистого риска.

# СОДЕРЖАНИЕ

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

**АНАЛИЗ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ И ТИРЕОГЛОБУЛИНУ У ЭУТИРЕОИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО** ..... 1
*Петров В. А., Жукова О. В., Волнухин В. А.*

**АНАЛИЗ БИОМАРКЕРОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ ВУЛЬВЫ** ..... 1
*Чернова Н. И., Проскурина М. И., Задорожная И. С., Смердова М. А., Стукалова М. С., Исаева В. Л., Лаухтина С. А., Сапожникова Н. А., Полевщикова С. А.*

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ДЕРМАТОЗОВ СРЕДИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СРАВНЕНИИ С РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ И ПРИВОЛЖСКИМ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГОМ** ..... 2
*Моисеев А. А.*

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТОПИЧЕСКОЙ И СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ** ..... 2
*Горский В. С.*

**АНДРОГЕНЗАВИСИМЫЕ ДЕРМОПАТИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**..... 3
*Радионов В. Г., Лохматова И. А., Шварева Т. И., Хайминов Е. М.*

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТОВ** ..... 3
*Ключникова Д. Е., Айвазова Т. В.*

**ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ** ..... 4
*Чернявский И. И.*

**ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭВОЛЮЦИИ КОЖНЫХ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ДИФФУЗНОМ КОЖНОМ МАСТОЦИТОЗЕ** ..... 4
*Касихина Е. И., Жукова О. В., Кочетков М. А.*

**ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ И СУСТАВНЫХ ПАТОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА** ..... 5
*Маймасов И. Г., Горбачук Н. В., Климович И. Н.*

**ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ КРОВОТОКА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ** ..... 5
*Каргальцева Н. М.*

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА IGA-ЗАВИСИМОГО БУЛЛЕЗНОГО ДЕРМАТОЗА И БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДВУХ СЛУЧАЕВ** ..... 6
*Согомонян С. А., Шеров В. В., Валитова И. В., Сергеева Е. К., Степченкова Т. И.*

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРИТЕМАТОЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ** ..... 6
*Заторская Н. Ф., Орлова К. А, Валитова И. В, Шеров В. В., Терещенко Г. П.*

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОДОЗИРОВАННОГО ИЗОТРЕТИНОИНА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМЕ РОЗАЦЕА** ..... 7
*Якупов И. А., Строканова А. Е., Студеничник Н. Н.*

**ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ДИЕТОЙ И НЕКОТОРЫМИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИМИ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОК С АКНЕ** ..... 7
*Байтяков В. В., Власова С. А.*

**КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ТРЕВОЖНОГО СПЕКТРА.**..... 8
*Новикова Д. Б., Перламутров Ю. Н.*

**KERION CELSI В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ.**..... 9
*Уткин П. С., Сольнова В. Е., Солнцев В. В., Юнда И. В., Полевщикова С. А., Касихина Е. И.*

**КОМОРБИДНОСТЬ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ДРУГИМИ АУТОИММУННЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ** . . . . . .9
*Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В., Корсунская И. М.*

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ УЗЛОВАТОЙ ПОЧЕСУХИ У ДЕТЕЙ**. . . . . .10
*Уткин П. С., Сольнова В. Е., Солнцев В. В., Касихина Е. И., Жучкина А. В.*

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ PIEDRA ALBA, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**. . . . . .10
*Корнят М. С., Терещенко Г. П., Овчинникова С. П., Малиновская В. В.*

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ДЕВЕРЖИ: УСПЕШНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ИЗОТРЕТИНОИНА**. . . . . .11
*Якупов И. А., Студеничник Н. Н., Строканова А. Е.*

**ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ КАК ПРОЦЕСС ДЕГЕНЕРАЦИИ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН И НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ** . . . . . .11
*Волкова С. Б., Фролова О. В.*

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** . . . . . .12
*Красовска О.Б.*

**НЕИНФЕКЦИОННЫЕ БАЛАНОПОСТИТЫ: РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ** . . . . . .12
*Чернова Н. И., Задорожная И. С., Маркосян Т. Г.*

**ОПЫТ ОЦЕНКИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ НА ПРИМЕРЕ АКНЕ С УЧЕТОМ ПИЩЕВОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ** . . . . . .13
*Эллинская К. А., Эллинский Д. О.*

**ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА И КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПИТИРИАЗА ЛИХЕНОИДНОГО У ДЕТЕЙ** . . . . . .13
*Алхаффар С., Жукова О. В., Солнцев В. В.*

**ОТ ИНФЕКЦИИ К ОБОСТРЕНИЮ: ИНФЕКЦИОННЫЕ ТРИГГЕРЫ ПСОРИАЗА** . . . . . .14
*Каткова К. В., Денисова Е. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В., Корсунская И. М.*

**ПЕРСПЕКТИВЫ СИСТЕМНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОСПОРИНА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕМОСИДЕРОЗОВ КОЖИ НА ПРИМЕРЕ ЭКЗЕМАТИ ДОПОДОБНОЙ ПУРПУРЫ ДУКАСА-КАПЕТАНАКИСА И БОЛЕЗНИ ШАМБЕРГА**. . . . .14
*Ходаковский В. А., Музыченко А. П.*

**ПОЛИМОРФИЗМ RS749174 ГЕНА GSTP1 НЕ АССОЦИИРОВАН С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА У ЖИТЕЛЕЙ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ** . . . . . .14
*Саранюк Р. В., Полоников А. В.*

**ПРИМЕНЕНИЕ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ** . . . . . .15
*Симакова Н. А., Винник Ю. Ю.*

**ПРИМЕНЕНИЕ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ (УФВ 311) В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С УЗЛОВАТОЙ ПОЧЕСУХОЙ** . . . . . .15
*Бородулина К. С., Кашперова О. Г., Прокопова Е. М., Касихина Е. И., Сороченко Е. В.*

**ПСОРИАЗ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ** . . . . . .16
*Хворик Д. Ф.*

**РАЗМЕР ВЫСОТЫ ЭПИДЕРМИСА КОЖИ РАЗЛИЧНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ** . . . . . .16
*Петрова К. С., Щенникова Н. К., Пройдакова Е. В., Советский А. А., Гоева О. Н., Гурули Г. Г., Бруева М. А.*

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРИМЕНЕНИЕМ КОЖНЫХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, СРЕДИ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ НА ПРИМЕРЕ НИЖНЕВАРТОВСКОЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ** . . . . . .17
*Тихомирова А. Н., Ефанова Е. Н., Таскаева Д. Г.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАЛИЧИЯ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ** ..... 17
*Саранюк Р. В., Полоников А. В.*

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ** ..... 18
*Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Доля О. В., Гаджигороева А. Г., Новожилова О. Л., Артемьева С. И., Михайлова И. А., Волнухин В. А.*

**РОЛЬ ДЕРМАТОЛОГА В РАННЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕРМАТОМИОЗИТА** ..... 18
*Бородина М. А., Гуменная Э. Р., Андреенко О. Н., Боткина А. С., Зубова А. А., Лазутина Е. В.*

**СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХЕН. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ. РАДИКАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ НЕРАДИКАЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ**..... 19
*Раджабова М. М.*

**СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЕМОХРОМАТОЗА** ..... 19
*Волкова С. Б., Елина В. С.*

**СОПОСТАВЛЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЛОКАЛЬНОГО ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, ЭКЗЕМОЙ И ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ** ..... 20
*Сенникова С. В., Топтыгина А. П.*

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПСОРИАЗОМ ПРИ УСКОЛЬЗАНИИ ЭФФЕКТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ**..... 20
*Волкова С. Б., Крамник Д. В.*

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ** ..... 21
*Казакова П. О.*

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (НАНОТЕХНОЛОГИЙ)** ..21
*Заславский Д. В., Садыков А. И.*

## ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

**САРКОМА КАПОШИ – МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКИЙ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС**..... 22
*Волкова С. Б., Мурышкина А. А.*

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В КОЖУ** ..... 22
*Катунина О. Р., Бобров М. А.*

**МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ** ..... 23
*Янец О. Е., Корчмит Ю. А.*

**СЛУЧАЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ** ..... 23
*Волкова С. Б., Габуев Б. А.*

**МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ НА ОСНОВАНИИ ПРОТЕОМА ПЛАЗМЫ КРОВИ И ФРАКЦИИ ЭКСТРАКЛЕТОЧНЫХ ВЕЗИКУЛ**..... 24
*Коробков Д. Н., Кононихин А. С., Бугрова А. Е., Бржозовский А. Г., Васильева Е. Ю., Каннер Д. Ю., Комиссаров А. А., Николаев Е. Н.*

**ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ** ..... 24
*Рыбкин С. С., Потекаев Н. Н., Доля О. В., Карпов И. Н., Солнцев В. В., Уткин П. С.*

**К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ**..... 25
*Радионов В. Г., Хайминов Е. М., Шварева Т. И., Лохматова И. А.*

**САМОЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА КАК ИНСТРУМЕНТ РАСШИРЕНИЯ ПАРТНЕРСКОГО СКРИНИНГА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ** ..... 25
*Анохина Л. С., Кисина В. И., Гущин А. Е., Шарапова Е. Н.*

**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ЯВКИ ПАЦИЕНТОВ С ИППП (N. GONORRHOEAE, C. TRACHOMATIS, M. GENITALIUM, T. VAGINALIS) НА КОНТРОЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ. . . . . .26**
*Негашева Е. С., Фриго Н. В., Гущин А. Е., Урпин М. В., Васильцова М. Ю., Хачатурян А. Ю., Баскакова И. Р.*

**ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПАЦИЕНТАМ ГРУППЫ РИСКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ БИОМАРКЕРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ . . . . . 26**
*Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Антонова Ю. В., Плескачева А. Р., Артамонов К. В.*

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИФЦ В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «НЕЙРОСИФИЛИС». . . . . .27**
*Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А.*

**ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОСИФИЛИСА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ. . . . . .27**
*Фриго Н. В., Дмитриев Г. А., Марданлы С. Г., Доля О. В., Китаева Н. В., Жданович А. В.*

**СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/СИФИЛИС. . . . . 28**
*Прожерин С. В.*

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ . . . . . 29**
*Соколовская Т. А., Армашевская О. В.*

**ОПЫТ СОЧЕТАННОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМБИНАНТНЫМ ИНФ АЛЬФА-2БЕТА АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК ВНУТРИУРЕТРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У МУЖЧИН . 29**
*Ким Д. Г., Халдин А. А., Вишневская А. А., Мусаков В. Ю.*

## КОСМЕТОЛОГИЯ

**ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ОМОЛОЖЕНИЮ КОЖИ: СИМБИОЗ ЭКЗОСОМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, РАДИОЧАСТОТНОГО РФ И ИИ . . . . . .31**
*Мороз О. Н.*

**КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ СОВРЕМЕННЫМ ИНГИБИТОРОМ ТИРОЗИНАЗЫ . . . . . .31**
*Звездина И. В., Морозова А. В.*

**ДИАГНОСТИКА РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ . . . . . 32**
*Безуглый А. П., Белков П. А., Безуглый Н. А.*

**ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР. . . . . 32**
*Раджабова М. М.*

## ТРИХОЛОГИЯ

**БИОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННЫХ МЕСТ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВОЛОСЯНОГО ПОКРОВА У ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ . . . . . 33**
*Чернявский И. И.*

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ В МОСКВЕ ЗА 2020–2024 ГГ. . . . . 33**
*Терещенко Г. П., Гаджигороева А. Г., Толстогузова Э. В., Новожилова О. Л., Березовская Е. М.*

**К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕКОТОРЫХ ТРИХОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ. . . . . 34**
*Карасев Е. А.*

**ТОКСИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ И ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ – ЧТО ПЕРВИЧНО? . . . . . 34**
*Беленкова А. А., Волкова С. Б.*

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ, ИМИТИРУЮЩЕГО ГАНГРЕНОЗНУЮ ПИОДЕРМИЮ** ... **36**
*Исраилова Ф. А., Исматуллаева С. С., Уткин Д. В.*

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСОРИАЗИФОРМНОЙ ТОКСИДЕРМИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПЕМБРОЛИЗУМАБОМ**..... **36**
*Каирова А. Н., Крючкова К. Ю., Ефрим О. И., Черкун А. И.*

**СИНДРОМ СТИВЕНСА–ДЖОНСОНА С ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ У РЕБЕНКА 4,5 ЛЕТ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**.....**37**
*Сидоренко Е. Е., Останина И. А., Суханова И. В., Мигель Д. В., Лоскутова В. Е., Крапивкин А. И.*

**ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ** .....**37**
*Шустов Н. В., Воробьева М. С., Шустова В. Н.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА** ..... **38**
*Крестиничева Е. Н., Башкирова Л. М., Бакусева З. Я., Негашева Е. С., Заторская Н. Ф., Гущин А. Е.*

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ**..... **39**
*Баллирано Т. В., Карашурова Е. С.*

# ПРОГРАММА МЕРОПРИЯТИЯ
# КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ
# ТЕЗИСЫ

15 Всероссийский Форум
Национального Альянса
дерматовенерологов и косметологов
с международным участием

# «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

**21–22 октября 2025 года**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС»

Сдан в набор 19.10.2025. Подписано в печать 19.10.2025.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная.

ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС», 127434, Москва, ул. Дубки, д.2, офис этаж 1, помещ. IV

