НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

14 Всероссийский Форум Национального Альянса дерматовенерологов и косметологов с международным участием

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: СИНТЕЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ»

СБОРНИК ТРУДОВ

15–16 октября 2024 Москва

Научный редактор Сборника Трудов
14 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

IGA-ЗАВИСИМЫЙ ЛИНЕАРНЫЙ ДЕРМАТОЗ С ЯЗВЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», РУДН
Москва
Шалагинова А. В., Гурдуз В. В., Денисова Е. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В., Хамаганова И. В.

IgA-зависимый линеарный дерматоз — редкое аутоиммунное буллезное заболевание, которое характеризуется везикуло-буллезными субэпидермальными высыпаниями, поражающими кожный покров и слизистые оболочки и линейным гомогенным отложением IgA в зоне базальной мембраны эпидермиса. T. Chorselsk и соавторы описали этот дерматоз в 1979 г. как самостоятельное заболевание. Линеарный IgA-дерматоз встречается у взрослых в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Описаны случаи заболевания этим дерматозом новорожденных и детей до 5 лет. Встречается крайне редко, чаще болеют женщины. Выделяют идиопатический и аллергический (лекарственный) генез развития заболевания. Описаны случаи появления линеарного IgA-дерматоза после приема карбамазепина, ацетоминофена, ванкомицина, пенициллина, цефтриаксона, рифампицина, метронидазола, нестероидных противовоспалительных средств, противоэпилептических препаратов и др. В некоторых случаях данное заболевание может быть проявлением паранеоплостического процесса. Линеарный IgA –зависимый дерматоз нередко ассоциируется с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, реже с глютенсенситивной энтеропатией.
Клинический случай. Пациент Ю., 66 лет.
Жалобы: на высыпания на коже туловища, подмышечной области, верхних и нижних конечностей, без субъективных ощущений. Анамнез заболевания: считает себя больным с мая 2023 г., когда впервые отметил появление высыпаний на коже. Манифест заболевания ни с чем не связывает. Обратился к дерматовенерологу по месту жительства, выставлен диагноз: Пемфигоид Левера? Назначено лечение: антигистаминные препараты, ТГКС, без эффекта. Амбулаторно выполнена биопсия кожи, заключение: патологические изменения соответствуют картине пузырного дерматоза с субэпидермальной локализацией пузыря, могут наблюдаться при буллезном пемфигоде. Для уточнения диагноза рекомендуется проведение ПИФ на замороженных срезах в биоптате, взятом вне пораженной кожи. Направлен на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В. Г. Короленко». В условиях суточного стационара проведен забор биологического материала для проведения повторного гистологического и ПИФ исследований, по совокупности результатов которых наиболее вероятен линейный IgA-дерматоз.
Получал лечение: антибактериальную терапию, противолепрозное средство (дапсон), системные ГКС (с постепенным снижением дозы), выполнено два тура цитостатического препарата из группы антиметаболитов (раствор метотрексат в дозе 10 мг/нед, 15 мг/нед. соответственно), местное лечение. Выписан с улучшением и рекомендациями продолжить прием системных ГКС, противолепрозного препарата (дапсон). Рекомендации не соблюдал, самостоятельно отменил препараты через несколько дней после выписки. Постепенно отметил появление свежих элементов сыпи в виде эрозий, язв, в связи с чем был повторно госпитализирован в апреле 2024 г.
На момент повторной госпитализации кожный патологический процесс носил хронический воспалительный, распространенный, симметричный характер. Локализовался на коже туловища, верхних и нижних конечностей, в подмышечной области. В подмышечной области, на внутренней поверхности верхней трети области плеч, туловища, голеней язвы от 5х6 см до 5х10 см, глубиной до 1,5 см вялогранулирующие, с серозно-гнойным отделяемым. Отмечалась «мраморность» кожных покровов. Симптом Никольского отрицательный. Ногтевые пластины, волосы не поражены. Периферические лимфатические узлы интактны. Дермографизм смешанный. Пациенту, с учетом тяжести кожного процесса возобновлен прием системных ГКС, а также назначено антибактериальное лечение, с положительной динамикой.
Ценность описанного клинического случая заключается как в редкости самой нозологии, что создает трудности при постановки данного диагноза, так и в особенностях течения данного заболевания у конкретного пациента, вероятнее всего обусловленное самостоятельной отменой системных ГКС. Это подчеркивает необходимость обязательного проведения гистологического и ПИФ исследований, у всех пациентов с наличием высыпаний в виде буллезных и эрозивно-язвенных элементов, с целью верификации диагноза, а также приверженность лечению у пациентов.

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИНФЕКЦИЯ COVID-19 НА ПРИМЕРЕ ПСОРИАЗА

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

С момента начала коронавирусной инфекции в мире зафиксирован рост заболеваемости аутоиммунными болезнями, в том числе дерматологического профиля. В результатах последних крупномасштабных исследований отмечается, что риск развития очаговой и тотальной алопеции, псориаза, витилиго, пузырчатки, АНЦА-ассоциированного васкулита, болезни Крона, был выше в группе пациентов, перенесших ранее COVID-19, также указывается, что он связан с тяжестью перенесенной инфекции. Существуют предположения о том, что SARS-CoV-2 нарушает аутотолерантность и вызывает аутоиммунные реакции посредством перекрестной реактивности, что приводит к развитию аутоиммунных заболеваний, в других гипотезах говорится о том, что выброс цитокинов во время разгара инфекционного процесса (т. н. «цитокиновый шторм») запускает сложный каскад реакций, приводящий к аутоиммунным процессам. По нашим наблюдениям, в ряде случаев пациенты четко связывают манифест заболевания с перенесенной коронавирусной инфекцией, что подтверждается проведенными лабораторными тестами (ПЦР диагностика SARS-CoV-2 в анамнезе или исследование крови методом ИФА на специфические антитела). В большинстве случаев это такие дерматозы как псориаз,

пузырчатка и склеродермия. С 2021 по 2023 гг. на базе ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» зафиксирован ряд случаев манифеста псориаза после перенесенной коронавирусной инфекции, клиника которого характеризовалась особенной реактивностью и торпидным течением. Так, в кратчайшие сроки (от нескольких дней до недели) развивалось генерализованное поражение кожи, доходящее до псориатической эритродермии. Вместе с тем, описаны случаи обострения аутоиммунных дерматозов во время активной фазы инфекции, а также после перенесенного COVID-19. Однако обострение хронического дерматоза протекает, как правило, нетипично и характеризуется изменением клинической картины: увеличением площади поражения кожи, трансформации в более тяжелые формы и также торпидностью к проводимой терапии. По нашим наблюдениям, у пациентов с псориазом, которые ранее у нас наблюдались, при обострении после инфекции COVID-19, отмечалось следующее: распространенность высыпаний более чем на 80% тела (при сравнении с клинической картиной при предыдущих обострениях), высыпания отличались выраженностью степени инфильтрации и экссудативного компонента. Среди данной группы были пациенты с псориатической эритродермией и с конкурирующим диагнозом токсидермия. Важно, что в периоды предыдущих госпитализаций не применялись эфферентные методики лечения, а также цитостатическая и иммунносупрессивная терапия. Проведен ретроспективный анализ данных 201 медицинской карты больных с псориазом, по результатам которого выявлено, что у большинства наших пациентов имеется отягощенный коморбидный фон, к декомпенсации которого зачастую приводит коронавирусная инфекция. В связи с этим терапия таких пациентов имеет определенные трудности. Наличие у пациента коморбидных заболеваний способствует увеличению длительности стационарного лечения и увеличивает риск осложнений, существуют ограничения в назначении физиотерапевтического лечения, эфферентных методик и не всегда возможна иммунносупрессивная терапия. В ряде исследований было обнаружено, что у людей с псориазом более высокая частота церебральных, сердечно-сосудистых и заболеваний гепатобилиарной системы, что, вероятно, связано с эндотелиальной дисфункцией и системным воспалением. Нередко манифестирует псориатическая артропатия, а у пациентов с имеющимся псориатическим артритом усугубляется болевой синдром, в процесс вовлекаются новые группы суставов. Различные исследования с использованием глобального набора данных о COVID-19 и наши собственные наблюдения показывают, что группа пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, имеет более высокий риск развития различных аутоиммунных заболеваний. Необходим тщательный мультидисциплинарный мониторинг больных с аутоиммунными заболеваниями после перенесенной коронавирусной инфекции, как для своевременной коррекции лечения сопутствующих заболеваний, так и для ранней диагностики впервые возникших дерматологических и других патологий.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОЙ И ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

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

Введение. Красная волчанка — мультифакториальное аутоиммунное воспалительное заболевание соединительной ткани, поражающее различные органы и системы и имеющее широкий спектр клинических проявлений. Кожные формы красной волчанки (ККВ) часто сопровождаются различными коморбидными состояниями, которые оказывают существенное влияние на процесс наблюдения и лечения больных. Полиморбидность, в свою очередь, предполагает наличие двух или более заболеваний, которые могут и не находиться в причинно-следственной связи с ККВ. Следовательно, полиморбидность — это более широкое понятие, ориентированное на весь комплекс заболеваний пациента, а не на одно «основное» заболевание. На ранних стадиях КВ ведущую роль играют проявления основного заболевания, являющиеся основной мишенью терапевтического воздействия. По мере увеличения давности заболевания картина меняется: наряду с возникновением обострений с поражением ранее интактных органов или ухудшением со стороны ранее заинтересованных систем отмечаются симптомы, обусловленные сопутствующей патологией или осложнениями лекарственной терапии. Нередко коморбидные состояния доминируют, определяют качество жизни больного, влияют на прогноз и требуют особых подходов к лечению Цель исследования. Провести анализ коморбидных и полиморбидных заболеваний у пациентов с кожными формами КВ. Материал и методы. Проведен анализ результатов проспективного наблюдения 50 пациентов, получивших медицинскую помощь в филиале «Клиника им. В. Г. Короленко» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2017–2024 гг. Дискоидная красная волчанка диагностирована у 45 (90,0%) больных, подострая кожная КВ — у 4 (8,0%) и другая ограниченная красная волчанка — у 1 (2,0%) женщины. Среди пациентов мужчин было 23 (46,0%), женщин — 27 (54,0%). Средний возраст пациентов составил 57,7 лет (минимальный возраст 39 лет, максимальный — 68 лет). Длительность заболевания варьировала от 1 до 10 лет. Выполнен описательный и сравнительный статистический анализ данных. Результаты. Полиморбидные заболевания были выявлены у всех пациентов с КВ. Заболевания легких были диагностированы у 5 пациентов (11,1%), ЛОР-патология — у 4 пациентов (8,9%), заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — у 16 пациентов (35,6%), эндокринные патология — у 17 пациентов (37,8%), гинекологические и урологические заболевания — у 20 пациентов (44,4%), другие патологии — у 13 пациентов (28,9%). Сочетанная патология наблюдалась у всех пациентов с ДКВ с преобладанием заболеваний сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и эндокринной патологии. Остеоартрит был наиболее распространённым заболеванием и отмечался у 33,3% пациентов; ревматоидный артрит — у 17,78% пациентов, спондилоартропатии — у 2,22% пациентов. Болезни суставов и офтальмологическая патология явились основными коморбидными заболеваниями при ККВ. Результаты исследования продемонстрировали, что у 11 (52,4%) из 21 пациента с КВ, принимавших гидроксихлорохин, развилась офтальмопатия: ОШ (ДИ 95%) составил 2,018 (0,851–4,786). Болезни суставов и сердечно-сосудистой системы (ССС) у половины больных ДКВ были диагностированы уже после постановки диагноза, что позволяет отнести их к коморбидной патологии. Риск развития суставной и ССС патологии чаще ассоциирован с проведением системной глюкокортикостероидной терапии: ОШ (ДИ 95%) составил 4,828 (1,440–6,184). Заключение. Таким образом, коморбидные состояния имелись у 37 (74,0%) пациентов с кожными формами красной волчанки. Наиболее частыми коморбидными состояниями являются сердечно-сосудистые заболевания, болезни суставов и офтальмологическая патология.

ВЛИЯНИЕ ТОПИЧЕСКОГО И ПЕРОРАЛЬНОГО МИЛИАЦИНА НА ЦИКЛ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ У МЫШЕЙ ЛИНИИ C57BL/6 В МОДЕЛИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Оренбурга
Оренбург
Башмалух Н. В., Николаева Т. В., Полякова В. С.

Введение. Андрогенетическая алопеция (АГА) — распространенное, хроническое заболевание, характеризуется прогрессирующей миниатюризацией волосяных фолликулов (ВФ). Согласно литературным данным, растительные препараты оказывают положительное влияние на ВФ при АГА, в результате чего уменьшается выпадение волос. Широкую известность получили тритерпеноиды, к которым относится милиацин, получаемый из шелухи проса и обладающий различными биологическими эффектами. Цель. Установить особенности влияния топического и перорального милиацина на цикл волосяных фолликулов в модели андрогенетической алопеции. Материалы и методы. Исследование проводилось на 18 самцах мышей линии C57BL/6. Животные были разделены на 3 группы по 6 особей в каждой. Эксперимент длился 28 дней, и начальным

днем был день индукции анагена, который осуществлялся путем депиляции волос на спине животных. Исследование выполнялось в соответствии с этическими нормами и правилами обращения с лабораторными животными. Модель АГА была воспроизведена у животных I и II опытных групп, которым ежедневно наносили гель с тестостероном в дозе 5 мг/кг. Животные I группы дополнительно получали местное средство, состоящее из кристаллического милиацина, растворенного в полиоксиэтилированном (20) сорбитаноолеате в концентрации 30 мг/мл основы. Животным II группы через день вводили перорально милиацин, растворенный в триацилглицеридах, в дозе 2 мг/кг массы тела. Кристаллический милиацин был получен по стандартной методике. Интактные животные составили контрольную группу. Образцы кожи области депиляции отбирались на 28-е сутки. После фиксации образцов в забуференном 10% нейтральном формалине в течение суток, их подвергали стандартной гистологической обработке. Срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином Майера и эозином, затем исследовали с использованием методов световой микроскопии, морфометрии и статистического анализа. Определяли стадии цикла, рассчитывали удельный вес ВФ на каждой фазе цикла, а также индекс цикла волосяных фолликулов. Результаты. В коже мышей контрольной группы на 28-й день после индукции анагена все ВФ находились в стадии телогена и индекс цикла ВФ в этой группе составил 5,0±0,0 балла. У мышей I опытной группы, которым наружно наносили состав с милиацином, преобладали ВФ в стадии анагена, индекс цикла ВФ составил 2,9±0,04 балла. Анализ распределения анагеновых ВФ по стадиям цикла показал, что во II опытной группе животных, получавших милиацин внутрь также преобладали ВФ в стадии анагена. Индекс цикла ВФ в коже мышей данной группы был равен 3,67±0,15 балла. Данное значение цикла, свидетельствовало об анаген-катагеновой трансформации ВФ и завершении стадии анагена. В противоположность этому, индекс цикла ВФ в коже мышей, получавших милиацин наружно, составил 2,9±0,04 балла, что свидетельствует о переходе ВФ из стадии среднего анагена в стадию позднего анагена и продлении стадии анагена. Различия между этими экспериментальными группами по индексу цикла ВФ были статистически значимыми (p<0,01). Выводы. Применение топического милиацина и милиацина внутрь по-разному влияет на цикл ВФ в коже мышей экспериментальных групп в модели андрогенетической алопеции. На основании полученных данных можно предположить, что топическое применение милиацина может продлевать стадию анагена за счет трихотропного влияния на цикл ВФ, в отличие от према милиацина внутрь.

ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ташкентский государственный стоматологический институт, многопрофильный госпиталь «Doctor Di»
Ташкент
Аляви С. Ф.

Нами было проведено исследования интерферонового (ИФН) статуса у больных псориазом. Исследовались сывороточный интерферон, способность лейкоцитов продуцировать спонтанный, альфа и гамма интерфероны. Значения сывороточного интерферона и продукция лейкоцитами спонтанного интерферона у больных с псориазом достоверно превышала показатели контроля в 5,5 раза (p>0,05) и 3,61 раза (p<0,01), соответственно. Продукция лейкоцитами периферической крови ИФН-α отличалась большим размахом индивидуальных значений как у здоровых, так и у больных. Нами выявлена достоверно низкая продукция ИФН- α у больных с псориазом в сравнении с контролем в 1,95 раза (p<0,05). У больных с псориазом продукция лейкоцитами ИФН-γ выявлялась достоверно выше контрольных значений почти в 1,6 раз (p<0,001). По окончании традиционной терапии, включавшей применение ПУВА, а также противовоспалительных, дезинтоксикационных лекарственных средств, было установлена коррекция уровня интерферонового статуса сторону контрольных значений. Так, в общей группе больных псориазом снижение продукции сывороточного ИФН произошло в 1,8 раза (p<0,01), ИФН-γ в 1,15 раза (p<0,01) и спонтанного ИФН в 2,4 раза (p<0,05). Показатель ИФН-α увеличился в 1,44 раза (p<0,01). Однако, ни в одном случае не было достигнуто восстановление до значений контрольных величин, что вероятно являлось следствием недостаточной эффективности традиционной терапии.

ВЛИЯНИЕ ШИРОКОПОЛОСНОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА И ИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ЛИФТИНГА НА КОЖУ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ. МЕТОДЫ ЗАЩИТЫ ГЛАЗ ОТ АППАРАТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

г. Москва
Нагибина Е.В

Актуальность: одним из основных вызовов при коррекции параорбитальной области является близость к ней органов зрения. Это обстоятельство может существенно ограничивать возможности врача-косметолога в плане выбора и применения техник коррекции. Пациенты часто обращаются к косметологу с жалобами на состояние кожи в области вокруг глаз. Помимо косметических дефектов, в этой зоне могут наблюдаться и сопутствующие заболевания с дерматологическими проявлениями, такие как, например, розацеа — подтип офтальморозацеа. Для офтальморозацеа характерно нарушение функционирования мейбомиевых желез. Эта дисфункция проявляется в недостаточном образовании и\или ухудшении качества секрета сальных желез век, что ведет к закупорке выводных протоков и истончению липидного слоя прероговичной слезной пленки. Зарубежные исследования доказывают, что при лечении розацеа интенсивным импульсным светом (IPL) в периорбитальной области удавалось уменьшать выраженность синдрома сухого глаза. В то же время, работа в параорбитальной области методом игольчатого радиочастотного лифтинга позволяет уплотнить кожу и уменьшить глубину морщин.
Цель: оценить сочетанное применение игольчатого радиочастотного (РФ) лифтинга и интенсивного импульсного света (IPL) у пациентов с морщинами в параорбитальной области, у пациентов с розацеа, у пациентов с синдромом сухого глаза. Определить методы безопасности при работе в периорбитальной области, для минимизации потенциальных рисков, такие как повреждение зрительного аппарата, повышенная светочувствительность, выпадение ресниц и ухудшение зрения.
Материалы и методы: пациенты в возрасте 30–50 лет с жалобами на снижение эластичности кожи вокруг глаз, пациенты с признаками синдрома сухого глаза, обусловленными дисфункцией мейбомиевых желез, пациенты с розацеа. Пациентам проводился тест Ширмера для определения степени выраженности синдрома сухого глаза. На кожу периорбитальной области воздействовали широкополосным светом и фракционным игольчатым РФ-лифтингом.
Результаты: сочетание двух физических факторов позволило продемонстрировать улучшение качественных характеристик кожи периорбитальной области, улучшение цвета, уменьшение выраженности отёка, уменьшение глубины морщин.
Тест Ширмера, проведённый «до» и «после» курса процедур, показал снижение выраженности синдрома сухого глаза (ССГ), что доказало эффективность IPL технологии в терапии ССГ.
Вывод: на основании проведённой работы разработан протокол процедуры сочетанного применения IPL терапии и игольчатого РФ лифтинга для эффективной работы с кожей в параорбитальной области. Также было показано, что данная сочетанная методика может воздействовать сразу на несколько проблем, улучшая не только эстетический вид, но и положительно влияя на работу мейбомиевых желез, на качество и количество слёзной жидкости.

ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В ТЕРАПИИ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА

Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Владикавказ
Дзиццоева А. А., Базаев В. Т.

Цель. Изучить влияние комплексной терапии с применением внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на динамику клинической картины больных вульгарным псориазом. Задачи. В процессе выполнения поставленной цели было необходимо решить следующие задачи: — Оценить эффективность применения ВЛОК в комплексном лечении больных вульгарным псориа-

зом; — Определить частоту осложнений и побочных эффектов при использовании ВЛОК у пациентов с вульгарным псориазом. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 56 больных в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст — 40,53±2,24 лет) со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза, которые получали лечение в стационаре РКВД. Мужчин — 31 человек (55,4%), женщин — 25 (44,6%). Давность заболевания составила от 5 месяцев до 25 лет. Кожные проявления соответствовали средней (n=38) и тяжелой (n=18) степени тяжести. Первая группа пациентов (n=28) получала метотрексат. Вторая группа (n=28) вместе с метотрексатом получала 4 курса внутривенной лазеротерапии с помощью аппарата «Матрикс-ВЛОК» (Россия), курс состоял из 10 сеансов. Наружное лечение было представлено топическими глюкокортикостероидами. Все пациенты перед лечением прошли необходимое обследование, согласно клиническим рекомендациям. Результаты и обсуждения. Согласно данным проведенного исследования среднее зна-чение индекса PASI в исследуемых группах соответствовало средней и тяжелой степени тя-жести вульгарного псориаза. До лечения: в первой группе индекс PASI составлял 25,75±14,37, во второй –27,14±14,91. Результаты лечения через 12 недель: в первой группе индекс PASI 75–85%, во второй — PASI 85–95%. При сопоставимой длительности стационар-ного лечения, начало улучшения патологического кожного процесса у больных первой группы наступило на 16,75±0,76 день от начала терапии, второй — на 10,13±0,57 день, что достоверно раньше на 39,49% (p<0,001). Проведенная терапия не вызвала ни у одного пациента осложнений и побочных явлений. Выводы. Выявлена достоверная клиническая эффективность и безопасность комплексной терапии псориаза с применением ВЛОК, что характеризуется PASI 85–95%, более ранним началом регресса кожных высыпаний, большим количеством пациентов, выписанных с состоянием клинического выздоровления и значительного улучшения.

ВРОЖДЁННЫЙ ГИГАНТСКИЙ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ МЕЛАНОЦИТАРНЫЙ НЕВУС У ПАЦИЕНТА 17 ЛЕТ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал Юго-Западный Москва
Симановская Е. Ю., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., Заторская Н. Ф.

Веррукозный эпидермальный меланоцетарный невус (ВЭМН) — редкий представитель эпидермальных невусов, является систематизированным папилломатозом, нередко с вовлечением в процесс дермы, что иногда сопровождается воспалительной реакцией. Общепринятая классификация эпидермальных невусов отсутствует. В основе этого генодерматоза возможно лежит аномалия в эктодерме зародыша, из которого развивается эпидермис и нервная система плода. В отличие от ограниченного варианта, множественная диссеминированная разновидность — большая редкость. Она представляет обширные, диффузные поражения кожного покрова и не имеет тенденции к спонтанному разрешению. Гистологическая картина представляет собой папиллому с гиперкератозом на фоне акантоза разной степени выраженности. Больной М., 17 лет, со слов матери, болен с рождения, высыпания на коже субъективно не беспокоят. Признаки клинической активности отсутствуют. В динамике увеличение размеров соответствует темпам роста пациента. В течение жизни появляются новые пигментные образования по всему кожному покрову, особенно после контакта с солнечными лучами. В раннем возрасте осмотрен генетиком, проводилось МРТ головного мозга (данные не предоставлены). Получал хирургическое лечение (частичное иссечение и криодеструкция) в 2008–2009 гг. При МРТ 06.04.2022: данные за очаговое поражение или объёмный процесс головного мозга не получены и выявлена киста в основной пазухе, и искривление носовой перегородки; гипоплазия правой подвздошной артерии. 15.06.2022 при консультировании онкологом ЦАОП МДГКБ данные за течение неопластического процесса кожи не отмечены. Наследственность не отягощена. Локальный статус: хронический патологический процесс захватывает более 50% кожного покрова: кожу спины, передней поверхности живота, боковых поверхностей туловища, половых органов, ягодиц, передних и задних поверхностей бёдер до колен. Поражения чётко очерчены со здоровой кожей. Представлены монохромными, светло-коричневыми очагами гомогенной пигментации. Дермографизм красный. Фотокартирование не проводилось. Дерматоскопически определены меланоцитарные образования, белая зона по типу рубца в центре. Диагноз: врождённый гигантский эпидермальный меланоцетарный невус. Рекомендации: режим общий, щадящий. Использовать фотозащитные средства в весенне-летний периоды с индексом защиты SPF 50+, носить одежду из натуральных тканей (хлопок, лён), наблюдение у дерматолога 1 раз в 6 месяцев, при консультировании у онколога 1 раз в год. Плановое фотокартирование.

ДИПЕПТИДИЛ-ПЕПТИДАЗА ТИПА 4 И ПЕРОКСИСОМНЫЙ АППАРАТ КЛЕТОК — ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МИШЕНИ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОДНОВРЕМЕННО НА ПСОРИАЗ, ОЖИРЕНИЕ И ДЕПРЕССИЮ

Ставропольский государственный медицинский университет (СтГМУ)
Ставрополь
Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А.

Цель: Представить описание клинического случая молодого мужчины с коморбидностью тяжёлого псориаза, ожирения, сахарного диабета (СД) 2-го типа и депрессии, где эффективным как в отношении улучшения гликемического контроля, так и в отношении кожного заболевания, и в отношении депрессии — оказалось присоединение к терапии комбинации ингибитора дипептидил-пептидазы типа 4 (иДПП-4) алоглиптина и активатора PPAR-γ пиоглитазона. Материал и методы: Наблюдался 27-летний мужчина со стажем псориаза с подросткового возраста, ранее получал различные глюкокортикоидные мази, солидоловую и дегтярную мази, местные ретиноиды, инъекции витаминов группы В, внутрь — метотрексат с фолацином. На момент обращения за консультацией получал по федеральной квоте адалимумаб (моноклональное антитело против фактора некроза опухолей-альфа, ФНО-α). В 20-летнем возрасте эндокринологом был установлен диагноз ожирения 1-й степени (ИМТ = 30,6), дислипидемии и СД 2-го типа, назначен метформин 1500 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут. Страдал депрессией также с подросткового возраста, неоднократно обращался к психиатрам. Получал разнообразную психофармакотерапию (ПФТ) — без особого эффекта. Результаты: Имеются литературные данные о том, что как клетки жировой ткани, так и клетки ЦНС, и клетки кожи различных типов (кератиноциты, фибробласты, резидентные макрофаги и т. п.) активно экспрессируют ДПП-4, и что препараты группы иДПП-4 могут быть эффективны и в снижении массы тела, и в улучшении течения псориаза, и в нормализации гликемии у пациентов с СД 2-го типа, и в купировании депрессии. Имеются также данные о том, что активация PPAR-γ и/или PPAR-α не только способствует похудению и коррекции метаболических нарушений, но и улучшает течение псориаза, устраняет инсулинорезистентность ЦНС и способствует купированию депрессии. Кроме того, активация PPAR-γ может повышать чувствительность псориатических высыпаний к терапии УФ-Б излучением. Все эти данные были обсуждены с самим пациентом и с его лечащим эндокринологом. По итогам обсуждения, было принято коллегиальное решение — увеличить метформин до 2000 мг/сут с добавлением 100 мкг/сут сублингвального витамина В12, добавить комбинацию алоглиптин 25 мг/пиоглитазон 30 мг под контролем гликемии. Аторвастатин 20 мг/сут был заменен на фенофибрат 145 мг/сут. Параллельно с этим пациент получил у дерматовенеролога направление на курс УФ-терапии. В результате была достигнута ремиссия как кожных высыпаний, так и депрессивного состояния. Улучшилось когнитивное функционирование пациента, снизились уровни гликированного гемоглобина (HbA1c) и фруктозамина в крови, нормализовался липидный профиль крови. За 8 месяцев терапии пациент похудел на 18 кг (ИМТ = 25,3). Выводы: Фермент ДПП-4, ввиду его плейотропности (участия в метаболизме не только инкретинов, но и целого ряда других биологически активных веществ), а также его широкой представленности не только в пищеварительном тракте, но и в коже, жировой ткани, ЦНС — является перспективной мишенью для одновременного воздействия как на СД 2-го типа и ожирение, так и на депрессию, и на иммунопатологические

нарушения при псориазе. Столь же перспективным в одновременном лечении всех этих заболеваний — и столь же потенциально многообразным по достигаемым положительным эффектам — является и воздействие на пероксисомный аппарат клеток с помощью таких его активаторов, как глитазоны и фибраты.

ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ МИКРОБИОТЫ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПОДДЕРЖИВАЮТ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА

ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва, Россия
Сенникова С.В.,Топтыгина А.П.

Изменения в составе микробиоты кожи у больных псориазом поддерживают провоспалительный профиль местного иммунитета. Сенникова С.В.[1], Топтыгина А.П.[2] 1ФГБУ «Клиническая больница №1» Управ. делами Президента РФ, Москва, Россия 2ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва, Россия Введение. Нарушения в составе микробиоты кожи рассматривается в качестве триггерного фактора, запускающего начало псориатического воспаления. Многие авторы находили различные отклонения в спектре микробиоты у больных псориазом, однако конкретные данные сильно разнятся. Цель работы: изучить отличия состава микробиоты у больных псориазом с локализацией поражения на кожи кистей рук от группы здоровых и сопоставить с параметрами местного иммунитета. Материалы и методы. Обследованы 24 человека 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 (время с момента постановки диагноза 8,87 лет). Группу сравнения составили 20 здоровых взрослых. Обследованные подписывали информированное согласие. Оценку тяжести заболевания проводили согласно индексу PASI, который составил 11,1±0,44. Биологический материал для посева брали стерильным сухим тампоном с псориатического очага на коже кистей у больных и с кожи кистей у здоровых. Капиллярную кровь забирали из пальца руки у здоровых или рядом с очагом воспаления у больных псориазом в микровету с ЭДТА по 200 мкл. Проводили посевы на диагностические среды, видовую идентификацию проводили путем микроскопии с окрашиванием по Граму, с использованием биохимических тест-систем и на микробиологическом анализаторе BactoSCREEN (НПФ «Литех», Россия). 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). Полученные результаты подвергли статистическим методам обработки. Результаты и обсуждение. У больных преобладала кокковая флора (более 50%): S. Epidermidis, S. Haemolyticus, S. Hominis, S. Capitis, S. aureus, тогда как в группе здоровых – лишь 36,96% были отнесены к Staphilococcus spp., при этом выделялись в основном S. Epidermidis. В группе больных в 2 раза чаще встречались Micrococcus spp., и, напротив, в 2 раза реже Bacillus spp. и Corynebacterium spp., у больных псориазом вообще не были обнаружены Lactobacillus spp., Candida spp., Brachybacterium spp., Kocuria spp., Neisseria spp. и Rothia spp., составившие в группе здорового контроля 23,91%, но были обнаружены Moraxella spp., Actinomyces spp., Cryptococcus spp., Paenibacillus spp. и Pseudomonas spp., составившие 10,73%, отсутствовавшие у здоровых. Ни у одного обследованного не было обнаружено грибов рода Malassezia. Из 15 исследованных цитокинов в группе больных были значимо повышены провоспалительные цитокины: IL-1β – в 30,3 раза, IL-6 – в 1,8 раза, TNF – в 4,9 раза. Цитокины, связанные с патогенетической осью IL-23/IL-17/IL-22 также были значимо повышены: IL-17A – в 4,1 раза, IL-17F – в 1,9 раза, IL-22 – в 2,9 раза, IL-23 – в 3,9 раза. Кроме того были значимо повышены цитокины, синтезируемые поврежденными воспалением кератиноцитами: IL-25 – в 2,6 раза и IL-33 – в 2,3 раза. IL-10 и IL-31 не отличались от группы здоровых. Отсутствие реакции IL-10 на воспаление свидетельствует о нарушении регуляторных механизмов при псориазе. IL-31 опосредует чувство зуда при аллергической патологии кожи, но при псориазе ощущение зуда контролирует IL-33. Выводы. Нами показано, что видовой состав на очагах псориатического воспаления отличается от микробиоты в тех же локациях у здоровых людей. Следовательно, сдвиг в составе микробиоты не только является триггером, запускающим псориаз, но также сопровождает заболевание. У больных преобладает кокковая и условно патогенная микрофлора. Такой более агрессивный состав микробиоты повреждает кератиноциты, поддерживает локальное воспаление в псориатической бляшке, формируя петлю обратной положительной связи, о чем свидетельствует провоспалительный профиль цитокинов капиллярной крови, взятой рядом с очагом псориатического воспаления.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. КРИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского» (ННГУ) г. Нижний Новгород
Петрова К. С., Пройдакова Е. В.

Современная наука уделяет особо пристальное внимание взаимодействию специалистов и систем искусственного интеллекта. Развитие этой отрасли закреплено в нашей стране в том числе на законодательном уровне в виде Национальной стратегии развития искусственного интеллекта (ИИ) на период до 2030 года, утвержденной Указом Президента РФ от 10.10.2019 № 490. В печати появляется все больше статей, посвященных возможностям применения систем искусственного интеллекта и их потенциальных возможностей в медицине, в том числе в дерматовенерологии. При создании учебного курса для врачей, объединяющего обучение навыкам изучения профессиональной информации в области анализа данных и искусственного интеллекта и общей информации о степени развития систем искусственного интеллекта в медицине, авторы курса столкнулись с рядом интересных особенностей. Цель работы. Определить наиболее значимые и необходимые направления развития искусственного интеллекта в дерматовенерологии по результатам литературного анализа. Материалы и методы. Проанализировано более 250 литературных источников, находящихся в открытых базах данных РФ и зарубежных. Результаты исследования. Наибольшее количество публикаций, как отечественных, так и зарубежных посвящено возможностям применения систем искусственного интеллекта (преимущественно нейросетей) в диагностике и дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований кожи на основании анализа дерматоскопических изображений. Незначительное количество научных исследований направлено на разработку систем искусственного интеллекта для разработки автоматического анализа гистологических препаратов, изображений, получаемых в результате применения фотоакустической визуализации. А также описаны некоторые разработки, помогающие специалистам определять степень повреждение и ход регенерации при терапии трофических язв. Обсуждение.Следует отметить однако, что рутинная работа врача-дерматовенеролога отнюдь не ограничивается диагностикой новообразований. Гораздо более часто практикующий врач сталкивается с ситуациями, когда необходима помощь в дифференциальной диагностике дерматозов, поиске необходимой литературы и нуждается в электронном секретаре, который поможет справиться с заполнением медицинской документации и отрегулировать поток пациентов. Информация о таких разработках отражена лишь в нескольких публикациях, касающихся работы врачей общей практики. Выводы. Совместная работа врачей-исследователей и специалистов в области искусственного интеллекта должна быть направлена на создание программного обеспечения, позволяющего с одной стороны облегчить работу врача, вынужденного обрабатывать большие объемы информации и сравнивать множество медицинских изображений самостоятельно, объективизировать результаты получаемых данных. То есть разработка программных продуктов должна проводиться по конкретному запросу специалистов, работающих с пациентами.

И СНОВА О ВАСКУЛИТАХ КОЖИ

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России Луганск

Радионов В. Г., Шварева Т. И., Провизион Л. Н., Хайминов Е. М.

Цель и задачи. Поэтапно проанализировать номенклатуру системных и кожных васкулитов Chapel Hill Consensus Conference (2012). После эндотелиального поражения прямо или косвенно почти все васкулиты протекают одинаково, они отличаются только способом их возникновения и местом локализации в организме. Дерматовенерологам чаще приходится сталкиваться с васкулитами, при которых поражаются мелкие сосуды — артериолы и венулы. При данной группе поверхностных аллергических васкулитов кожи В-клетки ошибочно принимают свои антитела за гранулы, выработанные собственными нейтрофилами, при этом одна иммунная клетка атакует другую, это так называемые антинейтрофильные антитела (АНЦА), которые принадлежат к типу IgG. Материалы и методы. При болезни Шёнлейн-Геноха, с поражением сосудов, АНЦА не задействованы, а отмечается повышение в крови уровня антител IgA, которые вырабатываются в клетках слизистых оболочек контактирующих с окружающей средой, к примеру, легкие, органы пищеварения и др. Наработанные антитела IgA, вступают в прямую реакцию с собственными эндотелиальными клетками в следствие молекулярной мимикрии, а затем васкулиты мелких сосудов являются результатом косвенных нарушений. Симптоматика заболевания зависит от того, где именно происходит атака IgA на мелкие сосуды. Так, при болезни Шёнлейн-Геноха, поражаются преимущественно сосуды нижних конечностей и ягодиц, проявляющиеся пурпурой, реже экхимозами, что является патогномоничным признаком данной болезни. Геморрагическая сыпь часто пальпируется, что свидетельствует об остроте процесса. В тоже время атака IgA на кровеносные сосуды органов пищеварения приводит к схваткообразным болям в животе, рвоте и к абдоминальной катастрофе, что может быть причиной неоправданного хирургического вмешательства, а при поражении почек появляется гематурия и так называемая первичная нефропатия IgA. Органоспецифические васкулиты — васкулиты одного органа (Самцов А. В. и соавт., 2022) отнесены IgM-/IgG-васкулит и нодулярный (узловатый) васкулит с совершенно разной клинической картиной, первичными элементами сыпи и глубиной залегания сосудов в коже. В разделе проявлений на коже при нодулярном васкулите в российской классификации указываются узлы и язвы (сгибательные поверхности голеней). Ранее классический вариант острой и хронической узловатой эритемы, как нодулярный васкулит, нашими корифеями, в первую очередь Ленинградской школы (Павлов С. Т., Шапошников О. К., Деменкова Н. В.) и др., описывался совершенно иначе. Узлы обычно возникают чаще симметрично в области передне-боковой поверхности голеней, возможна и другая локализация, а важнейшим клиническим признаком является их полное разрешение, без распада, в течение 2-х недель и рецидивы острой узловатой эритемы не возникают. На задней, сгибательной поверхности голеней локализуются узлы при кожной форме туберкулеза (Индуративная эритема Базена) при которой происходит их изъязвление и данная форма туберкулеза именуется формой Гетчинсона. На сегодняшний день неоправданным является назначение большого числа лабораторных исследований у таких пациентов. Несомненно, изучение механизмов аутоиммунных нарушений расширяют наши познания в причинных факторах развития того или иного васкулита, но через 5–10 лет будут открыты новые данные этих ангиопатий и, не исключено, что значительная часть имеющих место изученных механизмов канет в лета. Но, клинические признаки, к примеру, геморрагического васкулита (пурпуры Шёнлейн-Геноха) наработанные авторами и подтвержденные в течение сотни лет многими тысячами клиницистов остается неизменной. Таким образом, какие бы изменения не происходили в классификациях васкулитов, как системных, так и кожных, на сегодняшний день неизменным остается основной принцип лечения, кортикостероиды и цитостатические средства.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНОГО МАРКЕРА РИСКА РАЗВИТИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва

Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», кафедра дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии, Москва

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой», Москва

Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Коротаева Т. В., Артемьева С. И., Михайлова И. А.

Актуальность. Сывороточный кальпротектин (КП) относится к семейству лейкоцитарных белков S100, состоит из двух белковых кальций-связывающих молекул, S100A8 и S100A9 (MRP8/14, кальгранулин A/B). MRP8/14 — основной внутриклеточный белок нейтрофильных гранулоцитов и моноцитов, оказывающий провоспалительный эффект на фагоциты, эндотелиальные клетки и способствующий развитию воспалительного процесса; он является важным медиатором многих регуляторных функций, таких как хемотаксис, активация дегрануляции и фагоцитоза нейтрофилов, ингибиция синтеза иммуноглобулинов, пролиферации и дифференцировки клеток. КП является важным провоспалительным фактором врожденного иммунитета, действуя как молекула молекулярного паттерна, связанного с эндогенным повреждением, через активацию Toll-подобного рецептора 4. В настоящее время КП рассматривается как потенциальный острофазовый маркер при многих воспалительных и аутоиммунных заболеваниях.

На сегодняшний день остро стоит вопрос необходимости определения основных лабораторных маркеров риска развития псориатического артрита (ПсА) у пациентов с псориазом. ПсА достаточно часто развивается у пациентов с псориазом, однако его ранняя диагностика сложна из-за неспецифичности симптомов на ранних стадиях. КП, как воспалительный маркер, может помочь в ранней идентификации пациентов с высоким риском развития артрита, что позволит начать своевременное лечение и предотвратить прогрессирование заболевания.

Цель исследования. Исследование уровня сывороточного КП, как потенциального лабораторного маркера риска развития ПсА у пациентов с псориазом.

Материалы и методы. Набраны 88 образцов сыворотки крови, которые распределены по группам: группа I — бионаивные пациенты с псориазом средней и тяжелой степени тяжести, имеющие 1 или более клинических предикторов развития ПсА, но не соответствующие критериям CASPAR, перед инициацией терапии ГИБП (32); группа II — пациенты из группы I в динамике на фоне 3 месяцев терапии ГИБП (ингибитором ИЛ17 А — нетакимабом) (31); группа III (контроль) — пациенты с псориазом средней и тяжелой степени тяжести, имеющие предполагаемый комплекс предикторов развития ПсА, но не соответствующие критериям CASPAR, получающие терапию стандартными, небиологическими системными методами терапии — группа контроля (25). В исследовании использован реактив ELISA Kit for Calprotectin (CALPRO), Cloud-Clone Corp. Изучение уровня биомаркера в сыворотке крови проведено методом ИФА.

Результаты. Средние значения уровня биомаркера для каждой группы следующие: группа 1 (пациенты до начала ГИБТ) — среднее значение 0.855; группа 2 (пациенты после 3 месяцев биологической терапии) — 0.401; группа 3–0.738. Описание различий между группами: группа 1 и группа 3: отмечена статистически значимая разница между этими группами ($p = 0.0041$). Группа 1 имеет более высокое среднее значение по сравнению с контрольной группой. Это потенциально может указывать на влияние и традиционных системных методов лечения на снижение данного маркера, влияние терапии на уменьшение системного воспаления. Группа 1 и Группа 2: значительное уменьшение среднего значения в Группе 2 по сравнению с Группой 1 после 3 месяцев ГИБТ, что свидетельствует о уменьшении системного воспаления за счет применения ГИБТ. Группа 2 и Группа 3: группа 2 также значительно отличается от Группы 3, с более низким средним значением, что подчерки-

вает эффективность биологической терапии по сравнению со стандартными методами лечения.
Выводы. Показатели уровня сывороточного КП у пациентов после 3 месяцев ГИБТ (Группа II) значительно отличаются как от исходного состояния (Группа I), так и от контрольной группы, получающей стандартное системное лечение псориаза. Различия между пациентами до начала терапии (Группа I) и контрольной группой также статистически значимы. Это может свидетельствовать о более значительном эффекте ГИБТ на купирование системного воспаления. Таким образом, полученные результаты могут служить основой для дальнейших исследований влияния ГИБТ на псориатический процесс в целом, особенно в контексте развития ПсА. Выявленные различия, потенциально, в комплексе с другими маркерами могут помочь в выборе методов лечения пациентов с псориазом и риском развития ПсА.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ФДТ) С НАРУЖНЫМ НАНЕСЕНИЕМ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА (ФС) ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА (ГСАЛ) У МУЖЧИНЫ.

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы».
2) Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы Москва
Сучканцев Н. А.[1], Королёва И. И.[1], Игнатова Е. В.[1], Маляренко Е. Н.[1,2], Денисова Е. В.[1], Жукова О. В.[1,2], Хамаганова И. В.[1]

Актуальность. Склероатрофический лихен — хронический дерматоз, характеризующийся длительным упорным рецидивирующим течением, сопровождающийся воспалительно-дистрофическими, фиброзно-склеротическими и атрофическими изменениями кожи и слизистых оболочек преимущественно в области гениталий. У мужчин и мальчиков высыпания локализуются на крайней плоти, головке полового члена, венечной борозде, реже в области наружного отверстия уретры и ладьевидной ямки, ствола полового члена, перианальной области и приводят к развитию таких серьёзных осложнений, как рубцовый фимоз, парафимоз и стеноз уретры. При этом длительно существующие расстройства мочеиспускания, половой жизни значительно влияют на психическое здоровье пациента, его социальную адаптацию и в итоге — на качество жизни. Цель. Продемонстрировать возможности использования ФДТ для повышения эффективности комбинированной терапии ГСАЛ. Материалы и методы. Медицинская карта пациента, оценка анамнестических и клинико-лабораторных данных. Клинический случай. Пациент-мужчина,54 года. Жалобы на очаги поражения кожи гениталий, зуд, болезненные трещины, болезненность во время эрекции и коитуса. Болен 4 года. Впервые обратился к урологу в 2021 г., состояние было расценено как неспецифический баланопостит. Назначенное местное лечение принесло временное облегчение. Последующие обострения пациент лечил самостоятельно, используя рекомендованные ранее препараты. Учащение рецидивов и прогрессирование уплотнения кожи крайней плоти вынудили пациента обратиться к урологу снова. В качестве радикального лечения специалистом рекомендована циркумцизия, от которой пациент воздержался. В феврале 2022 г обратился к дерматовенерологу ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», установлен диагноз: «Склероатрофический лихен». Назначенные курсом топические стероиды и адекватный гигиенический уход длительное время сдерживали патологический процесс (ремиссии до полугода). В связи с развитием резистентности к лечению и дальнейшим прогрессированием заболевания в январе 2024 г. пациент госпитализирован в филиал «Клиника им. В. Г. Короленко» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» для проведения комбинированного курса терапии. К настоящему времени проведено 2 таких курса, включающих в себя системную антибиотикотерапию, препараты, улучшающие реологию крови, микроциркуляцию и метаболические процессы в тканях, ферменты и наружное лечение топическими стероидами. В качестве физиотерапевтического лечения (ФТЛ) проведено 6 процедур ФДТ: 2 — в первую (в январе 2024 г.) и 4 — во вторую (в июне 2024 г.). Сеансы ФДТ проводились с интервалом в 2–3 дня. ФС- 0,5% гель хлорина Е6 димеглюмин наносился на очаги под окклюзионную повязку на 30 мин. После чего поверхность кожи очищалась и подвергалась световому воздействию с помощью светодиодного источника со световым излучением в диапазоне 660+10 нм (оптимальным для активации ФС), мощностью 101 мВт/см^2 и плотностью энергии 150 Дж/см^2 в течение 30 мин. с экранированием глаз. Результаты. Оценка результатов проводилась на протяжении всего курса лечения. На вторые сутки после 1-ой процедуры наблюдалось значительное уменьшение яркости воспалительной окраски очагов, а через 1 неделю — уменьшение индурации кожи крайней плоти, увеличение её эластичности, функциональной подвижности и эпителизация трещин. За последующие 6 месяцев у пациента не было рецидива заболевания и какого-либо субъективного дискомфорта. Имел место эффект «последействия» в виде дальнейшего уменьшения выраженности плотности тканей и оседания склеротических бляшек. Пациент отмечал улучшение общего психоэмоционального состояния. Так, индекс госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) с оценкой по 4-х бальной шкале Ликерта по субшкалам тревога/депрессия до лечения составил 6/19 баллов (клинически значимые признаки депрессии), через 6 мес. — 0/6 (отсутствие клинически значимых симптомов тревоги и депрессии). А дерматологический индекс качества жизни с 12 баллов (очень большое влияние дерматоза на качество жизни) снизился до 2 (небольшое влияние) соответственно. Пациент удовлетворён результатом лечения. При этом не наблюдалось каких-либо побочных эффектов и осложнений ФТЛ. Выводы. Своевременное применение комплексного подхода в лечении ГСАЛ у мужчин с использованием современных высокоэффективных и безопасных методов ФТЛ, таких как ФДТ может повысить эффективность лечения и комплаентность пациентов, остановить или предупредить развитие осложнённых форм заболевания, требующих хирургического лечения, улучшить качество жизни больных.

КОЖНЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ВАСКУЛИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Белорусский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Минск
Ходаковский В. А., Музыченко А. П., Страпко Е. В.

Кожный некротизирующий васкулит — заболевание, клинически проявляющееся в виде пальпируемой пурпуры, а гистологически — сегментарным ангиоцентрическим воспалением с фибриноидным некрозом сосудистой стенки в результате инфильтрации нейтрофилами, набуханием эндотелия и ядерной пылью посткапиллярных венул. Чаще процесс ограничен кожей, однако может сопровождаться почечными, желудочно-кишечными, перикардиальными, неврологическими и суставными симптомами. В 60% случаев кожный некротизирующий васкулит является идиопатическим. Триггерами могут являться прием некоторых лекарственных препаратов, пищевых аллергенов, действие различных химических веществ, перенесенные инфекционные заболевания, наличие у пациента хронических воспалительных системных заболеваний или злокачественных новообразований. В настоящее время используется не этиопатогенетическая классификация васкулитов, а классификация, основанная на морфологических проявлениях сыпи. Недостатком подобного подхода является объединение совершенно разных васкулитов, сходных по клиническим проявлениям, в одну нозологию, и наоборот, разделение одного заболевания, характеризующегося различными элементами сыпи, на несколько типов. Синдромальный подход в диагностике васкулитов кожи на основании характеристики элементов кожной сыпи неминуемо приведет к объединению в одну нозологию совершенно разных заболеваний, отличающихся подходами к лечению и прогнозом. Рациональный терапевтический подход при васкулите начинается с выявления и лечения любого предполагаемого сопутствующего причинно-значимого заболевания. Этого может быть достаточно для купирования кожных поражений, а также системных признаков и симптомов. В других случаях рекомендуется местная и/или системная противовоспалительная и/или иммуносупрессивная терапия. Пациентка М., 35 лет, предъявляла жалобы на высыпания на коже

голеней и стоп, болезненность в очагах. Считает себя больной на протяжении нескольких недель. В анамнезе: артериальная гипертензия, ожирение (ИМТ = 43,9), псориаз, хроническое рожистое воспаление, экстирпация матки с придатками, лимфостаз нижних конечностей. Объективно: на коже голеней и стоп множественные эрозивно-язвенные дефекты кожи с геморрагическими корками. Нижние конечности отечны. Патоморфологические изменения кожи в очагах поражения соответствовали лейкоцистокластическому васкулиту. Пациентке было проведено лечение: дексаметазон 8 мг/сутки, кеторолак 60 мг/сутки, ципрофлоксацин 500 мг/сутки в течение 29 дней. Терапевтический эффект от проводимой терапии был достигнут в течение 4 недель, после чего доза дексаметазона постепенно снижалась в течение 12 недель до отмены. Пациент О., 36 лет, предъявлял жалобы на высыпания на коже нижних конечностей, сопровождавшихся болезненностью. Считает себя больным на протяжении нескольких недель. В анамнезе артериальная гипертензия, энтеральный вирусный гепатит. Объективно: на коже нижних конечностей эрозивно-язвенные дефекты с периферическим венчиком гиперемии, в центре некоторых высыпаний мелкие пустулы. Нижние конечности в области голеностопных суставов несколько отечны. Биопсия кожи соответствовала лейкоцистокластическому васкулиту. Пациенту было проведено лечение: дексаметазон 12 мг/сутки, диклофенак 75 мг/сутки, цефтриаксон 500 мг/сутки в течение 16 дней. Терапевтический эффект от проводимой терапии был достигнут в течение 2 недель, после чего доза дексаметазона постепенно снижалась в течение 10 недель до отмены. Выводы: Первой линией терапии кожного некротизирующего васкулита являются системные глюкокортикоиды ввиду их высокой клинической эффективности. Включение в схему лечения цефалоспоринов III поколения позволило в короткие сроки купировать инфекционные некротические поражения. Данная терапевтическая тактика оказалась эффективной в представленных случаях, сопровождаясь хорошим клиническим результатом.

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ БУЛЛЁЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
Махачкала
Гаджимурадова К. М., Гаджимурадов М. Н., Торшина И. Е., Магомедов М. Г.

Ведение больных врождённым буллёзным эпидермолизом (ВБЭ) необходимо на протяжении всей жизни мультидисциплинарной медицинской бригадой, так как поражения внутренних органов и систем возникают часто и являются частью клинической картины ВБЭ, а паллиативная помощь только усилиями дерматовенеролога ассоциирует с неудовлетворённостью пациента результатами терапии. Необходимо в популяции определить частоту возникающих нарушений органов и систем для каждого подтипа ВБЭ, а затем ещё в неонатальный период рассчитать риски возможных осложнений, профилактика которых требует повышенной бдительности профильных специалистов. В работе изучена патология органов и систем пациентов с ВБЭ в популяции Республики Дагестан и разработаны подход к диагностике и комплексной терапии.

Цель исследования — изучить патологию органов и систем пациентов с ВБЭ в популяции Республики Дагестан и разработать подход к диагностике и комплексной терапии.

Материалы и методы исследования

Обследование и лечение в федеральном медицинском центре ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России проводилось 18 больным, страдающим ВБЭ.

Результаты

В результате исследования установлена высокая частота сочетанной бессимптомной полиорганной патологии у пациентов с ВБЭ, установленной лабораторными и неинвазивными методами исследования. В тоже время дополнительно клиническое и инструментальное обследование проведено изучаемому контингенту и группой мультидисциплинарных специалистов. У 16 (88,89±7,41%) пациентов физиотерапевтом выявлены дефекты кожи и слизистых оболочек, требующие регенерирующие и противовоспалительные физиопроцедуры — поляризованный свет и лазеротерапия. Патология, подлежащая хирургическому вмешательству (сужение пищевода), установлена у 5 (27,78±10,56%) пациентов, которым проведены операции по восстановлению проходимости пищевода. Гастроэнтеролог и диетолог привлечены к консультированию 13 (72,22±10,56%) пациентов у которых ими выявлена дисфункция ЖКТ и проведена терапия. После необходимого осмотра профильными специалистами обнаружено, что 9 (50,0±11,79%) больных нуждались в услугах стоматолога и офтальмолога, а проведённое им лечение остановило прогрессирование патологического процесса в полости рта, но состояние у 6 (66,67±11,11%) из 9 с патологией органа зрения изменений не претерпело. Несколько ниже удельный вес пациентов, нуждающихся в услугах невролога (5 человек), травматолога и оториноларинголога (по 3 пациента), ортопеда (2 пациента), психолога, дефектолога, эндокринолога и иммунолога (по 1 человеку). Патологический процесс кожных покровов при ВБЭ сочетается с многочисленной коморбидной патологией внутренних органов и систем. Дисфункции последних в свою очередь способствуют рецидиву кожного процесса, его резистентности к терапии, прогрессированию и развитию осложнений. В алгоритм обследования и лечения этого контингента должны быть включены все синхронно протекающие заболевания в данной популяции ВБЭ.

Выводы. Установлены сопряжённые с популяцией ВБЭ Республики Дагестан заболевания внутренних органов и систем, что даёт возможность своевременно осуществлять их первичную и вторичную профилактику уже в раннем детском возрасте на этапе верификации ВБЭ. Врачам первичного звена при диспансерном наблюдении больных ВБЭ необходимо организовать мониторинг состояния их макроорганизма, а именно свойственных данной региональной популяции генодерматоза патологии — костно-мышечной системы, брюшной полости (печень, селезёнка, поджелудочная железа), зубов и ротовой полости, органа зрения, а также анемии и гиповитаминоза.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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

Коморбидность (от лат. со- «вместе» + morbus «болезнь, недуг») — сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний, синдромов или психических расстройств, связанных между собой единым патогенетическим механизмом или совпадающих по времени. В стационаре ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» за период с 2022 г по настоящее время были проанализированы данные пациентов с наиболее тяжелыми дерматологическими болезнями (а именно буллезными дерматозами) для изучения коморбидности, с целью мультидисциплинарного подхода в лечении данной группы больных. За 2022 г. на стационарном лечении находилось 123 пациента с аутоиммунными буллезными дерматозами (из них 50 человек младше 60 лет, 73 человека — старше); в 2023 году 144 человека (из них 59 человек моложе 60 лет; 85 человек старше 60 лет); за период 2024 г. (по настоящее время) — 64 пациента (из них 21 — младше 60 лет; 43 пациента старшей возрастной группы). Отмечается, что в старшей возрастной группе частота встречаемости коморбидных состояний значительно выше, что приводит к определенным ограничениям в плане подбора терапии, удлинению срока госпитализации, более частой оценке динамики общего состояния на фоне проводимой патогенетической терапии по дерматологическому профилю (системные глюкокортикостероиды, цитостатическая терапия). Так, было отмечено, что наиболее часто встречающимися среди данной выборки больных были: заболевания сердечно-сосудистой системы в 98% (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, в том числе постинфарктный кардиосклероз с нарушениями ритма), заболевания эндокринной системы в 60% случаев (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), заболевания желудочно — кишечного тракта в 47% случаев (такие заболевания гепатобилиарной системы, как — неалкогольная жировая дистрофия печени, дискинезия желчевыводящих путей, а также хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной

кишки в анамнезе, хронический панкреатит), 32% случаев — заболевания мочевыводящей системы (мочекаменная болезнь), 14% — легочная патология (хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма). Всем пациентам до начала патогенетической терапии проводится комплексное клинико-лабораторное обследование: общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и СОЭ, расширенный биохимический анализ крови, общий анализ мочи, серологическое исследование на инфекции (ВИЧ, сифилис, гепатит), коагулограмма, исследование уровня электролитов, а также инструментальное обследование: ЭКГ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, рентгенографическое исследование ОГК (при необходимости). По получении всех результатов обследования проводится комплексная оценка выявленных нарушений и их коррекция, определение возможностей медикаментозной терапии по дерматологическому заболеванию, коррекция терапии сопутствующей патологии. При приеме цитостатической, иммунносупрессивной терапии (в частности, системных ГКС) или иммунодепрессантов, повышается риск развития некоторых нарушений и состояний, которые могут приводить к декомпенсации хронических заболеваний, наиболее частые из них: анемия, тромбоцитопения, повышение уровня печеночных трансаминаз, гипоальбуминемия и, как следствие, развитие онкотических отеков, а также нестабильность гемодинамики, нарушения сердечного ритма, гипергликемические состояния у пациентов с сахарным диабетом, появление синдрома Иценка-Кушинга, развитие остеопороза, обострение язвенной болезни желудка и др. По данным статистики ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В. Г. Короленко» в приемном отделении за 2022 г. было отказано в плановой госпитализации 365 пациентам, в 2023 г. — 271 чел., в 2024 г. 1-е полугодие — 149 чел. Наиболее частыми причинами для отказа в госпитализации являлись: признаки респираторных заболеваний, декомпенсация хронических заболеваний (в т. ч. не купируемый гипертонический криз, гипергликемические состояния), отсутствие необходимого комплекта документации. В течение госпитализации при развитии ургентных состояний необходимо оказание экстренной помощи и перевод в профильный стационар. Так, в соответствии с полученными данными за 2022 г. было переведено в другие стационары 30 человек, в 2023 г. — 22 чел., в 2024 г. 1-е полугодие — 5 чел. Наиболее частыми причинами переводов являются: стенокардия, в т. ч. острый инфаркт миокарда, не купируемый гипертонический криз, нарушения ритма сердца, тромбоз вен нижних конечностей, желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсация заболеваний дыхательной системы (чаще хроническая обструктивная болезнь лёгких). Принимая во внимание полученные данные, хочется отметить важность мультидисциплинарного подхода в лечении больных дерматовенерологического профиля. Ведь благодаря сотрудничеству врачей-дерматовенерологов со специалистами различных направлений — терапевта, эндокринолога, врачей функциональной и лабораторной диагностики, могут быть выполнены ключевые задачи современного подхода к лечению — его максимальная эффективность и безопасность.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

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

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — острое рецидивирующее заболевание кожи и слизистых оболочек представляет актуальную проблему дерматологии. Клиническая картина заболевания характеризуется папулезной сыпью, которая постепенно приобретает вид «мишеней» — за счет центробежного увеличения элементов и разрешения в центре. Вначале элементы имеют в диаметре 2–3 мм и за 1–2 дня увеличиваются до 1–3 см. или более. У пациентов могут быть пятна, пустулы, пузыри; реже встречаются геморрагии. Локализация сыпи при МЭЭ: лицо, слизистые, разгибательная поверхность конечностей, тыльные стороны кистей и стоп, ладони, подошвы, туловище. Сыпь имеет фиолетовый оттенок, связанный с преобладанием мононуклеарных клеток в воспалительном инфильтрате. Течение МЭЭ острое, наблюдается склонность к рецидивам. По данным ряда авторов, до 70–80% случаев МЭЭ вызывается вирусом простого герпеса (ВПГ). Положительная динамика клинических проявлений МЭЭ в результате лечения больных противовирусными препаратами подтверждает связь этого заболевания с герпесом. Возможно, вирус играет роль триггерного фактора в развитии МЭЭ, и взаимодействие вируса с мононуклеарными клетками периферической крови, эндотелиальными клетками сосудов кожи и кератиноцитами отражает патогенез герпес-ассоциированной многоформной экссудативной эритемы (ГАМЭЭ). В мае 2020 года в филиал «Южный» впервые обратилась пациентка П. 32 лет, с жалобами на высыпания на туловище. При осмотре было выявлено, что патологический процесс островоспалительный, локализован на коже боковой поверхности туловища справа и живота, представлен очагами сгруппированных везикул на фоне гиперемии. На основании клинической картины заболевания установлен диагноз «Опоясывающий лишай без осложнений» (код по МКБ X — B02.9). Назначено лечение валцикловиром по 1000 мг три раза в день в течении 7 дней, наружно туширование раствором фукорцина. Через 10 дней пациентка пришла на повторный прием с выздоровлением. Но спустя 5 дней пациентка вновь обратилась на прием с жалобами на высыпания на коже туловище. При осмотре — патологический процесс островоспалительный, ограниченный, локализован на коже живота, представлен инфильтративными очагами гиперемии темно розового, синюшного цвета, плотной консистенции при пальпации, с четкими границами. Установлен диагноз: «Герпес-ассоциированная многоформная экссудативная эритема». Пациентка в течение 10 дней получала лечение амбулаторно: раствор натрия тиосульфата, хлоропирамин, дипроспан. Лечение разрешилось выздоровлением. Таким образом, важно помнить, что ГАМЭЭ имеет прямую зависимость от эпизодов рецидива герпетической инфекции, на фоне которых развивается клиническая картина инфекционно-аллергической формы МЭЭ. Особое внимание нужно уделять сбору анамнеза, выяснению частоты рецидивов герпеса и, как следствие, установлению диспансерного наблюдения за такими пациентами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1
Красноярск
Собакарь Ю. Ю., Винник Ю. Ю., Чесноков А. Б., Безкорсая Л. Н.

Введение. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона-редкое дерматологическое заболевание, этиология и патогенез которого изучены недостаточно. Характеризуется длительным хроническим течением. Этиотропное лечение на сегодняшний день отсутствует. Мужчины болеют чаще, чем женщины. Возраст больных варьирует от 32 лет до 85 лет. Для карциноидного папилломатоза кожи характерно симметричное расположение очагов на нижних конечностях, длительно существующих, отсутствием некроза и обширных изъязвлений, метастазов. Кожные проявления возникают на фоне длительно существующего дерматоза кожи (экзема, псориаз, красный плоский лишай, ихтиоз, туберкулез кожи и т. д.). Цель работы: представить клинический случай с редким дерматозом кожи. Материала и методы. Объектом и методом исследования явилась больная Н., 62 года, находящаяся на лечении в стационаре круглосуточного пребывания КГБУЗ КККВДМ 1 с диагнозом карциноидный папилломатоз Готтрона, осложненный вульгарным импетиго. Пациентка поступила с жалобами на болезненные высыпания на голенях, жжение, зуд кожи. Из анамнеза: считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые без видимой причины появились высыпания на коже нижних конечностей. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно применяла наружные средства, какие уточнить затрудняется. Несмотря на проводимое лечение отмечалось ухудшение кожного процесса, появились новые высыпания, кожный зуд усилился, появилось чувство жжения кожи. Затем без видимых причин наступило резкое обострение кожного процесса: появился выраженный отек обеих голеней, сопровождающийся острой болью. В связи с ухудшением процесса обратилась к хирургу, диагноз рожистое воспаление исключен, была направлена на лечение в СКП

ККВД № 1, госпитализирована с диагнозом «Карциноидный папилломатоз Готтрона». При осмотре: патологический процесс носит распространенный симметричный характер с поражением кожи голени, больше правой. На фоне выраженного отека, лимфоцитоза, яркая четкая очерченная гиперемия, множественные папилломатозные бородавчатые разрастания и вегетации в виде бляшек, размером до 30 см, очаги высыпаний резко выступают над уровнем кожи на 0,5–1,5 см. На поверхности бляшек визуализируются опухолевидные образования размером до 1 см тестоватой консистенции. Бороздки заполненные желтоватым липким отделяемым с неприятным запахом, ссыхающимися в желтовато-серые корки. Лабораторные данные: РАК: RBC — 4,46; HB — 145; WBC — 16,4; PLT — 151; СОЭ — 17; БАК: билирубин общий — 23,5; прямой — 10,8; непрямой — 12,7; АЛТ — 27; АСТ — 31; глюкоза — 4,2; холестерин — 3,6; триглицериды — 0,75; креатинин — 89,6; мочевая кислотата — 345; мочевина — 3,47; ОАМ: У. В. — 1010, pH — 5,0, кетоновые тела — 1,5 ммоль/л, белок — отр., эритроциты — 1–0-1 в п/з, лейкоциты — 10–12–10 в п/з, эпителий пер. 2–8-5 в п/з, бак+; ВИЧ — отр.; Hbs-Ag, HCV– отр.; РМП — отр. В условиях СКП ККВД № 1 применялось симптоматическое лечение (дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующая терапия, антибиотики широкого спектра действия в/в и внутрь, наружно — мази с ГКС, раствор метиленового синего). На фоне лечения удалось снять остроту процесса, проявления вторичной инфекции, уменьшить количество корок и отделяемого секрета, убрать неприятный запах. Выводы. Карциноидный папилломатоз Готтрона — редкий дерматоз кожи, трудноизлечимый и не всегда поддающийся традиционной терапии. Несмотря на выраженность симптомов и тяжесть клинических проявлений, заболевание не создает угрозу для жизни пациента, однако после длительного течения может трансформироваться в плоскоклеточный рак кожи. Частым осложнением является присоединение вторичной инфекции, что при отсутствии симптоматического лечения, приводит к токсическому шоку или сепсису. Прогноз относительно полного выздоровления — неблагоприятный. В течение многих лет может происходить разрастание бляшек и вегетаций. Стойкий кожный процесс, наличия неприятного запаха и отделяемого, могут спровоцировать развитие психологических проблем у пациента. В целях профилактики карциноидного папилломатоза Готтрона необходимо своевременное лечения хронических дерматозов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОМАТОИДНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ

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

Лимфоматоидный гранулематоз (ЛГ) — очень редкое В-клеточное лимфопролиферативное заболевание, вызываемое вирусом Эпштейна-Барр, которое чаще развивается у пациентов с иммунодефицитом. Атипичные лимфоидные клетки накапливаются непосредственно в пораженных тканях и клинически проявляются в виде инфильтративных поражений. Это заболевание, которое практически всегда затрагивает легкие. Другие часто поражаемые системы включают кожу, центральную нервную систему и почки. Редкость данной патологии в сочетании с его неспецифическим проявлением способствует задержкам в постановке диагноза во многих ситуациях. Кожные поражения при ЛГ патологически характеризуются плотным дермальным или подкожным лимфогистиоцитарным инфильтратом с некротизирующим гранулематозным воспалением, очаговым некрозом. Учитывая редкость ЛГ, единого мнения о стандартном лечении нет, и лечение широко варьируется от системных кортикостероидов, терапии моноклональными антителами против CD20 (ритуксимаб) и химиотерапии. Клиническое наблюдение. В августе 2023 г. на прием обратился пациент 4-х лет с новообразованием на носу. Из анамнеза стало известно, что с февраля 2023 г. пациента беспокоят рецидивирующие афтозные стоматиты, в апреле 2023 г. госпитализирован с диагнозом «двусторонняя полисегментарная пневмония», проведена антибиотикотерапия, улучшения клинического состояния не отмечалось. В мае 2023 г. выполнено гистологическое исследование ткани легкого: морфологическая картина гранулематозного воспаления. При осмотре кожный патологический процесс носит хронический ограниченный воспалительный характер. Локализуется на коже носа и верхней губы. Представлен гранулематозными разрастаниями с серозно-геморрагическими корочками на поверхности и очагами мокнутия до 10 см в диаметре. Пациент был консультирован в ПАО НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, КТ ОГП (многоочаговое поражение легких с развитием некроза), проведено гистологическое исследование кожи и ПЦР-диагностика биоптата кожи. На основании анамнеза (дебют бронхолегочной патологии на фоне острой ЭБВ — повышенные титры IgM), гранулематозное воспаление легочной ткани и мягких тканей лица, наличие ЭБВ в биоптате кожи >105 копий выставлен диагноз — лимфоматоидный гранулез, Grade 2. Инициирована терапия метилпреднизолоном 2 мг/кг 2 недели, ритуксимаб 375 мг/м^2 4 введения с интервалом 1 неделя, брентуксимаб 1.8 мг/кг 1 раз в 3 недели, суммарно 8 введений. На фоне проводимой системной терапии отмечается выраженное улучшение патологического процесса. Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью патологии, сложной дифференциальной диагностикой и возможностью выработки подхода к таким пациентам.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИНЕАРНОГО ПОРОКЕРАТОЗА МИБЕЛЛИ У 7-ЛЕТНЕГО РЕБЁНКА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Юго-Западный»
Москва
Шеров В. В., Рождественская Е. А., Катунина О. Р., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., Заторская Н. Ф.

Порокератоз Мибелли (ПМ) — редкий наследственный дерматоз, связанный с нарушением ороговения эпидермиса. Патоморфологические изменения располагаются в устьях потовых желёз, волосяных фолликулов и в межфолликулярных зонах эпидермиса. Впервые заболевание описано Mibelli в 1893 г., наследуется оно по аутосомно-доминантному типу. Mibelli считал для данного дерматоза патогномоничным кератоз устьев потовых желёз и предложил его называть «порокератозом» (от poros — пора). ПМ возникая в любом возрасте, но чаще — в детском, имеет хроническое прогрессирующее течение. Выделяют несколько его клинических вариантов, в частности: классический, поверхностный, диссеминированный актинический. Триггером их развития считают солнечную инсоляцию. Классический вариант ПМ чаще встречается у лиц мужского пола. Его преимущественная локализация — тыл кистей и стоп. Клинически проявляется коническими, серовато-коричневыми папулами, с углублением в центре и роговой пробкой. Линейный порокератоз отличается сгруппированными кольцевидными бляшками по линиям Захарьина-Геда. Субъективно сыпь не беспокоит. Дифференциальную диагностику ПМ проводят с вульгарными бородавками, веррукозными невусами, красным плоским лихеном и с дискоидной красной волчанкой. В лечении ПМ применяют системные ретиноиды, наружно крем или мазь с 5-фторурацилом, салициловую кислоту; внутриочагово вводят кортикостероиды; мази с топическими ингибиторами кальциневрина; а также прибегают к деструктивным методам — криотерапии, эксцизии, дермабразии, электрокоагуляции. В филиале «Юго-Западный» МНПЦДК мы наблюдали клинический случай линеарной формы порокератоза у 7-летнего пациента. Высыпания у него локализовались на коже левой нижней конечности, существуя с первых месяцев жизни. Начавшись с небольшого пятна на коже левого бедра, высыпания распространились линейно. Лечение не проводилось. В анамнезе сопутствующей патологии не выявлено. Локальный статус при поступлении в филиал: высыпания располагались на коже левой паховой области, а также на коже левой нижней конечности (в области бедра, голени). Они были представлены множественными светло-коричневыми пятнами в виде колец. По краю очагов была пигментация, а в центре — «зоны просветления», поверхностное шелушение. Дерматоскопически визуализировались отдельные линейные сосуды, чешуйки, белесоватые бесструктурные зоны в центре, пигментация по периферии в виде слегка поднятого над кожей бордюра. Диагностическая биопсия кожи. Подтвердила диагноз порокератоза. Назначено лечение: внутрь ретинола пальмитат 1 мл (40 капель) 1 раз в сутки после еды, с повышением дозировки через 2 недели до 2 мл (50 капель), и длительностью

курса до 3-х месяцев, под контролем функции печени. Мазь такролимус 0,03% 2 раза в день в течение 1 месяца. Физиотерапевтическое лечение (UVB-311 нм) 10 сеансов. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика: интенсивность окраски очагов уменьшилась, границы очагов стали размытыми, шелушение на поверхности уменьшилось, новых высыпаний нет. Пациент продолжает назначенное амбулаторное лечение под наблюдением дерматолога. ПМ редко встречается в практике детского дерматолога. Пациенты требуют индивидуального подхода к их ведению.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИНЕЙНОГО IGA-БУЛЛЁЗНОГО ДЕРМАТОЗА

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

Волкова С. Б., Елина В. С.

Линейный IgA-буллёзный дерматоз (далее — LABD), также известный как линейный IgA-дерматоз или линейное IgA-заболевание, это относительно редкое заболевание, характеризующееся везикулобуллезными субэпидермальными высыпаниями, линейным отложением иммуноглобулина А (далее — IgA) в зоне базальной мембраны эпидермиса. Распространенность заболевания — от 0,2 до 1 случая на 1000 000 человек в год. Случаи встречаются как у детей, в основном до 5 лет, так и у взрослых после 40–50 лет, чаще у женщин. Буллезные дерматозы представляют собой группу хронических аутоиммунных заболеваний кожи, первичным элементом которых является пузырь. В поликлинической практике такие дерматозы встречаются не так часто. И когда видим первичный элемент — пузырь, опираясь на объективный осмотр, изначально подозреваем вульгарную пузырчатку, либо буллезный пемфигоид. Однако, буллезные дерматозы более разнообразны, как по клинической картине, так и по своей этиологической и патогенетической сущности. Пузырь, как первичный морфологический элемент сыпи, является основным признаком истинной пузырчатки, герпетиформного дерматоза Дюринга, токсикодермии, синдрома Лайелла, синдрома Стивенса–Джонсона, дерматитов, обусловленных действием высоких и низких температур и других редко встречающихся дерматозов. Патофизиология и механизмы образования пузырей при всех этих заболеваниях отличаются друг от друга. Точная этиология линейного LABD неизвестна. Предполагают, что спровоцировать обострение могут прием лекарственных препаратов, в частности антибиотиков, перенесенные инфекционные и онкологические заболевания. В основе патогенеза развития LABD лежит образование циркулирующих IgA к аутоантигенам буллезного пемфигоида в светлой пластинке базальной мембраны эпидермиса. В клинической картине наблюдается полиморфизм. У 80% больных в патологический процесс вовлечены как кожа, так и слизистые оболочки. Помимо везикул и пузырей, могут преобладать папулезные высыпания, эрозии и серозно-геморрагические корки. У взрослых LABD по клинической картине может имитировать буллезный пемфигоид и герпетиформный дерматит Дюринга. В клинической практике встречаются также случаи имитации LABD красного плоского лишая, рубцующегося пемфигоида, синдрома Стивенса-Джонсона, эпидермального токсического некролиза. Под нашим наблюдением с августа 2023 года находится пациентка И. 65 лет. Впервые обратилась к врачу-дерматовенерологу филиала «Южный» с жалобами на появление высыпаний на коже нижних конечностей, без субъективных ощущений. Со слов пациентки первый пузырь появился на коже левого бедра и, в течение недели, последующие аналогичные высыпания в количестве до 5 штук, распространились на кожу обоих бедер. В день приема был взят мазок-отпечаток с дна пузырей. В пузырной жидкости акантолитические клетки не обнаружены, эозинофилы — 20%. На основании клинической картины и результатов лабораторного исследования был установлен предварительный диагноз: «Герпетиформный дерматит Дюринга» и пациентка направлена на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» нашего Центра. В связи с прогрессированием процесса и распространением пузырей на кожу лица, спины, верхних конечностей, была взята биопсия из очага поражения. По результатам исследования патоморфологическая картина биоптата представляла отслойку эпидермиса с формированием субэпидермального пузыря, в полости которого присутствует фибрин, нейтрофильные и эозинофильные лейкоциты, что соответствует LABD. С целью подтверждения диагноза рекомендовано проведение иммуногистохимического исследования по результатам которого был выставлен заключительный диагноз: «Линейный IgA-зависимый буллезный дерматоз» и проведена коррекция лечения. Дифференциальная диагностика буллезных дерматозов разнообразна, и в индивидуальных случаях, помимо данных объективного осмотра и клинических проявлений, получение мазков-отпечатков и биопсийного материала, с целью уточнения диагноза необходимо прибегать к методам иммуногистохимического исследования. В большинстве случаев заболевание имеет благоприятный прогноз, а прекращение действия агента-триггера способствует регрессу заболевания, но это может занять некоторое время. Важно — своевременно установить точный диагноз.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК У ЖЕНЩИН

1) ОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Таджикистан
2) Консультативно-диагностическая клиника «Гиппократ» город Душанбе

Абдиева Д. Х.[1], Валиева М. С.[1], Дырда Н. И.[1], Устобаева Т. Т.[2]

Актуальность. Папиломавирусные инфекции (ПВИ) являются самыми распространенными в мире заболеваниями, передаваемые половым путем, и представляют собой наиболее значимую проблему для здоровья человека, ввиду высокой заболеваемости, большого разнообразия, хронически рецидивирующего течения и отсутствия специфического лечения. Клинически ПВИ проявляется наличием бородавок, папиллом и остроконечных кондилом на различных участках кожного покрова и слизистых оболочек человека. В большинстве случаев терапия направлена на локальную деструкцию поврежденного вирусом эпителия, при этом в окружающих тканях остается резервуар ПВИ, который является источником рецидивов заболевания и инфицирования половых партнеров. В связи с чем, возникает необходимость применения комбинированных методов лечения: деструкция видимых проявлений и комплексное использование средств с противовирусной и иммуномодулирующей активностью. Цель исследования. Оценить эффективность комплексной терапии аногенитальных бородавок у женщин 5% кремом «Имиквимод» и системным иммуномодулятором «Инозин пранобекс». Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 32 женщины с аногенитальными бородавками, возраст которых составил 20–30 лет (средний возраст 25 лет). При осмотре у всех обратившихся женщин высыпания локализовались коже и слизистых оболочках наружных половых органов. Все пациентки были разделены на 2 группы: пациенткам первой группы (n=16) была назначена терапия 5% кремом «Имиквимод» по схеме: 3 раза в неделю на ночь в непрерывном режиме на протяжении 4х месяцев. Крем наносился тонким слоем перед сном на 6–10 часов, а на следующее утро область нанесения очищалась водой с мягким мылом. Больным второй группы (n=16) проводилась комплексная терапия 5% кремом «Имиквимод» по вышеуказанной схеме в сочетании с системным иммуномодулятором «Инозин пранобекс». Препарат принимали внутрь 3 раза/сутки после еды, запивая небольшим количеством воды, в течение 28 дней. При необходимости через месячный перерыв терапию «Инозином пранобексом» повторяли. Оценка эффективности лечения проводилась через 1 и 3 месяца от начала терапии с учётом следующих критериев: 1 — ухудшение процесса (появление новых очагов поражения, увеличение объема и размеров элементов); 2 — отсутствие эффекта (сохранение размеров и количества очагов поражения); 3 — хороший клинический эффект (уменьшение размеров папул и их количества более чем на 70% по сравнению с исходными); 4 — клиническое выздоровление и отсутствие рецидивов. Результаты. Через 1 месяц от начала терапии у 5 пациенток (31,3%) первой группы отмечалась положительная динамика процесса в виде: уменьшения количества кондилом, регресса мелких элементов и уменьшения крупных папул в размере. Полное клиническое выздоровление к концу 4 месяца терапии было достигнуто лишь у 81,3% женщин. У оставшихся пациенток (18,7%) наблюдался хороший клинический эффект. В данной группе больных рецидивов заболевания в процессе терапии не наблюдалось. Все пациентки отметили хорошую переносимость терапии. Во 2-й группе на фоне комплексной терапии через один месяц у 10 (62,5%) пациенток отмечался выраженный клинический эффект в виде исчезновения мелких папул и значительного уплощения крупных элементов. Следует отметить, что у 25% пациенток наступила полная эволюция высыпаний к концу первого курса комплексной терапии. К концу 2 го курса лечения «Инозином пранобексом» у 100% пациентов 2й группы отмечалось полное клиническое выздоровление. Рецидивов заболевания, аллергических

реакций и побочных эффектов во время применения препаратов не наблюдалось. Заключение. Комплексный подход к терапии аногенитальных бородавок 5% кремом «Имиквимод» в сочетании с системным иммуномодулятором «Инозин пранобекс» показал более высокую эффективность, чем топическая монотерапия. Положительный опыт применения сочетанной терапии позволяет рекомендовать её для использования в дерматовенерологической и косметологической практике.

ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЙЕСНЕРА — КАНОФА (ЛИЙК)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал Юго-Западный Москва

Симановская Е. Ю., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., ЗаторскаяН. Ф.

Лимфоцитарная инфильтрация Йеснера — Канофа (ЛИЙК) является вариантом псевдолимфомы кожи. Заболевание характеризуется Т — лимфоцитарной инфильтрацией дермы без образования фолликулов. Описано оно впервые M. Jessner и N. Kanof в 1953 году, как самостоятельное заболевание, отмечающееся неспецифической клинической картиной и обнаружением в дерме лимфоидных инфильтратов. ЛИЙК в разное время относили к токсическим эритемам, фотодерматозам, красной волчанке или В- клеточным лимфомам. Болезнь малоизученная. Предполагали, что её возникновение связано с B. Burgdorferi. Провоцирующую роль отводили заболеваниям ЖКТ, реже приёму лекарств, в том числе, иммунотропных, и инсоляции. Чаще процесс локализуется на лице у мужчин, особенно в области лба и щёк. Характерны очаги в виде единичных плоских инфильтрированных бляшек, диаметром 2–7 см, цвет их синюшно–розовый, очертания округлые, или неправильные, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, иногда с шелушением. Разрешение очага происходит с центральной части. Бывает сгруппированная сыпь. Общее состояние удовлетворительное, изредка бывает слабый зуд. Течение дерматоза волнообразное с ухудшением осенью и зимой, отмечается тенденция к спонтанным ремиссиям. Несмотря на длительное течение, прогноз благоприятный. Гистологически картина идентична Т — клеточной лимфоме, критерием диагностики при этом является интактный эпидермис; в инфильтрате примесь эозинофилов и плазмоцитов вокруг придатков кожи. Комплексное лечение включает аминохинолиновые препараты, энтеросорбенты, противовоспалительные средства, аппликации сильных ГКС, такролимус местно; импульсные лазеры, дискретный плазмоферез. Клиническое наблюдение. Мальчик К., 12 лет. Со слов матери, болен с октября 2023 года, когда она впервые заметила у ребенка высыпание на коже щеки, начало заболевания ни с чем не связывают. Были консультированы в Морозовской больнице, где назначили Адвантан, на фоне терапии отмечали временное незначительное улучшение; в ноябре 2023 консультирован хирургом: УЗИ — мягкие ткани повышенной эхогенности; рентгенограмма придаточных пазух без патологии; на КТ деструктивных поражений костной ткани не выявлено. Консультирован фтизиатром, ревматологом — патологии не выявлено; находится на лечении у гастроэнтеролога с диагнозом функциональная диспепсия. При гистологическом обследовании: фрагмент кожи с участком подкожной жировой клетчатки, краш артефактом. Эпидермис обычной толщины, слои эпидермиса дифференцированы, рыхлый кератоз, вакуольная дистрофия отдельных кератиноцитов базального слоя, рисунок базальной мембраны подчеркнут, мелкие субэпидермальные щели. Вокруг сосудов поверхностного сплетения с дилатированными просветами пустые лимфоцитарные инфильтраты с примесью единичных плазматических клеток, клетки инфильтрата вокруг потовой железы. Заключение: патологические изменения не позволяют исключить красную волчанку, лимфоцитарную инфильтрацию Йесснера — Канофа.

ЛИНЕЙНЫЙ ПОРОКЕРАТОЗ — КАК ПРОЦЕСС НАРУШЕНИЯ КЕРАТИНИЗАЦИИ

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

Волкова С. Б., Фролова О. В.

Порокератоз — группа хронических заболеваний кожи, которые проявляются нарушениями кератинизации. Патология возникает вследствие генетических мутаций, возникающих спорадически или наследуемых по аутосомно-доминантному типу. Болезнь имеет множество клинических вариантов, общими признаками которых выступают кожные бляшки или папулы, окруженные бортиком из ороговевших тканей. Диагностику проводят по данным дерматоскопии, гистологического исследования кожных биоптатов. Истинная распространенность порокератоза не установлена ввиду небольшого числа наблюдений. Впервые описан в 1893 г. итальянским дерматологом Мибелли. Генетические основы патологии определены в 2000 г. как мутации генов, кодирующих определенные ферменты метаболизма мевалоновой кислоты. Порокератоз — заболевание с неполной пенетрантностью, поэтому для реализации генной мутации необходимо влияние пусковых факторов внешней среды (избыточное ультрафиолетовое облучение), патологические изменения в организме (иммуносупрессия, врожденные иммунодефициты, сахарный диабет, системные болезни соединительной ткани, длительное лечение системными глюкокортикостероидами и т. д.). Заболевание систематизируют по особенностям локализации и внешнему виду кожных элементов и подразделяют 3 группы: бляшечный порокератоз Мибелли, диссеминированный и локализованный. Все виды порокератоза относят к предраковым заболеваниям, поскольку клетки очагов нарушенной кератинизации склонны к злокачественной трансформации (чаще плоскоклеточная и базальноклеточная карциномы). Пациентам с жалобами на ороговевающие бляшки и пятна на коже требуется консультация врача-дерматовенеролога. При классическом расположении и морфологии элементов предварительный диагноз устанавливают уже по результатам осмотра. Большое внимание уделяют сбору семейного анамнеза, чтобы выяснить возможность наследственного порокератоза. При дерматоскопии определяют тонкую границу элементов с чешуйками по периферии, мелкие серо-коричневые точки и участки гиперпигментации, зоны кожной атрофии в центре элементов. Зачастую обнаруживают периферическую васкуляризацию и другие аномалии поверхностной капиллярной сети. Патогномоничным признаком порокератоза служат перпендикулярные роговые пластины, которые замещают зернистый слой эпидермиса, и паракератотические «колонны» в роговом слое при патогистологическом исследовании высыпаний. Также определяют локальный акантоз, гиперкератоз, вакуольную дистрофию мальпигиева слоя. Порокератотические элементы необходимо отличать от проявлений дискоидной красной волчанки, актинического кератоза, амилоидного лихена. Единичные очаги при порокератозе Мибелли дифференцируют с веррукозным невусом, бородавкой, кожным рогом. Дифференциальная диагностика также проводится с более распространенными видами дерматозов: микозами, кольцевидным псориазом, контактным дерматитом, некоторыми видами микробной экземы. Терапия подбирается индивидуально с учетом вида заболевания, степени тяжести и наличия субъективных симптомов. Международные стандарты лечения порокератозов пока не разработаны ввиду редкости болезни и сложности ее этиопатогенеза. Лечебные мероприятия направлены на уменьшение выраженности кожных очагов, улучшение внешнего вида пациентов. В филиале «Южный» ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» с апреля 2021 года находится под наблюдением пациент Ш. 7 лет. Беспокоили высыпания на коже бедер с рождения. По результатам сбора жалоб, анамнеза, физикального осмотра установлены предположительные диагнозы: Красный плоский лишай, атрофическая форма? Порокератоз? По результатам консультации в филиале «Юго-Западный» и проведенного гистологического исследования подтвержден диагноз: Локализованный (линейный) порокератоз. Назначено амбулаторное лечение — наружно такролимус (такропик) 0,03% мазь 2 раза в день 1 месяц, внутрь ретинола пальмитат 3,44% по 45 капель 1 раз в сутки 3 месяца, с последующим контролем и коррекцией лечения. Прогноз заболевания сомнительный

ввиду значимого снижения качества жизни пациента, высокой вероятности малигнизации очагов. Для снижения отдаленных рисков онкопатологии больные находятся под совместным с дерматовенерологами диспансерным наблюдением у дерматоонколога. Учитывая мультифакториальность и неясный патогенез порокератоза, эффективные меры профилактики отсутствуют. Рекомендовано ограничить пребывание на солнце в опасные часы, вовремя лечить заболевания, сопровождающиеся иммуносупрессией.

МИКРОЯДЕРНЫЙ ТЕСТ БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

ФГБУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Донецк
Проценко Т. В., Милус И. Е., Шпатусько М. Н., Мехова Г. А., Мехова Л. Н.

Цель. Изучить показатели микроядерного теста буккальных эпителиоцитов у больных атопическим дерматитом (АД) в сочетании с диффузной алопецией (ДА) и без нее и определить их значимость при ведении больных. Материалы и методы. Обследованы 176 больных АД в возрасте от 18 до 45 лет, в том числе 88 женщин и 88 мужчин, из которых у 48 (24 мужчины и 24 женщины) была ДА. Контрольной была группа из 42 здоровых лиц (21 женщина и 21 мужчина) без дерматологических проблем. Микроядерный тест буккального эпителия определяли по стандартной методике с оценкой общего количества и доли разных типов аберрантных клеток и клеток с ядерными аномалиями на 2000 клеток Результаты. Показано, что аберрантные клетки буккального эпителия были во всех сравниваемых группах, в том числе и в контрольной, при этом обращало внимание количественное и гендерное различие. Общее количество аберрантных клеток при АД было 34,72±2,68 у женщин и 36,39±4,3 у мужчин; при сочетании АД с ДА таких больных было 37,27±3,4 и 39,0±2,04 соответственно (в контрольной группе — 7,00±0,59 и 6,47±0,5 соответственно). Доля двуядерных клеток при АД и у женщин, и у мужчин была почти в 2 раза больше показателей контрольной группы, а у больных АД с ДА — почти в 2 раза больше, чем у больных только с АД. Так, у больных АД женщин этот показатель составил 3,44±0,85, а у больных АД женщин с ДА — 6,05±0,56: у больных АД мужчин — 3,33±0,86, а у больных АД мужчин с ДА — 6,32±0,83. Аналогичная тенденция прослежена и при анализе доли апоптозных клеток, которые у больных АД в 2–2,5 раза превышали показатели контрольной группы, а при сочетании АД с ДА — были достоверно выше, по сравнению с больными только АД, как у мужчин, так и у женщин. Клинико-цитогенетические сопоставления показали, что наиболее выраженными нарушения были у больных АД с индексом SCORAD более 30 и у больных АД, даже легкой формы (индекс SCORAD 10–20), но в сочетание с ДА. Выводы. Полученные данные можно использовать для оптимизации лечения и персонифицированного подхода к ведению больных АД и ДА.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЭРУПТИВНЫЕ СИРИНГОМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
2. ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»
Москва
Жукова О. В.[1,2], Маляренко Е. Н.[1,2], Голубева Ю. М.[1], Радионова Е. Е.[1], Катунина О. Р.[1]

Сирингома (множественная туберозная лимфангиома, эруптивная гидраденома, сирингогистоаденома) — доброкачественная гиперплазия эпителия выводных протоков потовых желез с формированием кистозных образований и узелков. По мнению некоторых дерматологов, она развивается из интердермальной части выводных протоков эккриновых потовых желёз, согласно мнению других авторов, при сирингоме имеет место апокринная дифференцировка клеток. Этиология и патогенез достоверно неизвестны. К возникновению патологии могут приводить врожденные пороки выводных протоков развития потовых желёз, нарушение обменных процессов в организме, различные эндокринопатии. Встречаются семейные случаи с аутосомно-доминантным типом наследования. Под нашим наблюдением, в стационарном отделении МНПЦДК филиал «Клиника им. В. Г. Короленко», находилась пациентка С., 67 лет, с диагнозом «Множественные эруптивные сирингомы» Согласно анамнестическим данным, считает себя больной в течение 30 лет, когда впервые, без видимых провоцирующих факторов, отметила появление высыпаний на коже лица. Не лечилась. К врачу обратилась через 5 лет в связи с увеличением количества элементов. Дерматологом был диагностирован «Ксантоматоз», на тот момент высыпания отмечались на коже верхней трети шеи. Лечения не получала. В дальнейшем, в течение следующих 15–18 лет к дерматологу не обращалась, самостоятельно не лечилась, соблюдала диету. Отмечалось распространение высыпаний на кожу в области декольте. В 2022 году, по рекомендации терапевта, пациентка обратилась за консультативной помощью в МНПЦДК по месту жительства, где был выставлен предварительный диагноз «Красный плоский лишай». В объеме консультативной помощи пациентка была направлена в МНПЦДК филиал «ООСМП», где, после осмотра дерматологом, был выставлен предварительный диагноз: «Множественные эруптивные сирингомы?» Пациентка была направлена на госпитализацию для дообследования и лечения в условиях круглосуточного стационара филиала «Клиника им. В. Г. Короленко». На момент поступления при осмотре, патологический процесс носит распространенный хронический воспалительный характер. Локализуется на коже лица, шеи, туловища, верхних конечностей. Представлен симметричными диссеминированными, плотными, выступающими над поверхностью кожи милиумподобными узелковыми элементами, красновато- розового цвета, с желтовато-коричневым оттенком, размером до 0,3 см в диаметре, местами с блестящей полупрозрачной поверхностью. По данным лабораторного скрининга: биохимия крови, ОАМ, ОАК — в пределах референсных значений. С целью верификации диагноза пациентке было проведено прижизненное патоморфологическое исследование биоптата кожи, согласно результатам которого: в препарате фрагмент кожи без подкожно-жировой клетчатки. Эпидермис обычной толщины, его слои дифференцированы, гиперпигментация кератиноцитов базального слоя. В дерме обнаруживаются мелкие кистоподобные структуры, выстланные двумя слоями уплощенных эпителиальных клеток, в полости которых присутствуют гомогенные эозинофильные массы. Вокруг сосудов дермы скудные скопления гистиоцитов и лимфоцитов.; Заключение: выявленные изменения соответствуют структуре сирингомы. Учитывая жалобы, анамнез заболевания, клинико-гистологическую картину у пациентки был выставлен диагноз: Множественные эруптивные сирингомы. Таким образом, данный клинический случай представляет интерес в связи с редкой встречаемостью множественных эруптивных сирингом в дерматологической практике.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва, Россия
Чернова Н. И., Проскурина М. И., Исаева В. Л., Овчинникова С. П.

Актуальность: Склерозирующий лихен (СЛ), занимает наибольшую долю среди всех доброкачественных дистрофических заболеваний вульвы, сопровождающихся зудом. Заболевание значительно влияет на качество жизни и сексуальную функцию женщин. В настоящее время по-прежнему отмечаются сложности с установлением диагноза склероатрофический лишай. В большинстве случаев, среднее время от появления симптомов, до установления диагноза занимает 3–5 лет, в течение которых, больные получают некорректное, неэффективное лечение, а симптомы прогрессируют. Цель: продемонстрировать проблемы ведения пациентки с САЛ

вульвы и возможности повышения эффективности терапии. Материалы и методы: Амбулаторная карта пациента, оценка анамнестических данных, клинических проявлений, эрбиевый лазер, аутогенная тромбоцитарная плазма. Пациентка Т, 47 лет, считает себя больной 3 лет, когда впервые ощутила зуд в области вульвы. В течение 3 х лет наблюдалась у гинеколога, по поводу зуда и сухости получала метилурациловую мазь без положительной динамики, направлена на консультацию к онкологу, проведена биопсия, на основании гистологического исследования установлен диагноз крауроз вульвы, назначено лечение топическим эстриолом -с незначительным эффектом. В ноябре 2023 г. обратилась в МНПЦДК с жалобами на зуд и высыпания на коже гениталий. St.localis: Кожный процесс носит хронический локализованный характер. При осмотре наблюдается атрофия по типу папиросной бумаги, на внутренней поверхности больших половых губ и в области преддверия влагалища бледно- розовые эритематозные очаги около 3 см, резорбция малых половых губ и клитора. На основании клинической картины, заключения гистологического исследования и анамнестических данных был выставлен диагноз: Склероатрофический лихен вульвы. Рекомендована терапия: крем мометазона фуроат с гентамицином, эконазолом и декспантенолом 2 раза в сутки в течение 10 дней, далее крем клобетазола пропионат 0,05%, 2 раза в сутки в течение 1 месяца, затем 1 раз в сутки в течение 1 месяца, затем 2 раза в неделю в течение месяца. С первого дня терапии гиалуронат натрия в комбинации с фитокомплексом: экстракты трав календулы, красного клевера, шишек хмеля в форме геля, через 40 мин после тГКС 1 р в сутки 10 дней, далее 2–3 р в неделю 3 месяца. С положительной динамикой. В филиале «Юго- западный» было проведено две процедуры сочетанного лечения эрбиевым лазером с аутогенной тромбоцитарной плазмой с интервалом 1 месяц, после которых зарегистрировано установления устойчивой ремиссии. Обсуждение: Междисциплинарное взаимодействие гинекологов и дерматовенерологов, способствует своевременному установлению диагноза, своевременному назначению лечения, профилактике осложнений. Комбинированный способ терапии склероатрофического лишая, заключающийся в применении на очаги поражения наружной терапии в виде тГКС высокой степени активности в сочетании с эмолентами с последующей обработкой эрбиевым лазером и интрадермальным введением аутогенной тромбоцитарной плазмы оказывает выраженный терапевтический эффект в виде купирования клинических симптомов и удлинения периода ремиссии.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

1 ФГБНУ НИИВС им. И. И. Мечникова, Москва, Россия; 2 Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России.
3 Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России Москва
Сорокина Е. В., Ахматова Э. А., Мишина Н. В. Сходова С. А.

Иммуновоспалительные дерматозы, несмотря на их клиническое разнообразие, нередко характеризуются общими патогенетическими механизмами, в цепочке которых лежат дисфункции в различных звеньях иммунной системы, ассоциированные, поддерживаемые или индуцируемые триггерными факторами различной природы. Поиск и устранение этих факторов при иммуновоспалительных дерматозах являются важнейшими задачами, но, к сожалению, первый этап по поиску триггерных факторов является сложным и не всегда выполнимым, а второй этап по их устранению зачастую оказывается и вовсе нерешаемым. И в этом аспекте мы должны посмотреть на патогенез этих дерматозов с позиций врожденного и адаптивного иммунитета, управление которым поможет нам достичь желаемых результатов и приблизиться к прерыванию порочного круга взаимодействия триггеров и иммунной системы. Цель исследования. Изучение иммунофенотипа лейкоцитов периферической крови у пациентов различными хроническими дерматозами в период рецидива и ремиссии для определения прогностических и диагностических иммунологических маркеров. Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 111 больных в возрасте от 18 до 65 лет с хроническими дерматозами (атопический дерматит, n=25, псориаз вульгарный, n=24, многоформная экссудативная эритема, n=12, липоидный некробиоз, n=11, красный плоский лишай, n=12, инверсные акне, n=10, хронический рецидивирующий фурункулез, n=17. Базисная терапия в каждой группе включала традиционную терапию без применения иммунобиологических препаратов. Субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови больных в период ремиссии и рецидива определяли методом проточной цитометрии (FC-500 (Beckman Culter, США)) с использованием мАТ к соответствующим антигенам. Результаты исследования. При атопическом дерматите отмечено увеличение доли CD4+ лимфоцитов со снижением доли CD8+ лимфоцитов, что указывает на активацию ключевого звена адаптивного иммунного ответа — Т-хелперов. У больных липоидным некробиозом выявлено повышение содержания числа лимфоцитов CD3+CD8+ в периферической крови (24,37±4,02% и 425,33±30,22 кл/мкл), снижение В-лимфоцитов CD19+ (10,3±3%), повышение числа лимфоцитов с маркером ранней активации CD25+ (19,13±1,51%) (рецептор для IL-2), доля экспрессирующих γδ TCR была повышена (4,37±2,71%). После проведенной базисной терапии в период ремиссии у больных отмечалась нормализация содержания CD3+CD8+ (30,07±3,16%). У больных красным плоским лишаем показано повышение содержания числа лимфоцитов CD3+CD8+ в периферической крови (26,45±8,38% и 411,83±123,83 кл/мкл), повышение долей NKT-лимфоцитов (6,37±5,56%), клеток с маркером ранней активации CD25 (рецептор для IL2) (16,26±2,48%), снижение числа лимфоцитов, экспрессирующих маркер апоптоза CD95+ (25,3±10,23%). После проведенной базисной терапии в период ремиссии у больных отмечалась тенденция к повышению долей CD95+ (32,72±7,98%) и снижению CD25+ клеток (11,23±1,04%), что отражает снижение активации иммунного ответа и повышение готовности иммунных клеток к апоптозу. При псориазе в прогрессирующую стадию отмечено снижение абсолютного содержания числа лимфоцитов CD3+CD4+ в периферической крови (498,62±171,43 кл/мкл), снижение CD3+CD8+ лимфоцитов (24,93±4,78% и 387,25±128,63 кл/мкл), повышение долей CD25+ (19,44±2,9%) и CD38+ (35,68±7,12%) лимфоцитов, снижение числа лимфоцитов, экспрессирующих маркер апоптоза CD95+ (28,33±9,03%). После проведенной базисной терапии в период ремиссии у больных отмечалась тенденция к нормализации содержания CD3+CD8+ по абсолютным значениям (473±123 кл/мкл). При хроническом рецидивирующем фурункулезе в период рецидива выявлено повышение относительного содержания числа Т-лимфоцитов (CD3+) в периферической крови (77,6±5,83%), Т-хелперов CD3+CD4+ (49,18±7,2%), снижение Т-киллеров CD3+CD8+ (27,51±6,13%, 429,29±137,47 кл/мкл), повышение доли CD38+ клеток (28,4±7,32%), снижение В-лимфоцитов (10,36±3,48%), клеток, экспрессирующих Fas-рецептор апоптоза CD95+ (22,02±15,38%). После проведенной базисной терапии в период ремиссии у больных отмечалось повышение абсолютных значений CD3+CD8+. У обследованных больных многоформной эритемой в период рецидива отмечается повышение CD3+CD4+ клеток (48,68±7,08%), снижение CD3+CD8+ лимфоцитов (22,65±4,27%, 308,33±98,33 кл/мкл), повышение доли NKT-лимфоцитов (9,33±4,48%), повышение числа CD38+ клеток (28,38±6,73%), повышение числа В-лимфоцитов (16,93±6,71%), выраженное снижение содержания лимфоцитов, экспрессирующих маркер апоптоза CD95+ (14,05±3,8%). После проведенной базисной терапии в период ремиссии у больных отмечалась тенденция к снижению содержания натуральных киллеров (6,27±4,02%), повышению исходно сниженных CD3+CD8+ (494,4±131,52 кл/мкл). Заключение и обсуждение. Проведение сравнительного анализа патологии в период рецидива выявило, что максимальные значения CD38 наблюдались у больных атопическим дерматитом и псориазом, максимально высокие значения гамма-дельта лимфоцитов — у больных атопическим дерматитом. Лимфоциты, экспрессирующие маркеры апоптоза CD95, были наиболее низкие у больных атопическим дерматитом и многоформной эритемой, в то время как этот показатель был в норме только у больных липоидным некробиозом. При изучении особенностей иммунного ответа при рецидиве и ремиссии показано, что в группе КПЛ и ЛН отмечено повышение числа Т-киллеров (CD3+CD8+) в ремиссию по сравнению с рецидивом, эти оба заболевания имеют сходных патогенез. Повышение этих значений в период ремиссии заболевания вероятно связано с переходом иммунной системы из состояния «болезни» и гиперактивации в состояние «покоя», «дежурства». Липоидный некробиоз характеризовался также повышением лимфоцитов с маркером CD25 и значительным повышением гамма-дельта клеток, при этом это была единственная патология, при которой содержание лимфоцитов с маркером апоптоза CD95 было в пределах нормы. Псориаз характеризовался снижением числа Т-лимфоцитов хелперов CD3 CD4 в отличие от других патологий. При атопическом дерматите в отличие от других патологий отмечено повышение доли NKT-лимфоцитов на фоне снижения NK-лимфоцитов, что может отражать участие NKT-клеток

в патогенезе воспаления при этой патологии, и максимальными значениями гамма-дельта лимфоцитов. При многоформной эритеме отмечено в отличие от других дерматозов повышение числа В-лимфоцитов, а также минимальные значения CD95. По достижении ремиссии после базисной терапии при атопическом дерматите отмечена нормализация содержания гамма дельта клеток и общего числа лимфоцитов. При красном плоском лишае отмечена нормализация в содержании CD95 и CD25. Для определения потенциальной роли биомаркеров в прогнозировании и оценке эффективности лечения иммуновоспалительных дерматозов крайне важны крупномасштабные клинические исследования с широкой оценкой целого спектра биомаркеров, что может привести к разработке клинического подхода с использованием их в качестве практического клинического инструмента, при котором выбор терапии этих патологий будет персонифицированным. Поиск и определение надежных и легкодоступных биомаркеров позволит внедрить прецизионную медицину при иммунозависимых дерматозах, улучшить ведение пациентов и ускорить разработку новых терапевтических средств.

ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТНОГО ПЕРИОДА С ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1
Красноярск
Винник Ю. Ю., Симакова Н. А., Ямских А. А.

Цель исследования: выявление различий биоимпедансометрических и антропометрических показателей у пациентов с вульгарным псориазом с метаболическим синдромом и пациентов контрольной группы. Задачи исследования: 1) проанализировать антропометрические и биоимпедансометричекие показатели у пациентов с вульгарным псориазом и сопутствующим метаболическим синдромом, проходящих лечение в Красноярском краевом кожно-венерологическим диспансере № 1; 2) сравнить аналогичные показатели группы исследования и контрольной группы. Материалы и методы: за 2023 год обследовано 138 пациентов мужского пола первого зрелого возраста (22–35 лет), наблюдающихся в Красноярском краевом кожно-венерологическом диспансере № 1 с диагнозом вульгарный псориаз (PASI 10–30), у которых диагностирован метаболический синдром. В контрольную группу вошли 96 мужчин аналогичного возрастного периода, страдающие метаболическим синдромом, но без кожной патологии. Всем обследуемым проведены антропометрическое (измерения роста, веса, окружности талии, бёдер, запястья) и биоимпедансметрическое исследования (определялась жировая масса, безжировая масса, общая, внеклеточная и внутриклеточная жидкости, активное и реактивное клеточное сопротивление, фазовый угол). Результаты: индекс массы тела у пациентов группы исследования был 31,4 кг/м^2 (±2,1), контрольной группы — 28,7 кг/м^2 (±3,3), абсолютное и относительное содержание жировой массы в первой группе составило 42% (43,3±4,6 кг), во второй 39,2% (43,1±5,1 кг). Показатель безжировой массы выявлен выше в группе контроля: 60,8% (47,9±4,2 кг), в группе исследования он составил 58% (53,7±4,9 кг). Повышенный показатель общей жидкости также был высоким у пациентов с псориазом — 67% (69,7±5,5 л). Фазовый угол у лиц обоих групп установлен низким и составил 5,4 ±0,4 в контрольной группе и 5,1±0,3 у пациентов группы исследования. Выводы. Пациенты мужского пола, страдающие вульгарным псориазом и метаболическим синдромом, имели более выраженные отклонения антропометрических показателей и компонентного состава тела, чем пациенты контрольной группы. Так, высокий показатель общей жидкости может свидетельствовать о наличии скрытых отёков. Показатель фазового угла, указывающий на уровень тренированности и выносливости организма, интенсивности обмена веществ был низким у пациентов обоих групп, но в группе исследования достоверно ниже. Таким образом, можно утверждать, что псориаз оказывает влияние на обменные процессы организма, что подтверждается изменениями компонентного состава тела.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ КОЖИ В ЗОНЕ ТАТУИРОВКИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва, Россия
Карымов О. Н.

Рост в популяции лиц с татуажем и увеличение постатуажных осложнений диктует необходимость комплексного изучения кожных покровов в зоне татуировки. Ранее нами описаны изменения анатомического строения кожи при татуаже, местной и системной реакции на татуировочные пигменты. Однако до настоящего времени отсутствуют сведения о микробиоте кожи в зоне татуажа, что и обусловливает актуальность данного исследования. Цель. Оценить особенности микробиоты кожи в зоне татуировки. Задачи. 1. Определить качественный и количественный состав микробиоты кожи у лиц с татуажем без осложнений. 2. Определить микробиоту кожи у лиц с постатутажными осложнениями. Материал и методы. В качестве материала использовали 60 смывов с кожи у лиц с татуажем, в качестве контроля использовали 10 смывов с аналогичных биотопов у лиц без татуировок. Группа исследования была разделена на 2 подгруппы: 15 пациентов с татуажем без осложнений, жалоб и клинических проявлений и 15 пациентов с постатуажными осложнениями. Смывы осуществляли с использованием стерильных ватных тампонов, смоченных в физиологическом растворе, с кожных покровов площадью 1 см^2. При этом у каждого пациента смывы осуществляли как непосредственно в зоне татуажа, так и на симметричном участке кожных покровов без татуировки. Посев материала осуществляли на питательные среды, с последующей инкубацией в термостате 24–48 ч при t 37°С. После описания и подсчета выросших колоний в колониеобразующих единицах на 1 см^2 (КОЕ/см^2), выделяли чистую культуру и проводили идентификацию микроорганизмов по культуральным и биохимическим признакам. Полученные результаты. В результате проведенных исследований установлено, что независимо от наличия клинических проявлений постатуажных осложнений в зоне татуировок у абсолютного большинства пациентов определялись нарушения качественного и/или количественного состава микроорганизов, колонизирующих кожу обследуемых (у 26 пациентов 86,7%). Лишь у 4 (13,3%) обследуемых лиц с татуажем без осложнений микробиота кожи не имела достоверных отличий от микробиоты аналогичного биотопа лиц контрольной группы. Выраженность дисбиоза варьировала в зависимости от клинико-морфологических вариантов постатуажных осложнений. Так, у пациентов без клинических проявлений и жалоб со стороны зоны татуажа отмечено выраженное уменьшение количества нормобионтов по сравнению с симметричным участком кожных покровов у данных лиц и обследуемых группы контроля. Количество S.epidermidis было снижено в 3,1 раза ($p<0,01$), S.saprophyticus — в 2,7 раза ($p<0,01$), Corynebacterium — в 1,3 раза ($p<0,05$). При этом у 2 пациентов (6,7% случаев) был высеян S.aureus, что является потенциальным риском для развития гнойно-воспалительных осложнений в данной локации. У 10 пациентов (66,7%) с посттатуажными осложнениями на фоне резкого снижения представителей нормальной микробиоты и полного отсутствия таковых у 5 пациентов (33,3%) кожа в зоне татуажа была колонизирована условно-патогенными и патогенными микроорганизмами. Видовой состав микробиоты был разнообразен и включал такие микроорганизмы как: Enterobacter, S.aureus, Citrobacter, Proteus vulgaris, грибы рода Candida, в том числе Candida albicans. Особого внимания заслуживает обнаружение в 2 пациентов (в 13,3% случаев) E.coli на фоне выраженных клинических проявлений (зуд, воспаление, шелушение в зоне татуажа), т. к. появление данного микроорганизма в нетипичном биотопе является маркером иммуносупрессии. Выводы. В зоне проведения татуажа независимо от наличия постатуажных осложнений происходит изменение микробиоты кожи. Выраженность нарушений микробиоты колеблется от дисбиотической реакции до выраженного дисбиоза и характеризуется выраженной гетерогенностью популяции обнаруживаемых микроорганизмов. Происходящее снижение колонизационной резистентности микробиоты кожи в зоне татуажа и персистенция условно-патогенных и патогенных микроорганизмов может быть расценена как одна из объективных причин развития постатутажных осложнений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБТ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1
Красноярск
Федотова Д. А., Винник Ю. Ю., Ямских А. А.

Гнойный гидраденит — это хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, которое развивается после полового созревания и характеризуется появлением на участках кожи, богатых апокриновыми потовыми железами (наиболее часто в подмышечной, паховой и аногенитальной областях), рецидивирующих болезненных узлов, абсцессов, формированием свищевых ходов и рубцов. Патологические изменения начинаются в верхних отделах волосяного фолликула. Фолликулярный гиперкератоз в области перешейка и воронки приводит к окклюзии выводных протоков сальных желез. Следствием фолликулярного гиперкератоза и окклюзии сальных желез является накопление фолликулярного содержимого и расширение волосяного фолликула. Разрыв расширенного волосяного фолликула с последующим попаданием в окружающую дерму и подкожную клетчатку фолликулярного содержимого — фрагментов кератина, клеточного детрита, а также вторичная бактериальная инвазия многократно усиливает воспалительную реакцию. Дальнейшее развитие и распространение воспаления в коже сопровождается вовлечением апокриновых потовых желез, формированием абсцессов и свищей. Клинический случай. Пациент Н., 1992 г. р. В марте 2024 г. обратился на прием к дерматологу в поликлинику КГБУЗ ККВДЦ№ 1 с жалобами на появление высыпаний на коже спины, подмышечных и паховых областей, сопровождающихся интенсивным болевым синдромом. Из анамнеза: считает себя больным в течение 10 лет, когда без видимых причин появились высыпания на коже туловища. Тогда же впервые обратился к дерматологу по месту жительства, был выставлен диагноз «фурункулез». Получал неоднократно амбулаторное лечение антибактериальными препаратами с временным улучшением. Заболевание приобрело рецидивирующий характер со спонтанными обострениями и неполными ремиссиями. В феврале 2023 года обратился в АПО КГБУЗ ККВД № 1. Выставлен диагноз: инверсная форма акне. Была назначена терапия системными ретиноидами в дозе от 50 до 100 мг в сутки. На фоне терапии сухости и хейлита не было. При снижении дозы до 60 мг в сутки вновь стали появляться новые высыпания. В ноябре 2023 года получал преднизолон 30 мг и антибиотикотерапию в СО ККВД № 1, с положительной динамикой. Во время терапии, при контроле лабораторных показателей отмечался лейкоцитоз, повышение СОЭ. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии направлен на ВК; 19.02.2024 пациенту выставлен диагноз: «Хронический гнойный гидраденит, тяжелое рецидивирующее течение, IIв стадия по Херли» и рекомендовано проведение генно -инженерно — биологической терапии препаратом секукинумаб. 06.03.24 г. направлен в дневной стационар ККВДЦ№ 1 для проведения инъекций препаратом. Аллергологический анамнез отягощён — не переносит пенициллин — отёк Квинке. Локальный статус на момент поступления в дневной стационар ККВДЦ№ 1: патологический процесс носит распространенный характер с поражением кожи верхней части груди, спины, подмышечных и паховых областей. Морфологические элементы представлены рубцами, папуло-пустулами, множественными воспалительными узлами и инфильтратами. Результаты. Локальный статус после инициации (5 инъекций) препаратом секукинумаб: на коже верхней части груди и спины, в подмышечных и паховых областях рубцы, папуло-пустулы в стадии регресса, узлы и инфильтраты уменьшились в размерах, воспалительных элементов нет. Свежих высыпаний не выявлено. Выводы. Данный клинический случай иллюстрирует высокую эффективность генно-инженерно-биологической терапии по сравнению с антибактериальными препаратами, а также снижает риск применения оперативного лечения и улучшает качество жизни пациента.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ — ФОТОТЕРАПИИ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
2. ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»
Москва
Королёва И. И.[1], Сучканцев Н. А.[1], Игнатова Е. В.[1], Маляренко Е. Н.[1,2], Денисова Е. В.[1], Жукова О. В.[1,2], Хамаганова И. В.[1]

Актуальность. Псориаз хронической рецидивирующее заболевание, характеризующееся гиперпролиферацией клеток эпидермиса, нарушением дифференцировки кератиноцитов, воспалительной реакцией в дерме, частым поражением суставов и изменениями в органах и системах. У больных отмечаются различные метаболические нарушения, расстройства ферментативных и энергетических процессов, а также микрогемодинамики. Наблюдается дисбаланс процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности, коррелирующий с тяжестью патологии, что свидетельствует о необходимости проведения адекватной терапии. Лечение псориаза комплексное. Побочное действие на организм ряда эффективных медикаментозных средств (системные ретиноиды, иммуносупрессоры и др.), ограничивает их применение, одновременно с этим возрастает необходимость разработки комбинированных физиотерапевтических методов лечения больных псориазом. Например, комбинация воздействия ультрафиолетового излучения (узкополосная средневолновая 311 нм фототерапия, ПУВА-терапия) и лазеротерапии. Цель работы. Оценить эффективность комбинированного воздействия фототерапии и чрезкожного низкоинтенсивного лазерного облучения крови (ЧЛОК). Материалы и методы. За 6 месяцев в отделении было пролечено 917 человек (чел.) (545 мужчин (М) и 372 женщины (Ж), в возрасте 18–74 лет). Основное медикаментозное лечение пациенты получали в стационаре в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями МЗ РФ. ПУВА-терапию получали 118 чел. (М-94чел., Ж-24 чел.), UVB 311 нм — 620 чел. (М-381чел., Ж-239чел.). У 179 чел. (М-116чел., Ж-63чел.) использовалась комбинация методик ПУВА- терапия + ЧЛОК (64 чел.) или UVB 311 нм + ЧЛОК (115 чел.). Низкоинтенсивная лазеротерапия красного спектра (635 нм, 80 Гц, 5 мВт/см^2) на проекцию кубитальной вены, 10 минут, 5 раз в неделю № 10; Общая ПУВА-терапия с пероральным приемом амми большой плодов фурокумарины за 2 часа до UVA облучения, с режимом 3–4 раза в неделю; Общая узкополосная средневолновая UVB-311 нм фототерапия в режиме 4 раза в нед. В основе механизма действия УФВ 311 нм (используется средневолновой спектр с длиной волны 311 нм) излучения лежит поглощение фотонов нуклеотидами ядерной ДНК, что приводит к образованию циклобутан-пиримидиновых димеров и других фотопродуктов. В методе ПУВА–терапии используется длинноволновой спектр ультрафиолетового излучения 320–400 нм. Основой терапевтического действия является взаимодействие фотосенсибилизатора и ДНК клетки под действием квантов света с формированием ковалентных связей. Вследствие образования бифункциональных связей и перекрестных сшивок между цепями ДНК происходит торможение репликации ДНК, подавление синтеза нуклеиновых кислот и белка, уменьшение частоты митозов делящихся клеток и как следствие торможение клеточной пролиферации. ПУВА-терапия подавляет продукцию антигенпрезентирующих клеток Лангерганса, оказывает влияние на экспрессию молекул адгезии, изменяет секрецию цитокинов и их рецепторов в коже, индуцирует развитие апоптоза лимфоцитов и кератиноцитов. В качестве фотосенсибилизаторов используются препараты из группы фурокуморинов. Фотоиммунологическое воздействие связано с глубиной проникновения ультрафиолетовых лучей. УФБ–лучи воздействуют на эпидермальные кератиноциты, УФА–лучи проникают в более глубокие слои кожи и оказывают действие на дермальные фибробласты, дендритные клетки и клетки иммунной системы. Лазеротерапия — применение с лечебной целью низкоинтенсивного лазерного излучения, которое, благодаря многообразию биологических эффектов, оказывает разностороннее терапевтическое действие на организм человека. Одной из его методик является чрезкожное лазерное облучение крови (ЧЛОК). ЧЛОК обладает противовоспалительным, дезинтоксикационным

и анальгезирующим действием, способствуя улучшению микроциркуляции, нормализации энергетического метаболизма клеток, коррекции иммунных нарушений, стимулируя активацию репаративных процессов, снижая активность перекисного окисления липидов. Выводы. В результате лечения у 97% пациентов достигнуто клинически значимое улучшение к концу курса комплексного лечения — отсутствие новых высыпаний, шелушения, уменьшение интенсивности окраски и инфильтрации элементов. Однако, по нашим наблюдениям, в группе, где применялась комбинация методов, регресс элементов за счет уменьшения инфильтрация кожи был более выражен, чем в группах, где применялись монотерапия ПУВА или UVB 311 нм. Сочетание методик фото и лазеротерапии позволяет сократить пребывание пациента в стационаре и добиться более продолжительной ремиссии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра кожных болезней и
Москва
Цыганкова Е.И., Васенова В.Ю.

Актуальность. Онихомикоз — грибковое заболевание ногтевых пластин, широко распространенное как в России, так и в мире в целом. В последние годы врачи все чаще сталкиваются с резистентностью возбудителей онихомикоза к традиционным системным препаратам. Поэтому весьма актуальным становится поиск и внедрение новых методов лечения. Одними из наиболее перспективных являются фотодинамическая и лазерная терапия онихомикозов. Целью исследования является сравнительная оценка эффективности лазерной и фотодинамической терапии онихомикозов стоп. Материалы и методы. В исследование, проведенное на кафедре кожных болезней и косметологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, было включено 36 пациентов (12 мужчин и 24 женщины) с микроскопически и клинически подтвержденным онихомикозом стоп. Средний возраст пациентов — 52,5 лет. Все участники исследования были разделены на три равнозначные группы, значение КИОТОС варьировало 4-20. На первом этапе лечения всем пациентам проводилась аппаратная чистка ногтевых пластин. Далее, пациентам первой группы (12 больных) ногтевые ложа обрабатывались Nd: YAG лазером 1064 нм (РФ, «LASEST»). Параметры излучения: длительность импульса 0,3 мс, плотность энергии 25-40 Дж/см', размер светового пятна 4 мм. Во вторую группу вошли 20 пациентов, получивших фотодинамическую терапию (ФДТ) с нанесением геля-фотосенсибилизатора производного хлорина еб и облучением светотерапевтическим аппаратом «АФС» (РФ, «Полироник») с длиной волны 630-670 нм и мощностью излучения 700 мВт. Всего было проведено 8 процедур лазерной или фотодинамической терапии (один раз в неделю в течение первого месяца и один раз в две недели в течение последующих двух месяцев). В процессе проведения исследования была выделена дополнительная группа больных онихомикозом (5 пациентов) с комплексной схемой лечения: описанная выше методика ФДТ и укороченный курс приема системных антимикотиков (два курса итраконазола по схеме пульс-терапии). Также всем участникам были назначены наружные противогрибковые препараты. Результаты оценивали через 3 и 6 месяцев методом микроскопической негативации и измерением визуально здоровой ногтевой пластины. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel 2016 и Statistica 8.0. Достоверность различий считали статистически значимой при p≤0,05. Результаты. Наилучший результат лечения был отмечен в группах с применением ФДТ. Во второй группе микологическое излечение было достигнуто у 12 (60%) пациентов через 6 месяцев, среди которых у 9 пациентов микроскопическая негативация произошла уже на 12-ой неделе наблюдения; у 12 (60%) пациентов было получено и клиническое излечение, а значительное улучшение отмечалось еще у 5 (25%) пациентов на 24-ой неделе наблюдения. В третьей группе все 5 (100%) пациентов достигли микологического излечения через 3 месяца и клинического выздоровления через 6 месяцев. А в группе пациентов с лазерным лечением получено выздоровление (клиническое и микологическое) только у 1 (8%) больного, в остальных случаях не наблюдали положительного эффекта на протяжении 6 месяцев. Таким образом, Nd: YAG 1064 нм с заданными параметрами не обладает достаточной эффективностью в отношении терапии онихомикозов. Заключение. Комплексная терапия онихомикоза стоп с применением ФДТ является наиболее эффективной. Данный метод лечения может быть использован как в качестве монотерапии, так и в комбинации с системными противогрибковыми препаратами.

О РОЛИ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПРИ КОЖНОМ МАСТОЦИТОЗЕ

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Касихина Е. И., Острецова М. Н., Жукова О. В.

Введение. Мастоцитоз — редкое заболевание, связанное с пролиферацией клональных тучных клеток в коже и других органах и системах. В последнее десятилетие появились исследования, посвященные роли генетических факторов в развитии заболевания. Семейные случаи мастоцитоза считаются редким явлением. По одним литературным данным семейный анамнез при мастоцитозе отмечался только у 4% пациентов, по другим- у 8–11%. Тип наследования был определен как аутосомно-доминантный с неполной пенетрантностью гена. В большинстве семей были идентифицированы мутации KIT зародышевой линии, такие как K509I или S476I. В то время как соматические мутации KIT у взрослых с системным мастоцитозом, преимущественно, обнаруживаются в экзоне 17, то мутации зародышевой линии у детей обычно локализуются в экзонах 8, 9, 10, 13 или 17 гена KIT. Основные предрасполагающие генетические (зародышевые) факторы либо обеспечивают благоприятный генетический фон, включая дефекты механизмов репарации ДНК, облегчая возникновение мутаций в KIT, либо предрасполагают члена семьи к эволюции и расширению клона стволовых клеток KIT D816V+. Есть предположение, что у членов этих семей может быть обнаружена даже более общая онкогенная предрасположенность с наличием двух или даже более субклонов с клоноспецифическими драйверными поражениями, включая KIT D816V. Цель. Провести анализ частоты семейных случаев мастоцитоза. Материал и методы. В исследование были включены дети в возрасте от 6 мес до 17 лет включительно с диагнозом «Кожный мастоцитоз». Все дети находились на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» в период с марта 2022 по май 2024 гг. Результаты. Для получения достоверных результатов, связанных с оценкой роли наследственности в развитии заболевания, учитывались анамнестические данные 341 ребенка с кожным мастоцитозом. На отягощенный семейный анамнез по мастоцитозу указали родители 24 (7,1%) детей, из них мальчиков было 11 (45,8%), девочек — 13 (54,2%). Частота семейного мастоцитоза достоверно выше при мономорфном типе пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза (ППКМ) (p<0,01), чем при полиморфном типе ППКМ и мастоцитоме кожи. Диагноз мастоцитоза в анамнезе у родственников первой линии родства был у 13 (3,8%), у родственников второй линии — у 11 (3,2%) детей. В трех семьях диагноз мастоцитоз регистрировался в трех поколениях. Заключение. Отягощенный семейный анамнез имел место у 7,1% из 341 детей, больных мастоцитозом. Дальнейшее наблюдение и изучение мутаций позволит определить, входят ли дети и подростки с мономорфным типом пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза с отягощенным семейным анамнезом по мастоцитозу в группу риска на развитие системного мастоцитоза и/или злокачественных новообразований.

О ТРУДНОСТЯХ В ДИАГНОСТИКЕ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России
Луганск
Радионов В. Г., Шварева Т. И., Хайминов Е. М.

Актуальность. Отрубевидный лишай (ОЛ) — распространенный кератомикоз, вызванный диморфным липофильным дрожжеподобным грибом Malassesia furfur в мицелиальной (патогенной) его форме. Как известно, излюбленной локализацией является кожа туловища (груди, спины), верхнего плечевого пояса, шеи, волосистой части головы. Заболевание встречается повсеместно, особенно в районах с жарким климатом. Предрасполагают к нему повышенная потливость, гиперсекреция сальных желез, нечистоплотность, пользование чужими предметами гигиены и одеждой. Способствуют развитию микоза гормональный дисбаланс, тяжелые соматические заболевания. Болеют преимущественно люди молодого возраста. Может встречаться у детей и пожилых пациентов. Течение болезни длительное. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют, крайне редко возможен незначительный зуд в местах высыпаний. Наряду с типичными пятнистыми формами разного цвета (от светло — до темно-коричневого и ахромичными) могут встречаться сквамозные, гиперкератотические, уртикоподобные, лихеноидные. Описаны клинические варианты ОЛ, сходные с эритразмой, крапивницей, ихтиозом, витилиго. Разнообразие клинических форм этого дерматоза может быть поводом для диагностических ошибок и неадекватного лечения. Цель работы. Изучение особенностей клинического течения ОЛ. Материал и методы. Проведен анализ диагностированных 4-х случаев атипичного течения заболевания ОЛ у лиц мужского пола возрастом от 18 до 27 лет. Результаты. Выявлены редкие особенности клинического течения ОЛ у мужчин: локализация высыпаний на коже головки полового члена; отсутствие видимых причин заболевания; неоднократное длительное безрезультатное лечение с ошибочными диагнозами (красный плоский лишай, псориаз, склеродермия). Длительность заболевания у мужчин варьировала от 3-х до 5-ти лет; у 1-го из них диагностирован сахарный диабет II-го типа. При объективном исследовании у 3-х из наблюдаемых пациентов на коже головки полового члена определялись резко ограниченные лихеноидные высыпания розово — красного цвета с тенденцией к периферическому росту, шелушение отсутствовало или практически не определялось. У одного из мужчин в указанной локализации четко визуализировались пятнистые элементы желтовато-розового и коричневого цвета с незначительной десквамацией и чередованием участков вторичной лейкодермы. У 2 — х пациентов высыпания сопровождались легким зудом. В лучах лампы Вуда высыпания у всех пациентов люминесцировали зеленовато-золотистым оттенком, а при проведении пробы Бальзера становились более выраженными. При лабораторном обследовании: комплекс классических серологических реакций — отрицательный; в чешуйках из очагов поражения микроскопически был обнаружен мицелий гриба. Всем наблюдаемым пациентам было назначено местное противогрибковое лечение, рекомендованы комплекс санитарно-гигиенических мероприятий и курсы профилактического лечения. Выводы. Знание редкой локализации отрубевидного лишая и его атипичных клинических проявлений поможет специалистам в своевременной и правильной диагностике этого заболевания, позволит избежать диагностических и тактических ошибок.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА КОМБИНАЦИЕЙ АЦИКЛИЧЕСКИХ СИНТЕТИЧЕСКИХ НУКЛЕОЗИДОВ И РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА 2В

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Халдин А. А., Ким Д. Г., Сунятуллина Н. Р.

Целью данного исследования было изучение влияния монотерапии ациклическими синтетическими нуклеозидами и их комбинации с альфа-2b рекомбинантным интерфероном в сочетании с антиоксидантами в виде ректальных суппозиториев на динамику кожных проявлений и неврологической симптоматики при опоясывающем герпесе. Задачей исследования являлась оценка целесообразности включения альфа-2b рекомбинантного интерферона в сочетании с антиоксидантами в терапевтический комплекс при опоясывающем герпесе. Исследование проводилось на основании анализа динамики регресса кожных высыпаний, стихания острой неврологической симптоматики и развития постгерпетических невралгий в двух группах пациентов с диагнозом опоясывающий герпес, проходивших амбулаторное лечение в центре вирусной патологии кожи МНПЦДК ДЗМ. В исследование включено 22 пациента, которые были распределены в две группы по 11 человек. В группе 1 пациенты получали монотерапию валацикловиром в дозе 1000 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней. Пациентам группы 2 было рекомендовано применение валацикловира в комбинации с рекомбинантным интерфероном альфа-2b в сочетании с антиоксидантами в форме ректальных суппозиторий по одному суппозиторию, содержащему 1 млн. ЕД 2 раза в сутки в течение 10 дней. Группы были репрезентативны по полу, возрасту, локализации высыпаний и наличию острой неврологической симптоматики. Все пациенты принадлежали к средней и пожилой возрастным группам, средний возраст пациентов составил 56±3,5 лет. В 20 случаях высыпания локализовались по ходу межреберных нервов, в двух случаях в области тройничного нерва, но без вовлечения в процесс зрительного и слухового нервов. У 16 больных отмечалась выраженная невралгия, у 6 пациентов болей не отмечалось. Во всех случаях лечение начиналось не позднее 72 часов от момента клинической манифестации. В процессе наблюдения за больными было отмечено, что на фоне лечения, в обеих группах, отмечалось постепенное стихание кожной симптоматики, которая купировалась, в среднем, через 9–12 дней. Сравнение динамики купирования кожных проявлений не выявило различий в клинических группах. Основные различия отмечались в динамике неврологической симптоматики. Так, при монотерапии валацикловиром, явления острой герпетической невралгии нивелировали ступенчато. Интенсивность болевого синдрома снижалась вдвое примерно на 4–5 день терапии. К концу курса терапии у 3 (27,3%) пациентов болевой синдром полностью купировался, у 5 (45,5%) больных они прекратились спустя 10 дней после окончания лечения. При комбинированном лечении, отмечалась более выраженная динамика купирования болевого синдрома. У 7 (63,6%) пациентов интенсивность боли уменьшилась вдвое на 2–3 день терапии, полное купирование болевого синдрома было отмечено у всех больных к концу курса терапии. Особое внимание было уделено оценке риска развития постгерпетической невралгии. Следует отметить, что классических проявлений её не было в обеих группах. Однако, при монотерапии валацикловиром, у 3 (27,3%) пациентов, отмечались явления локальной парестезии. При комбинированном лечении данных явлений зафиксировано не было. Таким образом, проведенное исследование, свидетельствует о целесообразности включения рекомбинантного интерферона альфа-2b в сочетании с антиоксидантами в виде ректальных суппозиториев в стандарты терапии опоясывающего герпеса.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
2) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»
Москва
Каткова К. В.[1], Денисова Е. В.[1], Радионова Е. Е.[1], Донченко И. Ю.[1], Маляренко Е. Н.[1,2], Жукова О. В.[1,2], Корсунская И. М.[1]

За последнее время появилось весомое количество новых диагностических методик и критериев обследования пациентов, однако по-прежнему незыблемым остается принцип, в соответствии с которым ведущее место отводится клиническому обследованию. Неоспорим тот факт, что диагностическая концепция формируется у постели больного, а подтверждается набором чувствительных, высокоспецифичных лабораторных методов исследования. Большинство выявляемых патологических признаков могут быть общими для многих заболеваний. Так, существует хорошо известный афоризм «Сифилис — обезьяна всех человеческих болезней», из-за многообразия его клинических проявлений. В небольшом проценте случаев на фоне иммунодефицита (например, у ВИЧ-инфицированных пациентов или у лиц, получающих иммунносупрессивную терапию) сифилис быстро прогрессирует и отличается особой клинической картиной, описываемой термином «злокачественный сифилис». В качестве примера приводим клинический случай, ценность которого заключается в наглядном отражении того, что пациентов дерматологического профиля, несмотря на кажущуюся ясность клинической картины — необходимо дообследовать в отношении сифилитической инфекции. Пациент Н. отметил появление высыпаний на коже верхних конечностей в марте 2024 г., манифест связывал с перенесенным ОРВИ. Обращался к дерматологу: диагноз токсидермия, рекомендованы per os кортикостероиды, сорбенты и ГКС мази — без эффекта, в последующем проводились инъекции дексаметазона, на фоне проведения которых не отметил улучшения. При обследовании в анализах крови в апреле 2024 г. было отмечено повышение уровня АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, высказано предположение об аутоиммунном гепатите. В мае 2024 г. консультирован аллергологом, выставлен диагноз узловатой эритемы под вопросом, в тот же период осмотрен инфекционистом паразитологом: картина токсидермии может быть обусловлена манифестацией аутоиммунного гепатита или паразитарной инвазией, назначено дообследование. С учетом генерализации высыпаний, в июне 2024 г. повторно обратился на прием к дерматологу в медицинский центр, где проведена диагностическая биопсия кожи, согласно заключению: Гистологические изменения могут соответствовать нодулярному поражению кожи при вторичном сифилисе. При обследовании впервые выявлены положительные серологические реакции на сифилис: РПР + 1:512, суммарные антитела методом ИФА к Tr. Pallidum. Госпитализирован в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ стационар филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» для проведения дообследования и лечения. При поступлении: на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, конечностей многочисленные отечные папуло-нумулярные сифилиды, а также лентикулярные и бляшковидные сифилиды, а также папулезные элементы диаметром до 1,5 см, вокруг которых концентрически располагаются мелкие папулы, сливающиеся в кольцо (кокардные сифилиды) от буровато-розового до синюшно-красного цвета; ладонная поверхность кистей, стопы свободны от специфических высыпаний. Отмечается мелкоочаговое поредение волос в затылочной области (остальные волосы отсутствуют по типу АГА), отмечается разрежение латерального края бровей, лестничное выпадение ресниц. Небно-язычные дужки, миндалины отечны, гиперемированы. Специфических высыпаний на половых органах нет, перианальная область свободна от высыпаний. Также пациент предъявляет жалобы на снижение слуха и остроты зрения. Серологическое исследование крови: РМП 4+ 1:32, РПГА 4+ 1:20480, ИФА IgM 3,5, IgG 8,3, РИФ 4+/4+, РИБТ 85%. Не исключено специфическое поражение органа зрения (сифилитический увеит?), при ликворологическом исследовании выявлены следующие изменения: положительные серологические реакции на сифилис и уровень цитоза 30,0х10*6/л (86% лимфоциты, 18% сегм.). Невозможно опровергнуть вероятность специфического поражения печени в дебюте кожных клинических проявлений, в литературе описаны случаи поражения печени (безжелтушные или желтушные формы гепатита) при ранних формах. Пациенту установлен диагноз А 51.4 Другие формы вторичного сифилиса и начат курс специфического лечения в соответствии с действующими Клиническими рекомендациями. Несмотря на изученность клинического течения всех периодов сифилитической инфекции, ввиду отсутствия некоторой настороженности у специалистов различного профиля, ей все еще удается «ускользнуть» от врачей, что приводит к поздней диагностике и прогрессированию инфекционного процесса. Важно сохранять настороженность в отношении сифилиса у всех пациентов с кожными клиническими проявлениями.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОРФАННЫМИ И ДРУГИМИ ТЯЖЁЛЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» Луганской Народной Республики1, Благотворительный фонд «БЭЛА. Дети-бабочки»[2]
Луганск
Русина Е. Н.[1], Куратова А. А.[2], Поленова В. С.[2], Белоногова Е. Г.[2], Шевченко В. В.[2], Сабитова А. А.[2], Шатилов А В.[1], Соломина В. Г.[1]

Проблема диагностики, лечения, реализации программ наблюдения, реабилитации и абилитации больных орфанными и тяжёлыми дерматозами носит междисциплинарный характер и в последние годы с ростом числа пациентов приобретает особую актуальность. Такие больные нуждаются в оказании системной медицинской и медико-социальной помощи, которую не могут в полном объёме предоставить учреждения медицинского профиля. Определение генотипической характеристики мутаций генов у больных наследственными дерматозами, что имеет важное значение для верификации диагноза и планирования тактики ведения таких пациентов. Цель исследования. Разработка дорожной карты взаимодействия дерматовенерологической службы Луганской Народной Республики (ЛНР) с экспертным в области генодерматозов БФ «БЭЛА. Дети бабочки» с целью повышения качества и доступности оказания в регионе высокотехнологичной медицинской и медико-социальной помощи пациентам с тяжелыми хроническими и редкими (орфанными) заболеваниями кожи Задачи исследования. 1. Формирование регионального реестра пациентов с тяжелыми хроническими и редкими (орфанными) заболеваниями кожи на территории ЛНР. 2. Организация проведения верифицирующей генетической диагностики для пациентов с редкими (орфанными) заболеваниями кожи. 3. Проведение совместных экспертных консилиумов со специалистами профильного БФ «БЭЛА. Дети бабочки». 4. Разработка плана мероприятий по интеграции деятельности государственных и некоммерческих организаций при оказании специализированной высокотехнологичной медицинской и медико-социальной помощи пациентам с буллезным эпидермолизом и ихтиозом. Материал и методы. Работа была организована на базе ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР. Врачебный консилиум и забор биоматериала для генетической диагностики проводились совместно со специалистами экспертного в области генодерматозов БФ «БЭЛА. Дети-бабочки». Результаты фиксировались в медицинских картах амбулаторного пациента (форма 025/у). Анализ регистрации орфанных дерматозов и их диспансерного наблюдения проводился на основании отчётной формы № 12 по ЛНР за 2023 г. и данных карт диспансерного наблюдения (форма № 030/у). Результаты. Согласно статистическим данным реестра пациентов с заболеваниями кожи в ЛНР в 2023 году было зарегистрировано 78 больных орфанными дерматозами, из них 56 больных врождённым ихтиозом (33 взрослых и 23 ребёнка), что составило 71,8% от всей группы таких больных. На втором месте по частоте регистрации орфанных дерматозов находится группа больных врождённым буллёзным эпидермолизом — 10 больных (3 взрослых и 7 детей), что составило 12,9%. Среди них 1 ребенок с тяжелой формой дистрофического буллезного эпидермолиза. Из других орфанных заболеваний регистрировались случаи

нейрофиброматоза, наследственных ладонно-подошвенных кератодермий, недержания пигмента, синдрома Элерса-Данло. Экспертный врачебный консилиум со специалистами БФ «БЭЛА. Дети бабочки» был проведен 51 пациенту (24 взрослых и 27 детей), с хроническими и редкими формами заболеваний кожи, из них у 30 больных клинически установлен диагноз орфанного дерматоза, у 21 — хронического дерматоза с тяжёлым течением (атопический дерматит, псориаз, акантолитическая пузырчатка). Среди больных орфанными дерматозами превалировали лица мужского пола (соотношение мужчин и женщин составило 2:1). С целью верификации диагноза генодерматоза пациентам были взяты анализы для генетического исследования. По проблеме орфанных дерматозов совместно с экспертами БФ «БЭЛА. Дети бабочки» была проведена мультидисциплинарная научно-практическая конференция. В результате совместной работы был сформирован план мероприятий по интеграции совместной деятельности: создание регионального центра компетенций — Центра генных дерматозов ЛНР и формирование цифрового медицинского профиля таких пациентов в ПО «Регистр генетических заболеваний» фонда «БЭЛА. Дети бабочки» Выводы. Тяжелые хронические и редкие (орфанные) заболевания кожи у жителей ЛНР являются актуальной междисциплинарной медико-социальной проблемой, требующей комплексного подхода с привлечением государственных и профильных некоммерческих организаций. Анализ эффективности реализуемых программ, повышение качества и доступности высокотехнологичной медицинской и медико-социальной помощи возможны при создании персонифицированного регистра таких больных в профильном координационном региональном Центре генных дерматозов.

ПОВЕРХНОСТНАЯ СИРЕНЕВАЯ ФОРМА СКЛЕРОДЕРМИИ ГУЖЕРО У 7-И ДЕВОЧЕК. ВОПРОС ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал Юго-Западный Москва

Пилявская С. О., Валитова И. В., Гребенюк В. Н., Бассе Ф. Б., Рождественская Е. А., Заторская Н. Ф.

Поверхностная сиреневая склеродермия Гужеро — одна из редко встречающихся разновидностей ограниченной (локализованной) склеродермии. Она характеризуется появлением на туловище или конечностях единичных эритематозных-отечных, розовато-сиреневых бляшек размером 3–5 см. На местах их разрешения остаётся поверхностная атрофия кожи синюшно-буроватого цвета. В этих местах сохраняются пушковые волосы, потовые и сальные железы. В целом при этой форме отсутствуют стадии плотного отека и склероза, а очертания очагов размыты. Ограниченная склеродермия (ОС) является полиэтиологическим заболеванием. Её триггерами служат различные как эндогенные, так и экзогенные факторы. Среди них не последнее место занимают травмы. Определенный риск их возникновения существует у спортсменов, занимающихся гимнастикой, что влияет на состояние кожи. При различных движениях и упражнениях наблюдается растяжение кожи, мышц, связок, травмы, ушибы, механические повреждения. Интенсивные спортивные занятия, сопряженные с эмоциональным напряжением, трением, повышенным гипергидрозом, что определенно сказывается и на состоянии кожи. В ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиале «Юго-Западный» за последние 7 месяцев находились на лечении 7 девочек с бляшечной склеродермией в возрасте от7 до 13 лет, которые активно занимаются гимнастикой в различных спортивных секциях и клубах г. Москвы. Врачами по месту жительства они были направлены в филиал «Юго-Западный» на консультацию с диагнозом: «Ограниченная (локализованная) склеродермия». У 3-х пациенток диагноз был подтвержден гистологически, у 4-х верифицирован клинически. Очаги овально-округлые, диаметром до 5 см, эритематозные, отечные, несколько уплощены. Контуры не четкие, локализовались чаще всего на туловище. Субъективно не беспокоили. На фоне проводимого лечения, включающего натрия хлорид 200 мл., депропротеинизированный гемодериват крови телят 160 мг в/в, капельно 1 раз в сутки, утром, мазь Бетаметазон 0, 05% наружно 2 раза в день, чередуя с 4% кремом с мочевиной 2 раза в день, физиотерапия: ультрафонофорез с Бовгиалуроннидаза азоксимер 3000 МЕ, один раз в сутки, утром, 10 дней, во всех случаях отмечена выраженная положительная динамика: исчезла эритема и отечность. Рекомендуется в дальнейшем пациентам использовать аппликации 50% раствором диметилсульфоксида.

ПОЛИМОРФИЗМ RS2070744 ГЕНА NOS3 ПРИ ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ФГБУ ВО ДонГМУ Минздрава России Донецк

Проценко Т. В., Кишеня М. С., Логунов П. В.

Цель. Исследовать влияние полиморфизма rs2070744 гена NO3 на развитие токсикоаллергических дерматозов (ТАД) у онкологических больных. Материалы и методы. В исследовании «случай-контроль» были включены 61 больной с ТАД, развившимся на фоне химиотерапии онкозаболевания. Контрольную группу составили 59 человек без онкопатологии и не имеющих проявлений ТАД. Пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы по полу и возрасту (p≥0,05). Полиморфизма rs2070744 гена NO3 изучали методом полимеразной цепной реакции с флуоресцентной схемой детекции продуктов в режиме реального времени «SNP-ЭКСПРЕСС-РВ» с использованием тест-системы НПФ «Литех» (Россия). Выделение геномной ДНК из лейкоцитов цельной венозной крови проводили с использованием комплекта реактивов «ДНК-экспресс-кровь» НПФ «Литех» (Россия) на амплификаторе «IQ5» (BIO-RAD, США). В качестве набора реагентов для амплификации применяли «SNP-ЭКСПРЕСС-РВ», «NOS3 (C-786T)», НПФ «Литех» (Россия). Результаты. Показано, что при ТАД была уменьшена частота предковой аллели С и увеличена частота минорной аллели rs2070744 гена NO3 (p=0,014). Установлено, что распределение аллелей rs2070744 связано с развитием ТАД. Наличие в генотипах ТС и СС минорной аллели С как фактора риска развития ТАД, увеличивало в 1,96 разы шансы развития ТАД у онкологических больных при проведении химиотерапии. Выводы. Полученные данные можно использовать для прогнозирования риска развития ТАД у онкобольных и оптимизации терапии

ПОИСК БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕДИКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ

ФГБНУ НИИВС им. И. И. Мечникова, Москва, Россия; Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России; Филиал 8 ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н. Н. Бурденко» МО РФ Москва

Сорокина Е. В., Головинов А. И., Столпникова В. Н.

Длительное и упорное течение хронической спонтанной крапивницы (ХСК) наряду с низкой эффективностью диагностических и лечебных мероприятий обусловливают социальную значимость исследований, проводимых в направлении уточнения патофизиологических механизмов ХСК, что позволит выявить новые терапевтические мишени. В патогенезе многих иммунопатологических заболеваний неоспорима роль Toll-подобных рецепторов (TLRs), относящихся к сигнальным рецепторам распознавания образа (PRRs) и являющихся важным компонентом врожденной иммунной системы. Целью исследования явилось выявление новых биомаркеров при хронической спонтанной крапивнице. Материалы и методы. Под наблюдением находились 182 больных хронической спонтанной крапивницей (ХСК) в возрасте от 16 до 65 лет. У всех больных изучали экспрессию TLRs на клетках крови методом проточной цитофлуориметрии с помощью мАТ к TLR2, TLR3, TLR4, TLR9 (Caltag Laboratories, США) на проточном цитометре FC-500 (Beckman Culter, США). Результаты. Выявлены определенные особенности экспрессии Toll-подобных рецепторов в зависимости от длительности заболевания и ха-

рактера сопутствующей патологии, вероятно, выступающей в роли триггерных факторов. У больных с длительностью ХСК от 2 до 6 месяцев выявлено снижение экспрессии TLR2 и TLR4. При дальнейшем развитии ХСК происходит нарастание уровней экспрессии этих рецепторов. Показано, что у большинства больных с сопутствующей бактериальной инфекцией наблюдаются высокие уровни экспрессии TLR2, превышая нормальные значения в группе здоровых лиц в 5 раз. У больных ХСК при наличии сопутствующих рецидивирующих вирусных инфекций наблюдались повышенные уровни экспрессии TLR3, TLR9. При наличии сопутствующей смешанной вирусно-бактериальной патологии отмечались сниженные в 14 раз по сравнению со здоровыми уровни экспрессии TLR3. Выводы. Гиперэкспрессия TLR2,4,3,9 у больных ХСК может являться маркером активности инфекционного процесса, вызванного как грамм-отрицательными бактериями, так и метаболическими продуктами эндогенного происхождения. При этом снижение у больных экспрессии TLR2 и TLR4 может указывать на роль дисфункций в системе TLR в развитии хронических форм крапивницы, что приводит к нарушению кооперации клеток врожденного и как следствие — адаптивного иммунитета. Поиск оптимальных диагностических и прогностических маркеров, а также биомаркеров для мониторинга различных методов лечения является важной задачей при хронической спонтанной крапивнице.

ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ДИСХРОМИЯ КАК РИСК РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал Юго-Западный с клиникой аллергических болезней кожи, консультативно-диагностическое отделение № 17
Москва
Плотова У. А., Валитова И. В., Терещенко Г. П., Заторская Н. Ф., Гребенюк В. Н.

Поствоспалительная меланиновая гиперпигментация встречается довольно часто, являясь следствием разрешения дерматозов различного генеза. Меланиновые пятна негативно отражаются на качестве жизни пациентов, особенно на открытых участках кожного покрова, в связи с чем реабилитация гиперпигментации является важной проблемой эстетической медицины. Пигментообразование обусловлено меланоцитами — зрелыми меланинформирующими клетками, возникающими под влиянием различных эндо- и экзогенных факторов. Вместе с этим, меланоцит является первичной клеткой кожи, лежащий в основе развития меланомы. Цель: изучить возможную связь между проявлениями гиперпигментации и развитием меланомы. Гиперпигментация обусловлена повышенным меланогенезом, и, в частности, связана с атипичным распределением меланина в коже под воздействием цитокинов, медиаторов воспаления и реактивных форм кислорода. Эти агенты могут стимулировать продукцию меланоцитов и пролиферацию дендритных клеток, повышая активность тирозиназы, что ведет к усиленной выработке меланина. Существенная роль в развитии меланомы кожи принадлежит генетическим факторам и факторам окружающей среды. Генетические механизмы включают мутации, влияющие на ген MC1R (рецептор меланокортина 1), определяющий цвет кожи, или мутации в гене CDKN2A (ингибитор циклинзависимой киназы 2A), кодирующем INK4a (или p16), при которой формируется развитие синдром множественных диспластических невусов, нередко ассоциированным с меланомой. Ведущим фактором окружающей среды, запускающий онкопроцесс является чрезмерная солнечная инсоляция. Частота развития меланомы при этом определенно зависит от фототипа кожи. Эпидемиологически установлена возможная роль тяжелых металлов и пестицидов в возникновение этого процесса. Потеря функции генов, участвующих в установлении линии меланоцитов, приводит к уменьшению или исчезновению пигментации кожи, глаз и волос. С этим связано, в частности, локальное отсутствие пигментации при пьебальдизме, синдроме Титца. У наблюдавшегося нами больного Г, 13 лет, после купания в озере появились красные пятна на коже живота. Спустя несколько недель они стали коричневыми, субъективно не беспокоили, существовали в течение 1 года, в течение которого цвет не изменялся. Дерматологом предположены диагнозы: фитодерматит или локализованная склеродермия. Лечение не проводилось. Консультирован 19.07.24 г дерматологом МНПЦДК КДО № 17. Локальный статус при осмотре: хронический патологический кожный процесс локализован на коже передней брюшной стенки с переходом на область груди до уровня мечевидного отростка. Представлен множественными симметричными гомогенными пятнами коричневого цвета с нечеткими границами. Дермографизм красный. Наследственность не отягощена. Предположен диагноз поствоспалительная гиперпигментация. Диагноз подтвержден диагностической биопсией. Рекомендован режим общий. Использовать фотозащитные средства с индексом SPF 50+, наносить за 20 минут до выхода на улицу, повторять аппликации каждые 2 часа. Не травмировать. Настоящий случай свидетельствует о необходимости диспансерного наблюдения у дерматолога при консультировании онколога. При этом не исключается повторное гистологическое исследование из-за риска трансформации процесса в меланому.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Минздрава России
Луганск
Радионов В. Г., Шварева Т. И., Хайминов Е. М.

Актуальность. Болезнь Бехчета (ББ) (болезнь Адамантиада — Бехчета, болезнь Великого Шелкового пути) была открыта еще в начале XX века турецким ученым Хулуси Бехчетом и характеризуется системным васкулитом с тяжелым хроническим течением. Разнообразие клинических проявлений, относительно редкая встречаемость, особенно ювенильной формы болезни Бехчета (ББ), отсутствие патогномоничных лабораторных признаков определяют трудность верификации заболевания. Цель работы. Поделиться собственным опытом в вопросах мотивации своевременной и адекватной диагностики ББ. Материал и методы. У наблюдаемых нами больных ББ диагностировалась при наличии следующих симптомов: язвенного поражения слизистой оболочки полости рта, половых органов, глаз, кожи, а также положительного теста патергии (при уколе кожи стерильной иглой через 24–48 часов появлялась эритематозная папула диаметром до 2 мм). Для достоверного диагноза ББ необходимо было наличие афтозного стоматита и двух клинических симптомов со стороны других систем организма (суставной, кожный, глазной, мочеполовой, желудочно-кишечный, нервный, кардиальный, легочной и др.). Результаты. Заболевание наблюдалось у мужчин в возрасте 20–40 лет, реже у детей. Возникало остро с появления болезненных рецидивирующих язв в полости рта. Язвы на половых органах существовали дольше, оставляя после себя рубцы. Проявления на коже напоминали острую узловатую или многоформную экссудативную эритему, аллергические васкулиты, импетиго, псевдофолликулиты и акнеподобную папуло-пустулезную сыпь. Поражение глаз возникало через 2–3 года после первых проявлений болезни и в 90% случаев представлялось передним увеитом с гипопионом, задним увеитом, иридоциклитом, васкулитом сетчатки. Суставной симптом развивался у 50% больных в виде моно — и олигоартритов без деструкции суставов. Поражение нервной системы характеризовалось признаками менингоэнцефалита (головная боль, лихорадка, менингиальные явления, атаксия, парезы, нарушения зрения). Вовлечение в процесс сосудов внутренних органов, легких, почек сопровождалось кровохарканием, гематурией, желудочно-кишечным кровотечением. Выводы. 1. ББ — редкое заболевание неизвестной этиологии, рассматривается как системный васкулит. Поражение сосудов центральной нервной системы, глаз, внутренних органов прогностически неблагоприятно и характеризует фатальное течение ББ. 2. Для достоверного диагноза ББ необходимо наличие афтозного стоматита и двух клинических симптомов со стороны других систем организма. 3. Диагностика заболевания затруднительна особенно в тех случаях, когда висцеральные проявления представлены в качестве начальной или преобладающей симптоматики. К сожалению, врачами разных специальностей интерпретация и анализ выявляемых симптомов завершаются локальным восприятием патологии, что неоправданно затягивает предварительный этап диагностики этого заболевания. 4. Важно помнить, что в современной и своевременной диагностике ББ приоритетное значение имеет знание именно клинических проявлений заболевания, а не лабораторно-инструментальных тестов, которые, не обладая специфичностью и чувствительностью позволяют подтвердить лишь наличие и степень выраженности аутоиммунного

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, Москва ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Москва
Петров В. А., Жукова О. В., Трошина Е. А., Волнухин В. А., Юкина М. Ю., Нуралиева Н. Ф.

Актуальность. Одним из коморбидных заболеваний, ассоциированных с витилиго, является аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото, лимфоцитарный тиреоидит, АИТ) — хроническое воспалительное заболевание, при котором в результате прогрессирующей лимфоидной инфильтрации развивается деструкция клеток щитовидной железы с возможным исходом в первичный гипотиреоз. АИТ у детей и подростков характеризуется постепенным началом и в большинстве случаев отсутствием специфических жалоб и клинических симптомов, свойственных нарушениям функции щитовидной железы. Тиреоидные гормоны играют важную роль в формировании когнитивных функций, физического и полового развития ребенка. При несвоевременной диагностике заболевания резвившийся гипотиреоз может привести к серьезным осложнениям и формированию хронической полиорганной патологии. В литературе имеются публикации о более частой ассоциации витилиго с АИТ, по сравнению с общей популяцией, как у взрослых, так и у детей. Однако данные о его распространенности среди детей, больных витилиго, значительно варьируют: от 1,2% до 24,1%. Цель исследования. Оценить распространенность аутоиммунного тиреоидита у детей, больных витилиго, по данным проспективного когортного исследования. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 33 пациентов с витилиго в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст 10,2 г.): 13 мужского пола, 20 женского пола. У 30 больных диагностирован несегментарный тип витилиго, у 3 — сегментарный тип. Длительность течения заболевания варьировала от 0,1 года до 9 лет (в среднем 2,7 года). Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование, включавшее клинический анализ крови, биохимический анализ крови, исследование в образцах крови уровней глюкозы, гликированного гемоглобина, тиреотропного гормона, свободного тироксина, антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, консультации дерматовенеролога и эндокринолога. Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных в обследуемой группе АИТ выявлен у 4 (12,1%) больных: 3 женского пола и 1 мужского пола. У 3 из них установлен несегментарный тип витилиго, и у 1 — сегментарный тип. При обследовании пациентов клинических или лабораторных признаков нарушения функции щитовидной железы не обнаружено. Известно, что одним из факторов, предрасполагающих к формированию АИТ, является отягощенность семейного анамнеза по аутоиммунным заболеваниям. В нашем исследовании отягощенный семейный анамнез выявлен у 2 из 4 больных витилиго, ассоциированным с АИТ: у одной пациентки семейный анамнез был отягощен по АИТ, у второй — по витилиго. Следует отметить, что в одном из наблюдавшихся случаев АИТ был выявлен в составе аутоиммунного полигландулярного синдрома 1 типа (кожно-слизистый кандидоз, витилиго, гнездная алопеция, аутоиммунный тиреоидит). В последние годы отмечается тенденция к неуклонному росту заболеваемости АИТ, в том числе среди детей и подростков. Распространённость АИТ в детской популяции составляет 0,1–3%. (Трошина Е. А. и соавт., 2019; Петеркова В. А. и соавт, 2021). Согласно полученным нами данным, в наблюдавшейся нами когорте пациентов распространенность АИТ была более высокой и в 3 раза превышала популяционные показатели. Заключение. У детей, больных витилиго, выявлена более высокая распространенность аутоиммунного тиреоидита, по сравнению с общей популяцией, превышающая популяционные показатели в 3 раза. Полученные результаты обосновывают целесообразность активного обследования детей и подростков, больных витилиго, с целью своевременного выявления аутоиммунной эндокринной патологии и нарушений функции щитовидной железы.

РАЗЛИЧИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОМ, У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербург
Карнаухова М. Т., Корнишева В. Г., Гулордава М. Д.

Гендерные различия отмечены как в продолжительности жизни и заболеваемости, так и в клинической картине болезней. Цель исследования: оценить различия, связанные с полом, у пациентов с псориазом в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в сравнении с пациентами не имеющих НАЖБП. Материалы и методы: Обследовано 134 пациента (60 женщин ин 74 мужчины), страдающих псориазом в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 46 лет), которые проходили лечение на базе 1 дерматовенерологического отделения НИИ микологии имени П. Н. Кашкина. Всем пациентам проводились лабораторное обследование (клинический, биохимический анализы крови), сбор антропометрических данных, УЗИ органов брюшной полости и консультация врача-гастроэнтеролога. Результаты и обсуждения: В зависимости от наличия или отсутствия НАЖБП 134 пациента были разделены на две группы. Первую группу составили 28 (20,9%) больных, страдающих псориазом в сочетании с НАЖБП, в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 51 год). Распределение по полу в первой группы: 20 (71%) мужчин (средний возраст 45,7 лет) и 8 (20,9%) женщин (средний возраст 57,8 лет) ($p>0,05$). Из 20 мужчин у 12 (60%) был обыкновенный псориаз, у 8 (40%) — псориатический артрит. Из 28 больных первой группы женщины составили 8 (29%). У лиц женского пола псориаз в сочетании с НАЖБП по форме распределился следующим образом: псориаз обыкновенный — у 5 (62,5%) пациенток, псориатический артрит — у 3 (37,5%). Во вторую группу вошли 106 (79,1%) пациентов в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 45,5 лет) больных с псориазом, у которых НАЖБП не была выявлена. По полу больные второй группы распределялись следующим образом: мужчин — 54 (51%) пациента, женщин — 52 (49%) пациентки ($p>0,05$). Из 54 мужчин вульгарный псориаз был у 14 (26%), у 40 (74%) пациентов — псориатический артрит ($p<0,05$). Из 52 женщин второй группы 39 (75%) пациенток имели псориаз обыкновенный, у 11 (21,2%) женщин — псориатический артрит, у 2 (3,85%) — пустулез ладоней и подошв. Таким образом, по формам псориаза и встречаемости неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с этим дерматозом зависимости от пола не выявлено ($p>0,05$). Исследования будут продолжены. Выводы: 1. Различий в встречаемости неалкогольной жировой болезни печени при псориазе между мужчинами и женщинами не выявлено ($p>0,05$). 2. Из 28 пациентов, страдающих псориазом в сочетании с НАЖБП, мужчины составили 71%.

РАСПОЗНАВАНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АТРОФОДЕРМИИ ПАЗИНИ-ПЬЕРИНИ У ПОДРОСТКОВ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал Юго-Западный
Москва
Орлова К. А., Валитова И. В., Гребенюк В. Н., Заторская Н. Ф.

Идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини (ИАПП)-редко встречающееся заболевание кожи. Это создает определенные трудности при его распознавании. С ранним диагнозом во многих случаях связано адекватное лечение, что в целом влияет на течение и прогноз заболевания. Из сказанного вытекает важность своевременной диагностики, в том числе и дифференциальной. ИАПП имеет такое клиническое сходство с морфеа, что их рассматривают как близкородственные болезни, ИАПП относят к клиническим вариантам ограниченной склеродермии (ОС). Но при ОС основным проявлением болезни являются склеродермические изменения кожи. Патологический процесс при ОС имеет стадийный характер: эритема, инфильтрация, атрофия. Нередко

в завершающей стадии наблюдаются дисхромии (гипо- или гиперпигментации) в местах разрешившейся сыпи. При ИАПП коричневатые округлые растущие пятна около 10 см в диаметре и больше являются основным клиническими проявлениями заболевания. Пораженная кожа при этом наощупь гладкая, берется в складки, без уплотнения и эритемы. В отдельных очагах имеют место плоские западения кожи. В отличии от морфеа, при которой часто поражаются конечности и лицо, при ИАПП эффлоресценции локализуются преимущественно на позвоночнике и проксимальных участках тела. Лечение при склеродермии часто результативно, отмечается выраженная клиническая эффективность. Течение ИАПП продолжается годами без эффекта, лечение при этом было аналогично тому, что при ОС. При ИАПП лечебный эффект только может выражаться в стабилизации процесса, прекращении появления новых пятен. Иногда наблюдается ассоциация ОС и ИАПП. В таких случаях у одного и того же больного присутствуют симптомы обеих заболеваний. Отдельные авторы ошибочно полагают, что атрофодермия является поверхностной формой ОС. Дифференциальную диагностику ИАПП проводят с болезнью Лайма (БЛ). БЛ-природно-очаговое трансмиссивное заболевание. Её возбудитель — спирохета Borrelia burgdorferi. Болезнь нередко имеет хроническое рецидивирующее течение. Передается оно иксодовыми клещами. У пациентов после инкубационного периода возникает сыпь: локальная, диссеминированная, мигрирующая эритема Афцелиуса-Липишютца. Вопрос о диагнозе подтверждается элементами сыпи в местах укуса клещей и определении специфических антител. При дифференциальной диагностике ИАПП важно обратить внимание на сходство с поствоспалительной гиперпигментацией при разрешающихся заболеваний кожи. Основа дифференциальной диагностики — клиника в сочетании с результатами патогистологического исследования кожи.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСИМЫХ К КОДУ МКБ-10 Q82.8 («ДРУГИЕ УТОЧНЕННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ КОЖИ»), СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Заварина И. В., Гребенюк В. Н., Толстогузова Э. В.

Цель исследования: изучение и оценка распространенности и структуры нозологий, относимых к коду МКБ-10 Q82.8 «Другие уточненные врожденные аномалии кожи», среди населения г. Москвы. Материалы и методы. Анализ проводился путем изучения медицинской документации пациентов, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», которым был поставлен диагноз по коду МКБ-10: Q82.8 «Другие уточненные врожденные аномалии кожи». В качестве источника информации были использованы данные отчетной статистической формы «Приложение «Дерматозы» к форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», разработанной ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», и данные первичной медицинской документации: учетная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», учётная форма № 025/у-12/у «Талон амбулаторного пациента». С целью оценки частоты выявления заболеваний среди лиц разного возраста был проведен поиск по трём возрастным группам: дети (0–14 лет), подростки (15–17 лет), взрослые (18 лет и старше). При оценке уровня заболеваемости учитывался первичный диагноз пациентов. Результаты. Анализ частоты распространенности заболеваний, относимых к коду МКБ-10 Q82.8 «Другие уточненные врожденные аномалии кожи», за период с 2017 по 2022 годы показал существенный (в 1,9 раза, с 6,5% в 2017 г. до 12,46% в 2022 г.) рост числа данных нозологий среди населения г. Москвы. При этом значимых изменений возрастной структуры заболеваний не наблюдалось: дети (0–14 лет) составляли от 8,1% до 21,4% от числа заболевших, подростки (15–17 лет) — от 4% до 10,7%; максимальное число заболеваний приходилось на взрослых от 18 лет — от 67, 9% до 85,5%. Распространенность указанных заболеваний была выше среди женщин (от 50% до 87%); у мужчин заболевания регистрировались, соответственно, в 13% — 50% случаев. Анализ первичной заболеваемости показал, что наиболее часто (до 26% случаев) заболевание впервые манифестировало у пациентов в возрасте старше 40 лет, что могло быть связано со сложностями диагностики наследственных заболеваний кожи в первичном звене амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. При анализе структуры заболеваний, включенных в код МКБ Q82.8., установлено преобладание наследственного кератоза ладоней и стоп (47,2%) и кератоза фолликулярного [Дарье-Чайта] (22,3%), далее следовали болезнь Хейли-Хейли (19,4%) и другие нозологические единицы (мастоцитоз, имеющий код по МКБ-10 «Q82.2, невус Ядассона, имеющий код по МКБ-10 Q85.9) — 11%. Патоморфологическое исследование кожи для верификации диагноза было проведено лишь у 14% пациентов, молекулярно-генетические исследования для установления специфического генетического дефекта и консультация врача-генетика были рекомендованы только 5% пациентам. Заключение. В результате ретроспективного 5-летнего (с 2017 по 2022 годы) эпидемиологического анализа установлен существенный (в 1,9 раза) рост распространенности «Других уточненных врожденных аномалий кожи (Q82.8)» среди населения г. Москвы., причины которого требуют дальнейшего изучения. Установлено, что в структуре заболеваний превалируют: наследственный кератоз ладоней и стоп (первое место) и кератоз фолликулярный (второе место). Отмечено преобладание указанных заболеваний среди лиц старшей возрастной группы, преимущественно среди женщин. У лиц старше 40 лет уровень первичной заболеваемости достигал 26%. Превалирование наследственных несиндромальных заболеваний с аномальной терминальной дифференцировкой кератиноцитов, относимых к коду МКБ Q82.8, у взрослых пациентов, приводящее к снижению или утрате трудоспособности, является серьезной медико-социальной проблемой, которая требует разработки и внедрения в практику инновационных подходов как к диагностике (секвенирование ДНК для выявления специфичного генетического дефекта, патогномоничного форме заболевания), так и к лечению пациентов с данными нозологиями.

СИНДРОМ ОЛМСТЕДА У 14-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Юго-Западный». Москва
Потекаев Н. Н., Поршина О. В., Заторская Н. Ф., Гребенюк В. Н., Гуменная Э.Р., Орлова К. А., Шеров В. В.

Синдром Олмстеда (СО) — это хроническое прогрессирующее орфанное заболевание, с частотой встречаемости в мире от 1:300 до 1:1500, связанное с наследственной патологией ороговения. Данное заболевание характеризуется диффузным симметричным увечащим ладонно-подошвенным кератозом, перерастяжимостью суставов, кератозом кожи вокруг естественных отверстий, дистрофией волос, зубов и ногтей. СО может существовать с рождения или возникать в раннем детстве. Заболевание имеет как семейный, так и спорадический характер. Вначале кератодермия возникает фокально, локализуясь в местах давления, постепенно распространяясь и приобретая диффузный характер. Прогноз для выздоровления неблагоприятный. Висцеральная патология отсутствует. Лечение не разработано. Временный эффект оказывают ретиноиды (тигазон, этретинат) в дозе 0,5 мг/кг/сут внутрь, наружно кератолитические мази. Мы наблюдаем в нашем отделении девочку 14 лет, у которой с рождения отмечались тонкость, ломкость и плохой рост волос. С 3-х лет существуют высыпания на коже подошв. В 4 года появились трещины в углах рта, крыльев носа, в заушных складках, которые самостоятельно разрешались. С 6 лет отмечено проявление склеротического и атрофического лихена гениталий. С 7 лет родители заметили появление трещин и неприятного запаха, и нарастание гиперкератоза на подошвах. С 9 лет имело место замедление темпов физического развития, возникли трудности при ходьбе. В 11 лет в ФГБУ «ГНЦДК» Минздрав России инициирована терапия ацитретином в течение 1 месяца без эффекта, в связи с чем ацитретин был отменён. В дальнейшем рекомендована наружная терапия — мази на основе салициловой кислоты и мочевины, отмечен незначительный эффект. 06.03.2024 г при генетическом тестировании выявлена мутация, ассоциированная с синдромом Олмстеда типа 1, очаговой неэпидермолитической ладонно-подошвенной кератодермии

типа 2, с аутосомно-доминантным типом наследования. 06.05.2024 г. осмотрена в филиале «Юго-Западный» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» консультативно-диагностическом отделении, выставлен диагноз: «Ладонно-подошвенная кератодермия, синдром Олмстеда». С 28.05.2024 по 05.06.2024 — стационарное лечение в дерматовенерологическом отделении РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Лечение включало: внутрь изотретиноин по 20 мг в сутки, наружно кератолитики; бальнеотерапия; психологические сеансы. На фоне данной терапии отмечена положительная динамика (уменьшение гиперкератоза стоп, исчезли трещины в уголках рта и в заушных областях. После консультации Н. Н. Потекаева 03.07.2024 в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ рекомендовано инициировать терапию ацитретином 10 мг 1 раз в день вечером после еды под контролем анализов крови и мочи, наружно аппликации мази с мочевиной 30% на ночь, мыльно-содо-солевые ванночки ежедневно вечером. Пациентка диспансерно наблюдается и получает лечение под контролем дерматолога и смежных специалистов.

СЛИВНОЙ СЕТЧАТЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ ГУЖЕРО-КАРТО У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Бабушкинский»
Москва
Сысоева В. С., Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р. Введение.

Ретикулярный папилломатоз Гужеро-Карто — редкое рецидивирующее заболевание, встречающееся как у мужчин, так и у женщин разного возраста. Этиология на сегодняшний день остается неизвестной. Ранее считалось, что данный дерматоз — следствие аномальной реакции организма на грибки Malassezia, однако на сегодняшний день ведущей теорией стала бактериальная, основное значение в которой играет грамположительная коринебактерия Dietzia papillomatosis. Диагноз устанавливается на основании данных клинической картины и гистологического исследования. Цель. Описание клинического случая. Результаты. В феврале 2024 года в филиал «Бабушкинский» МНПЦДК ДЗМ обратился пациент Ю., 47 лет с жалобами на высыпания на коже, незначительный зуд. Считает себя больным с лета 2016 года, когда впервые на фоне выраженного потоотделения заметил появление высыпаний на коже туловища. При обращении к врачу-дерматологу коммерческой клиники, был выставлен диагноз «Разноцветный лишай», назначено наружное лечение кремом и шампунем с кетоконазолом 2%, с положительной динамикой кожного процесса. В дальнейшем кожный процесс принял рецидивирующий характер, с ежегодными обострениями после активной инсоляции и потоотделения. К врачам при этом не обращался, самостоятельно использовал ранее назначенное лечение, с положительным эффектом. Однако, в течение последнего года пациент отмечает частые, более 6 раз за год, обострения кожного процесса, как на фоне потоотделения, так и на фоне полного благополучия. А в течение последнего месяца лекарственные средства с кетоконазолом перестали помогать, что и заставило Ю. записаться на прием. При сборе анамнеза было выяснено наличие ВИЧ-инфекции, по поводу которой с 2008 года пациент получает лечение и регулярно проходит обследование у врача-инфекциониста. Помимо антиретровирусной терапии пациент самостоятельно принимает различные БАДы (препараты цинка, магния, витамина Д и омега 3–6-9). Другие сопутствующие заболевания отрицает. Вредные привычки: курение. Наследственность: у матери — сахарный диабет 2 типа. При микроскопическом исследовании были обнаружены дрожжеподобные грибы P. Malassezia. Пациенту было назначено лечение кремом тербинафин 1% 2 раза в день в течение 14 дней. На фоне лечения высыпания полностью регрессировали. Через 2 месяца пациент обратился повторно, с теми же жалобами. В связи с распространенностью и тяжестью кожного процесса, после сдачи необходимых анализов, была назначена системная терапия капсулами итраконазол 200 мг 1 раз в сутки в течение 1 недели. Однако пациент самостоятельно принимал препарат ежедневно в течение 1 месяца, и при отсутствии результата, явился на повторный прием. В повторном соскобе элементы гриба обнаружены не были. Для уточнения диагноза пациент был направлен к врачу-дерматологу в консультативное отделение МНПЦДК ДЗМ, где было рекомендовано проведение диагностической биопсии. Локальный статус: патологический процесс на коже носит подострый распространенный полиморфный характер, локализован на коже груди, живота, боковых поверхностей туловища, спины. Представлен плоскими папулами и сливными пятнами неправильной и округлой формы, с четкими границами, розовато-красного и светло-коричневого цвета. Среди слившихся элементов видны островки здоровой кожи. При поскабливании на поверхности обильное отрубевидное шелушение. Слизистые оболочки, ногтевые пластины кистей и стоп, кожа волосистой части головы интактны. Субъективно незначительный зуд. В биоптате от 24.07.2024 г. выявлен слабый акантоз эпидермиса, его слои дифференцированы. Рыхлый кератоз, между роговыми чешуйками при дополнительной окраске обнаруживается мицелий гриба, слабый межклеточный отек в шиповатом слое эпидермиса. Вокруг сосудов поверхностного сплетения скудная гистиолимфоцитарная инфильтрация. Общий анализ крови: показатели в пределах референсных значений. Биохимический анализ крови: холестерин 5,22 мМоль/л, остальные показатели в пределах референсных значений. На основании клинической картины, данных анамнеза и гистологического исследования установлен диагноз: «Ретикулярный сливной папилломатоз Гужеро-Карто», назначена антибактериальная и противогрибковая терапия. Выводы. Сливной сетчатый папилломатоз Гужеро-Карто — редко встречающееся нарушение ороговения, которое требует своевременной дифференциальной диагностики для корректного подбора терапии. Данный клинический случай демонстрирует важность комплексного анализа всех данных обследования для выявления редких дерматозов.

СЛУЧАЙ БУЛЛЁЗНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ОСЛОЖНЁННОЙ ПАРАФИМОЗОМ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» Луганской Народной Республики
Луганск
Русина Е. Н., Шатилов А. В.

Актуальность. В последние годы возрос интерес врачей различных специальностей к проблеме дерматозов с локализацией в аногенитальной области, о чём свидетельствует увеличение числа публикаций по данной теме в отечественной и зарубежной литературе. Спектр патологии кожи аногенитальной области довольно разнообразен и представлен как дерматозами инфекционного генеза, так и неинфекционными заболеваниями, в том числе ряд нозологий такой локализации может иметь преднеопластический и неопластический характер. Нередко во врачебной практике регистрируются заболевания кожи аногенитальной области, ассоциированные с патологическими изменениями соединительной ткани — ограниченная склеродермия, склероатрофический лишай, лейкоплакия, крауроз. В этиопатогенезе этих заболеваний аногенитальной локализации, кроме общеизвестных эндогенных факторов, особое внимание уделяется таким экзогенным триггерным факторам, как повышенная влажность кожи, особенности её биоциноза со склонностью к активации инфекционных агентов, травматизация. Клиническая картина склеродермии полового члена имеет свои особенности, и в первую очередь — склонность к кольцевидной локализации по венечной борозде и внутреннему листку крайней плоти на всех стадиях развития заболевания (эритемы/отёка, индурации и атрофии), что ведёт к нарушениям эректильной функции и чревато развитием серьёзных осложнений в виде развития парафимоза с последующим некрозом головки полового члена. Цель работы: описание клинического случая буллёзной формы склеродермии полового члена, осложнённой парафимозом. Материалы и методы. При описании клинического случая использовались данные анамнеза, клинической картины, лабораторных методов обследования. Результаты. На госпитализацию в ГБУЗ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР направлен больной П., 35 лет, с диагнозом: баланопостит, осложнённый парафимозом. Жалобы на отёк крайней плоти, сопровождающийся болезненностью, невозможность закрытия головки крайней плотью, высыпания на головке полового члена. Такое состояние отмечает у себя в течение 4-х дней с нарастанием отёка и появлением болезненности. Самостоятельно смазывал очаг поражения мазью «Пимафукорт», без эффекта. Аллергологический анамнез не отягощен, наследственный анамнез — у бабушки сахарный диабет II типа.

Сопутствующее заболевание: ожирение 1-й степени. Патологический процесс локализуется в области головки полового члена и крайней плоти. Крайняя плоть гиперемирована, отёчна, уплотнена и болезненная при пальпации; внутренний листок крайней плоти на головку не заворачивается, при такой попытке пациент отмечает усиление болезненности. На коже дорзальной поверхности крайней плоти (от 9 до 15 часов по окружности) имеются единичные пузыри округлой и продолговатой формы, располагающиеся серовато-белом основании, параллельно венечной борозде, размерами от 0,3–0,4 см в поперечнике до 1,5 см по длине. Пузыри с прозрачным содержимым, толстой покрышкой, симптом Асбо-Ганзена отрицательный. В области венечной борозды — надрыв кожи в виде трещины, покрытой гнойным налётом. На коже головки полового имеются очаги цвета «слоновой кости» с чёткими границами, различных размеров и конфигураций, с выраженной инфильтрацией, между очагами имеются участки видимо неизменённой кожи. Паховые лимфоузлы не увеличены. Парафимоз был вправлен под местной анестезией. Результаты общеклинических и биохимических лабораторных исследований, в том числе углеводного обмена, в пределах нормы. Реакция микропреципитации на сифилис отрицательная, при микроскопическом исследовании материала с очагов поражения патогенные грибки не найдены. Установлен диагноз: склеродермия полового члена, буллёзная форма, осложнённая парафимозом. Назначено лечение: бициллин-3, фуросемид, пентоксифиллин, суприламил, линекс-форте, ректальные свечи с лонгидазой, на очаги поражения — комбинированные мази с глюкокортикостероидами и антибиотиками. Уже на второй день после начала лечения гиперемия и отёчность крайней плоти значительно уменьшились, однако пузыри регрессировали медленно и только через 3 недели полностью разрешились, а клиническая картина стала соответствовать «классической» кольцевидной форме заболевания. Заключение. Данный клинический случай представляет интерес необычными клиническими проявлениями склеродермии на половом члене с развитием осложнения в виде парафимоза.

СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ШТУКАТУРНОГО КЕРАТОЗА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиалы «Южный» и «Останкинский»
Москва
Волкова С. Б., Некрасова О. Е.

Штукатурный кератоз (далее ШК) — это доброкачественное заболевание кожи, характеризующееся многоочаговыми нарушениями кератинизации, относящееся к группе себорейных кератозов. Выделяют несколько возможных этиологических факторов данного заболевания: избыточная инсоляция, вирус папилломы человека, генетические поломки — мутация гена PIK3CA. Истинную распространенность данного заболевания оценить затруднительно, ввиду редкой обращаемости пациентов за медицинской помощью. Из-за отсутствия выраженных субъективных ощущений и медленного прогрессирования патологического процесса, на момент первичного обращения патологический процесс занимает большую площадь кожных покровов, создавая выраженный косметический дефект, снижающий качество жизни пациента. ШК чаще всего встречается у светлокожих людей старше 40 лет, с пиком заболеваемости в возрасте 40–60 лет, при этом у мужчин данная патология встречается в четыре раза чаще, чем у женщин. Характерной объективной клинической картиной ШК кератоза являются папулы и пятна белого или серого цветов диаметром от 1 до 5 мм с грубой и сухой поверхностью, внешне напоминающие прилипшую штукатурку, с локализацией преимущественно на дистальных отделах конечностей. Важным диагностическим критерием является то, что чешуйчатая поверхность папул легко отслаивается при поскабливании, оставляя после себя сухую плоскую не кровоточащую и не экссудативную поверхность, чаще с воротничком из чешуек, на уровне здоровой кожи. При этом удаленная гиперкератотическая папула обычно восстанавливается в течение нескольких дней, для оценки чего необходимы динамические осмотры пациентов. Единого и эффективного метода лечения штукатурного кератоза не существует. Основываясь на возможной этиологии заболевания и клинических проявлениях применяются следующие методы лечения: топические препараты на основе максакальцитола и на основе 5% имиквимода, криохирургия. Клинический случай: в филиал «Останкинский» в октябре 2023 г. обратился пациент А., 57 лет с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей, сопровождающихся периодическим малоинтенсивным зудом. Впервые около 10 лет назад отметил появление единичных высыпаний на тыле стоп, которые с течением времени распространились на голени. Самостоятельно лечение не проводил. Патологический процесс носит распространённый характер и локализуется на коже тыла стоп, голеностопных суставов, голеней, представлен множественными белыми гиперкератотическими папулами до 0,5 см в диаметре. На коже верхних конечностей, туловища, бедер, ягодиц — единичные круглые пятна гипопигментации в диаметре до 0,3 см с гладкой поверхностью. Дермографизм красный. При патогистологическом исследовании выявлено акантолитическое утолщение эпидермиса с выраженным рыхлым кератозом, слабая периваскулярная инфильтрация вокруг сосудов поверхностного сплетения. На основании жалоб, анамнеза и дообследования установлен диагноз «Штукатурный кератоз». Ввиду ускоренной пролиферации кератиноцитов в очагах, пациенту было назначено лечение топическим препаратом на основе кальципотриола 0,005% два раза в день. Результатом двухмесячного применения препарата было уменьшение гиперкератотических наслоений на папулах Вывод: ШК — это с редко встречающееся на дерматологическом приёме заболевание, ввиду отсутствия выраженных субъективных ощущений и медленного прогрессирования. С учетом того, что данное заболевание мало изучено и абсолютно не существует адекватного подхода к лечению, в результате которого мог бы быть достигнут выраженный терапевтический пролонгированный эффект, а заболевание имеет прогрессирующее течение с поражением больших площадей кожного покрова, то данные симптомы у пациентов необходимо выявлять не только при их непосредственном самостоятельном обращении за специализированной медицинской помощью к врачам-дерматовенерологам, но и при получении пациентами первичной медико-санитарной помощи у врачей общей практики, с последующим обязательным перенаправлением пациентов в соответствующие медицинские организации дерматологического профиля.

СЛУЧАЙ ПСОРИАТРИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ У 17-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Филиал «Юго-Западный» с клиникой аллергических болезней кожи.
Москва
Фасахова Р. Р., Плотова У. А., Валитова И. В., Заторская Н. Ф., Гребенюк В. Н., Г. П. Терещенко, Катунина О. Р.

Псориаз является одним из самых распространенных дерматозов. Его диагноз основывается на клинико-анамнестических данных. В затруднительных случаях распознавания прибегают к гистологическому исследованию. У наблюдавшегося нами 17-летнего пациента дебют заболевания возник 2 года назад в виде эритематозно-сквамозных поражений кожи, локализованных на коже груди, живота, скальпа и верхних конечностей. Высыпания на коже расценивались как атопический дерматит. Лечение белосаликом, эмолентами, фототерапией приносило временный эффект. Обострение кожного процесса наступило в мае 2024 года во время отдыха на море (Турция), в виде выраженной эритемы и отека кожи туловища, верхних и нижних конечностей появились воспалительные эритематозно-сквамозные бляшки, множественные корко-чешуйки на шее и волосистой части головы. По каналу СМП был госпитализирован в ГБУЗ «Морозовскую ДГКБ». Где осмотрен дерматовенерологом, выставлен диагноз: вульгарный псориаз, распространенная форма. Был направлен на консультацию в «МНПЦДК» филиал «Юго-Западный» для уточнения диагноза и решения вопроса лечения в условиях дневного стационара. Status localis при осмотре в филиале «Юго-Западный»: Распространенный патологический процесс островоспалительного характера, локализован на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей. Высыпания на теле представлены мелкопапулёзной сыпью. На груди, животе и спине отмечалась разлитая эритема. Проведена диагностическая биопсия, согласно данных ее исследования установлен псориаз. Клинически псоритрическая эритродермия.

Учитывая островоспалительный характер кожного процесса, пациент был госпитализирован в ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой», где больному проведена системная иммуносупрессивная терапия раствором метотрексата 22,5 мг 1 раз в неделю подкожно, системная ГКС терапия раствором преднизолона 90 мг/сут внутримышечно. На фоне проведенной терапии отмечена положительная динамика заболевания, пациент выписан с улучшением на амбулаторное долечивание. Рекомендовано лечение: Метотрексат 22,5 мг подкожно 1 раз в неделю. Прием препарата Фолиевой кислоты 1 мг по 1 табл. 1 раз в день внутрь в течение 5 дней. Больной находится на диспансерном наблюдении.

СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА КОЖИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Мамедова К. М., Бохонович Д. В., Варзиева А. В.

Саркоидоз — это системное воспалительное заболевание, характеризующееся образованием гранулём и может поражать практически любой орган, например, легкие, кости, кожу. Кожа поражается примерно в половине случаев. Этиология заболевания в настоящий момент неизвестна. Выделяют пятнисто-папулезный, узловато-бляшечный саркоидоз, подкожный саркоидоз, ознобленную волчанку, «рубцовый саркоид», язвенный саркоидоз, локализованные и атипичные формы. Распространенность отличается в разных странах. В США более распространен у афроамериканцев. В Европе частота заболевания у женщин выше в 2 раза, чем у мужчин. В Москве соотношение мужчин и женщин примерно 1:2,8, средний возраст 42–50 лет. Цель: рассмотреть клинический случай у пациента с саркоидозом кожи. Материалы и методы: при описании клинического случая использовали данные анамнеза, клинического осмотра, результаты гистологического исследования. Результаты: пациентка, 76 лет, больна с 2019 года, когда впервые появились высыпания на коже лица в области нижнего века правого глаза, кончика носа. Появление высыпаний ни с чем не связывала. В 2022 году обратилась в филиал «Тимирязевский» МНПЦДК ДЗМ. Локальный статус: патологический процесс носит ограниченный воспалительный характер, представлен беспигментными папулами до 0.7 см, дерматоскопически: на фоне бесструктурных белых участков — атипичные древовидные сосуды, микроэрозии. Была направлена на консультацию для уточнения дальнейшей тактики в ЦНДК ООСМП МНПЦДК ДЗМ с предварительным диагнозом: Базально-клеточный рак кожи? После консультации находилась на стационарном лечении в ГБУЗ «ММНКЦ им. С. П. Боткина ДЗМ» с диагнозом: Доброкачественное новообразование кожи нижнего века правого глаза, проведена радиоэксцизия с одномоментной реконструктивной пластикой 04.07.2022 года, результат пересмотра гистологического материла № К22002896–1 от 08.08.2022 в ГБУЗ «МГОБ № 62 ДЗМ»: хроническое неспецифическое продуктивное воспаление. Опухолевого роста не обнаружено. В августе 2022 года пациентка обратилась в филиал «Тимирязевский» с жалобами на появление новых высыпаний на коже лица в области лба, кончика носа. Направлена на микроскопическое исследование для исключения демодекоза, результат от 09.08.2022 — клещ демодекс не обнаружен. Выставлен диагноз: Розацея, папулезный подтип. Получала лечение: метронидазол 1%, азелаиновая кислота 15%, ивермектин наружно в течение 1 года — без эффекта. В октябре 2023 года пациентка повторно обратилась в филиал «Тимирязевский» МНПЦДК ДЗМ с жалобами на высыпания кожи лица в области лба, кончика носа, правой щеки. Локальный статус: патологический процесс носит ограниченный воспалительный характер, представлен папулами ярко-розового цвета плотной консистенции с ровными краями размером 0.6–1.0 см в диаметре. Слизистые оболочки свободны от высыпаний. Дерматоскопически: древовидные извитые сосуды на светло-коричневом фоне. Повторно направлена в ЦНДК ООСМП для исключения базально-клеточного рака кожи. В ГБУЗ «МГОБ № 62 ДЗМ» проведено цитологическое исследование в ноябре 2023 года, результат: цитограмма соответствует воспалению кожи. В декабре 2022 года пациентка повторно обращается в филиал «Тимирязевский» МНПЦДК ДЗМ с теми же жалобами, по результатам повторно направлена в ЦНДК ООСМП для решения вопроса о необходимости гистологического исследования. Установлен предварительный диагноз: Саркоидоз кожи? Рекомендовано проведение диагностической биопсии для верификации диагноза. По результатам патологоанатомического исследования биопсийного материала B00768_24_001 от 06.02.2024: фрагмент кожи лба с участком подкожной жировой клетчатки. Заключение: патологические изменения носят характер гранулематозного воспаления без признаков деструкции, наиболее соответствует саркоидозу. Пациентка консультирована врачом-фтизиатром, по результатам обследования патологии не выявлено. В филиале «Тимирязевский» МНПЦДК ДЗМ получала наружное лечение: метилпреднизолона ацепонат, крем, наружно 2 раза в сутки в течение 1 месяца — без эффекта. Принято решение о назначении системной терапии после заключения врача-офтальмолога об отсутствии противопоказаний для лечения препаратом «Гидроксихлорохин» по 200 мг 2 раза в сутки в течение одного месяца. Отмечалась положительная динамика в виде постепенного регрессирования высыпаний. Заключение: данный клинический случай имеет ряд важных аспектов: редкость заболевания, трудность диагностики и лечения, основным методом для постановки диагноза следует считать гистологическое исследование.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У ЖЕНЩИН

1) ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,
2) Консультативно-диагностическая клиника «Гиппократ», город Душанбе
Абдиева Д. Х.[1], Валиева М. С.[1], Дырда Н. И.[1], Устобаева Т. Т.[2]

Актуальность. Дистрофическими заболеваниями вульвы страдают около 8% женского населения, причём основная масса женщин находится в пред- и постменопаузальном периоде. В последние годы, наряду с ростом заболеваемости, отмечается значительное «омоложение» данной патологии. Несмотря на наличие большого числа лекарственных препаратов, лечение склероатрофического лихена (СЛ) представляет собой большую проблему ввиду характерной локализации и сложности ранней дифференциальной диагностики. На сегодняшний день существует несколько основных направлений в терапии этого заболевания: консервативное, хирургическое, фотодинамическое и регенеративное и др., но не одно из них не дает стойкой ремиссии и высокой эффективности. Поиск и внедрение новых, эффективных методов лечения СЛ являются актуальной междисциплинарной проблемой современной дерматологии, гинекологии и даже онкологии. Цель: изучить безопасность и эффективность консервативной комбинированной терапии в лечении склероатрофического лихена (СЛ). Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 женщин постменопаузального периода в возрасте 46–60 лет. Давность заболевания колебалась в пределах 5–10 лет. Все пациентки были обследованы смежными специалистами и, при необходимости, получали соответствующее лечение. Всем женщинам назначалась комплексная местная терапия ГКС мазями (0,05% мазью «Клобетазола пропионат») в течение трех недель, с последующим длительным (16 недель) применением топического ингибитора кальциневрина (ТИК) (0,1% мази «Такролимус») и ежедневного использования увлажняющего крема «Локобейз рипеа». Результаты. На момент обращения женщины предъявляли жалобы на наличие зуда в генитальной области (100%), чувство сухости и стягивания (94,4%), нарушения сна — 91,7%, наличие дизурических расстройств и диспареунии (88,8%), болезненность (83,3%) и парестезии (80,6%). На начальном этапе применения топических кортикостероидов наблюдалось быстрое купирование различных симптомов заболевания. Эффективность проведенной терапии оценивалась по положительной динамике кожного процесса: уменьшению плотности очагов, исчезновению или побледнению эритемы, отсутствию появления новых, или уменьшению размеров старых очагов, уменьшению субъективных ощущений. Максимальный эффект наблюдался через 2,5 месяца терапии и сохранялся до конца лечения. Терапия мазями с ТИК («Такролимус») в течение первых 7 дней спровоцировало местную реакцию у 5 (13,9%) пациенток в виде зуда и жжения, а у одной пациентки (2,8%) возник кандидозный вульвовагинит. Исчезновение или снижение интенсивности зуда генитальной области отметили 73% женщин; чувство сухости, стягивания и болезненность в очагах поражения уменьшились у одинакового количества пациенток более чем в 5 раз (67,9% и 66,7% соответственно). Различные виды парестезий у женщин на фоне комплексной

терапии регистрировались в 6 раз реже (80,6% против 13,7%). Нарушения сна, отмеченные у 91,7% респондеток, остались лишь у 12,1%. Положительный эффект и клиническое улучшение на фоне комбинированной терапии выявлены у 83% пациенток. Выводы. Предложенный метод терапии СЛ, является перспективным, однако требует проведения дальнейших сравнительных исследований и оценки отдаленных результатов лечения для подтверждения эффективности и безопасности данной методики.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОСШИМ НОГТЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Бальберт Н. А., Шульгина И. Г.

Вросший ноготь, или онихокриптоз, L60.0 (ОК) — хроническое заболевание, при котором боковой край ногтевой пластины начинает расти под мягкие ткани околоногтевого валика, вызывая воспаление и деформацию пальца, чаще первого пальца стопы. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой. Этиология: некорректный педикюр (срезание уголка ногтя в попытке сделать его край полукруглым, травматизация околоногтевого валика); ношение узкой неудобной обуви; измененная биомеханика шага, когда при ходьбе или беге идет неправильное отталкивание первым пальцем; чрезмерная потливость стоп; особенности ногтевой пластины, в большинстве случаев врожденные; травмы ногтевой пластины и мягких тканей ногтевой фаланги пальца; онихомикоз; ониходистрофии различного генеза; ортопедические заболевания стопы (плоскостопие, приводящее к вальгусной деформации первого пальца, то есть отклонение его ближе ко второму пальцу, что способствует сдавливанию латерального края ногтевой пластины). По степени выраженности воспалительного процесса различают три стадии ОК: легкую, среднюю и тяжелую. При первых двух стадиях край ногтя уходит под околоногтевой валик, появляется утолщение и воспаление околоногтевых мягких тканей, возможно присоединение инфекции в виде покраснения, пульсирующих болей, припухлости, образования гнойного воспаления; применяются консервативные методы лечения. При тяжелой стадии затрагивается костная ткань и требуется хирургическое вмешательство. Консервативное лечение включает в себя тампонаду бокового валика кополином (создание прослойки между ногтевой пластиной и мягкими тканями как преграду для врастания ногтя, фиксируется не плотно, смена каждые 1–7 дней), ортониксию — коррекцию ногтевой пластины специальными металлическими скобами, которые формируют правильный рост ногтевой пластины в течение длительного периода; проводится 1 раз в месяц с последующей заменой. Время ношения пластин 6–12 месяцев. Даются рекомендации: ношение удобной свободной обуви, правильное подстригание ногтевой пластины, коррекция плоскостопия, гигиена стоп, консультации хирурга, ортопеда, эндокринолога при необходимости. Цель исследования: оценить эффективность метода комбинированного консервативного лечения онихокриптоза. Материалы и методы: 22 больных ОК легкой и средней степени тяжести; 10 мужчин, 12 женщин в возрасте 39–65 лет с сопутствующими заболеваниями: некорректный педикюр 12 (54%), вальгусная деформация стоп 8 (36%), ожирение 7 (31%), ониходистрофия 5 (23%), сахарный диабет 4 (18%), онихомикоз в процессе лечения 4 (18%). Метод коррекции проводился по схеме: тампонада кополином бокового околоногтевого валика 1–3 раза в неделю до 6 месяцев, ортониксия — 1 раз в месяц до 6 мес. Всем пациентам были даны рекомендации по уходу за ногтевыми пластинами, направления на консультации ортопеда, эндокринолога. Положительный эффект от лечения в виде выравнивания роста ногтевой пластины и отсутствие воспалительной реакции со стороны околоногтевых мягких тканей отметили 21 пациент, 1 пациент в связи с неэффективностью консервативного лечения в течение 1 месяца был направлен к хирургу. Выводы: эффективность комбинированного консервативного метода лечения больных ОК легкой и средней степени тяжести была успешной в 95% случаях, что позволяет широко применять данный метод в амбулаторных условиях на приеме врача-дерматовенеролога, специализирующегося на подологических проблемах.

ФЛАШИНГ-РЕАКЦИИ И ДРУГИЕ СИМПТОМЫ ДЕГРАНУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ С КОЖНЫМ МАСТОЦИТОЗОМ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
Москва
Нада А. Я., Касихина Е. И., Жукова О. В.

Актуальность. Рост заболеваемости кожным мастоцитозом в последние годы, увеличение числа пациентов с мономорфным («взрослым») типом пятнисто-папулезного кожного мастоцитоза и диффузным кожным мастоцитозом диктует необходимость более тщательно анализировать особенности клинической картины и течения заболевания у детей для контроля за медиаторными симптомами, развивающимися в при дегрануляции тучных клеток (ТК). У детей преобладают кожные проявления, однако могут также наблюдаться желудочно-кишечные, респираторные и неврологические симптомы. Цель исследования. Провести анализ частоты встречаемости медиаторных симптомов у детей с разными подтипами и клиническими формами кожного мастоцитоза (КМ). Материал и методы. В исследование включали данные 289 детей с КМ в возрасте от 3 до 17 лет включительно, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» в период с марта 2022 по январь 2024 года. Клиническое обследование включало сбор анамнеза и физикальное обследование. В сомнительных случаях проводилось гистологическое исследование биоптата кожи в области высыпаний. Концентрация триптазы в крови определялась методом иммунофлюоресценции на трехмерной пористой твердой фазе (технология ImmunoCAP). Определение концентрации гистамина в крови определялось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией (ВЭЖХ–МС). Референсные значения гистамина составляли 0–9,3 нмоль/л. При дополнительном инструментальном обследовании детей (ультразвуковое исследование органов брюшной полости) оценивались частота органомегалии (гепатомегалия, спленомегалия) и реакция мезентериальных лимфатических узлов (мезентериальный лимфаденит, мезаденит). При оценке размера лимфоузлов учитывалась особенности нормальных возрастных значений у детей. Результаты Флашинг-реакции регистрировались у 17,5% детей с КМ. Уровень триптазы более 15 мкг/л определялся у 20,8% детей с приливами, выше 11,0 мкг/л — у 37,5%. Уровень триптазы выше 8,0 мкг/л составил у 22 (45,8%) пациентов. У 25,0% пациентов с приливами уровень триптазы не превышал уровень 5 мкг/л. У 67 (23,2%) пациентов были выявлены медиаторные желудочно-кишечные симптомы (ЖКС). На боли в животе указывали более половины пациентов (51,6%), на наличие диареи — 32,3%. Уровень триптазы в крови у половины пациентов с ЖКС находился в пределах от 3,7 до 13,1 мкг/л при медиане (Me) равной 5,1 и амплитуде ряда 1,91–50, 0 мкг/л. Степень выраженности болевых симптомов коррелировала с уровнем сывороточной триптазы (ρ=0,564, p<0,01). Частота гепатомегалии и мезаденита у детей с ЖКС составила 19,4% и 25,4% соответственно. При сравнительном анализе в группах детей (с медиаторными ЖКС и без) различия в числе выявленных случаев органомегалии и мезаденита были статистически достоверны (p<0,001). Повышенный уровень гистамина в крови был выявлен у половины пациентов с жалобами на изжогу и тошноту Выводы. Данное исследование продемонстрировало распространенность медиаторных симптомов в популяции детей с различными клиническими формами КМ. Исследование уровня сывороточной триптазы необходимо проводить всем детям, независимо от клинической формы мастоцитоза, в том числе с изолированными и множественными мастоцитомами кожи. Клинико-лабораторный мониторинг важен для разработки индивидуальной терапевтической тактики и профилактики медиаторных реакций и анафилаксии.-

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА

Частное учреждение здравоохранения «КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул» Барнаул

Карпова О. А.

В лечении профессионального дерматита — распространенного, социально значимого заболевания необходимо восстановить кожный барьер, добиться стойкой ремиссии и продолжить профилактику, поэтому актуально применение российской линейки с активными компонентами: Лизаты лактобактерий: INCI: lactobacillus ferment lysate — увлажняют кожу, повышают её тонус, стимулируют синтез коллагена и эластина, восстанавливают иммунитет, нормализуют микрофлору, усиливают регенерацию кожи. Натуральные масла: оливковое, авокадо, ши, макадамии — восполняют липиды, питают, восстанавливают и поддерживают защитную функцию кожи. Янтарная кислота — антиоксидант, нормализует обменные процессы, повышает упругость и эластичность кожи. Компоненты NMF: мочевина, высоко- и низкомолекулярная гиалуроновая кислота — восстанавливают водный баланс кожи, оказывают выраженный и устойчивый увлажняющий эффект. Витамин Е — антиоксидант, способствует регенерации и обновления верхних слоев эпидермиса, улучшает внешний вид кожи. Серия средств содержит в своем арсенале крем дневной для лица с SPF 15, крем ночной для лица, сыворотку для интенсивного увлажнения, крем и эмульсию для лица и тела, крем для рук, пенку-мусс для умывания, очищающую пенку для рук. Активные компоненты пенки-мусс для умывания: лизаты пробиотических бактерий, мягкие ПАВ, натуральные масла (макадамии, авокадо, оливковое), аминокислотный комплекс очищают от загрязнений, увлажняют и питают, не нарушая естественный защитный барьер, поддерживая физиологический pH и нормализуя микробиом кожи. Цель исследования. Оценка эффективности, безопасности и удобства применения средств для очищение лица и рук с последующим увлажнением средствами с синтетическим танином, лизатами lactobacillus ferment lysate, оливковым, авокадо, ши, макадамии маслами, янтарной, гиалуроновой кислотами, мочевиной, витамином Е для купирования обострения и профилактики рецидивов у пациентов с профессиональным аллергическим контактным дерматитом. Материал и методы. В клиническом исследовании оценивали эффективность и безопасность пенки-мусс для умывания, очищающей пенки для рук, крема дневного для лица с SPF 15, крема ночного для лица, сыворотки для интенсивного увлажнения, крема и эмульсии для лица и тела, крема для рук. В исследовании участвовали 20 пациентов в возрасте от 23 до 48 лет — 5 маляров, 5 парикмахеров, 5 санитарок, 2 медицинских сестры, 2 хирурга, 1 акушер-гинеколог с профессиональным аллергическим контактным дерматитом в стадии обострения в области лица, тела и рук. Жалобы на зуд до начала лечения предъявляли все 20 (100%). В клинических проявлениях у 20 (100%) пациентов была выявлена эритема, у 20 (100%) — везикулы, у 13 (65%) папулы, 15 (75%) — шелушение, у 10 (50%) — трещины, у 12 (60%) — корки. Рецидивы после стандартного лечения ГКС, антигистаминными препаратами, отмечали 12 пациентов. На момент начала исследования пациенты никакую терапию не получали. Испытуемые применяли для умывания пенку-мусс, для очищения рук пенку, а далее наносили крема дневного для лица с SPF 15, крема ночного для лица, сыворотки для интенсивного увлажнения, крема и эмульсии для лица и тела, крема для рук. Результаты и обсуждение. Ни одному из пациентов назначение антигистаминных, ГКС препаратов не потребовалась. После применения очищающих и увлажняющих средств с указанным составом зуд уменьшился уже в первые сутки, а через 7 дней полностью у всех 100% прекратился. Уменьшение шелушения кожи были видны после первого применения средств и полностью прекратились на 5–8 дни лечения. Трещины эпителизировались на 10–18 дни лечения. Чешуйки начинали отторгаться с 3–5 дней лечения. После купирования клинических проявлений пациенты применяли линейку 2 раза в день с профилактической целью. Через 18 дней лечения у всех пациентов была достигнута ремиссия. Спустя 3 месяца после окончания лечения ни один пациент не отметил рецидив или ухудшение состояния. В ходе всего исследования нежелательных реакций зарегистрировано не было. Все пациенты 20 (100%) отмечали удобство применения и хорошие органолептические свойства — средства не раздражали кожу, не имели неприятный запах, хорошо впитывались, не требовали смывания. Выводы. Очищение лица и рук с последующим увлажнением средствами с танином, лизатами lactobacillus ferment lysate, оливковым, авокадо, ши, макадамии маслами, янтарной, гиалуроновой кислотами, мочевиной, витамином Е являются безопасными и удобными средствами терапии и профилактики рецидивов профессионального аллергического контактного дерматита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСИМЕРНОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ЛАМПЫ 308 НМ

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

Бородулина К. С., Прокопова Е. М., Кашперова О. Г., Сороченко Е. В.

Псориаз — хроническое имуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией кератиноцитов и нарушение их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами.

Актуальность проблемы обусловлена поражением видимых участков кожного покрова, торпидностью к проводимой терапии и может приводить к психоэмоциональным проблемам пациентов с ладонно-подошвенными формами псориаза.

ЦЕЛЬ: изучение эффективности применения эксимерной ультрафиолетовой лампы 308 нм в лечении ладонно-подошвенных форм псориаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: под нашим наблюдением находилось 15 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет с ограниченными формами псориаза, поражающими преимущественно область ладоней и стоп. Площадь высыпаний не превышала 10% от общей поверхности кожи. Гендерное распределение: женщины 8 (53%), мужчины 7 (47%).

Ранее все пациенты получали стандартную противовоспалительную терапию: антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующую терапию, топические кортикостероиды, кальципотриол мазь, топические кератолитические препараты на основе мочевины и салициловой кислоты, эмоленты. Учитывая рецидивирующий характер течения кожного процесса, наличие коротких периодов ремиссии, торпидность к проводимому лечению, в курс лечения были включены процедуры локального ультрафиолетового облучения с применением эксимерной лампы 308 нм.

Клинический мониторинг включал в себя определение динамики изменений проявлений заболевания таких как эритема, инфильтрация, шелушение, наличие трещин, распространенность поражения и выраженность клинических симптомов до лечения, в процессе терапии и по окончании курса лечения. Процедуры проводились на аппарате ультрафиолетовая эксимерная лампа медицинская 308 нм с периодичностью 3 раза в неделю. Общее количество сеансов составило от 12 до 15 в зависимости от скорости регресса высыпаний.

Динамика кожного процесса оценивалась и фиксировалась после 5, 10 и 15 процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ: после 5 процедур — 13 пациентов (87%) отмечали уменьшение эритемы, шелушения, зуда; после 10 процедур — 11 пациентов (67%) отметили уменьшение инфильтрации в основании элементов, регресс большинства высыпаний. К 15 процедуре ремиссия кожного процесса отмечалась у 13 пациентов (87%), значительное улучшение отмечалось у 2 пациентов (13%).

Все пациенты отмечали хорошую переносимость проводимого лечения, из побочных эффектов отмечалась сухость кожных покровов после процедуры в области воздействия, которая была отмечена у 10 пациентов (67%). В связи с этим было рекомендовано дополнительное увлажнение кожи эмолентами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: терапия локальной эксимерной лампой 308 нм для лечения пациентов с ладонно-подошвенными формами псориаза показала свою выраженную эффективность, хорошую переносимость пациентами и уменьшение сроков лечения до достижения ремиссии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА

1 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», 2 ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы» Кафедра дерматовенерологии, аллергологии с курсом иммунологии.
Москва
Жукова О.В.[1,2], Алхаффар С., Толстогузова Э.В.

Актуальность. Парапсориаз — это гетерогенная группа различных по клинической картине, патогенезу, патоморфологии, лечению и прогнозу хронических воспалительных дерматозов, характеризующиеся наличием пятен и/или папул и бляшек, покрытых мелкопластинчатыми чешуйками. Актуальность нашего исследования обусловлена редкостью данного дерматоза и отсутствием в отечественной литературе работ, посвященных эпидемиологии парапсориаза. Цель. Дать эпидемиологическую характеристику лихеноидного парапсориаза. Материал и методы. Проведено одноцентровое эпидемиологическое ретроспективное исследование. В исследование включали данные пациентов, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» в период с января 2017 по декабрь 2023 года. Классификация различных типов лихеноидного парапсориаза была проведена в соответствии с классификацией МКБХ. В работе использованы данные формы № 12 федерального статистического наблюдения (ФСН) «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и Приложения «Дерматозы», разработанного к нему сотрудниками «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ». Результаты. Результаты исследования показывают, что среди детей (0–17 лет), обратившихся к врачу-дерматовенерологу ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ», ежегодно увеличивается число наблюдаемых за счет впервые заболевших, что особенно было выражено в 2023 году. В 2017 г. было зарегистрировано 5 впервые выявленных случаев питриаза лихеноидного и оспоподобного острого. В 2023 г. было зарегистрировано 24 пациента с впервые выявленным острым и хроническим лихеноидным питириазом. В 20201–2021 гг. Центре наблюдались 32 ребенка (все формы парапсориаза), в 2022–2023 гг — уже 97 детей. В 2017 г. диагноз парапсориаза был выставлен 59 взрослым пациентам, а в 2023 г.— 9 пациентам. В 2022–2023 гг. в Московском Центре дерматовенерологии и косметологии наблюдались 233 пациента (127 (54,5%) мужчин и 106 (45,5%) женщин). Соотношение мужчин и женщин составило 1,2:1,0. Из них дети (0–17 лет) составили почти половину (41,6%). В целом в общей популяции питриаз лихеноидный и оспоподобный острый в 1,4 раза регистрировался реже, чем хронический питириаз. Среди детей питриаз лихеноидный и оспоподобный острый регистрировался в 2,9 раза чаще, чем у взрослых. Заключение. Недостаточная изученность эпидемиологических особенностей редких кожных болезней определяют актуальность исследования проблемы. Рост числа случаев лихеноидного парапсориаза в детской популяции в последние годы демонстрирует необходимость формирования интереса и привлечения внимания врачебной общественности к данной патологии.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ IN VITRO

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, афедра кожных болезней и косметологии факультета дополнительного профессионального образования
Москва
Васенова В.Ю., Цыганкова Е.И.

Актуальность. Одним из самых распространенных заболеваний ногтей является онихомикоз. В последние годы растет интерес исследователей к световым аппаратным методам лечения онихомикоза, среди которых лидирующее положение занимают лазеры и фотодинамическая терапия (ФДТ). Перед разработкой клинических протоколов лечения грибкового поражения ногтевых пластин необходимы доказательства эффективности методов в лабораторных условиях in vitro непосредственно на колониях возбудителей онихомикоза. Целью исследования является сравнительное изучение антимикотической активности лазерной и фотодинамической терапии в условиях in vitro. Материалы и методы. Эксперимент в четырехкратном повторении проводили на колониях грибов, выращенных из материалов, полученных с ногтевых пластин больных онихомикозом. Колонии Tr. rubrum, Tr. mentagrophytes var. interdigitale, Candida albicans, плесневых грибов подвергали ФДТ. Методика включала в себя предварительное нанесение геля-фотосенсибилизатора с экспозицией 20 минут с дальнейшим облучением светотерапевтическим аппаратом «АФС» (РФ, «Полироник») с длиной волны 630-670 нм и максимальной мощностью излучения на выходе 700 мВт. В качестве фоточувствительных веществ тестировали толуидиновый синий и производное хлорина е6 в форме геля-пенетратора, а также соответствующие растворы в разведениях дистиллированной водой (100%, 75%, 50% от оригинального состава геля). Также на колонии грибов с перечисленными выше возбудителями онихомикоза воздействовали Nd:YAG 1064 нм 5-ю проходами по спирали по 60 секунд. Параметры излучения: длительность импульса 0,3 мс, плотность энергии 25-40 Дж/см2, размер светового пятна 4 мм. За чашками Петри вели динамическое наблюдение с оценкой роста колоний грибов на 3-и, 7-е и 14-е сутки в сравнении с контрольными образцами. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel 2016 и Statistica 8.0. Достоверность различий считали статистически значимой при p≤0,05. Результаты. Равнозначную антимикотическую активность продемонстрировала схема ФДТ с нанесением 0,4-0,5 мг на см2 толуидинового синего или производного хлорина е6: рост колоний полностью прекратился на всех чашках Петри в течение выбранного периода наблюдения. При уменьшении количества используемого геля до 0,1 мг на см2 (разведение 75% и 50%) наблюдался полноценный рост культур сквозь гель, практически не отличимый от контрольного. Таким образом, фунгицидной активностью обладают только растворы толуидинового синего и производного хлорина е6 без разведения (100% концентрация). При обработке возбудителей онихомикоза Nd:YAG лазером 1064 нм наблюдали слабый фунгистатический эффект на 3-ий день после воздействия с небольшой зоной остановки роста, однако далее культуры грибов возобновили рост, который на 14-ый день инкубации был практически неотличим от контрольного. Заключение. В исследовании продемонстрирована антимикотическая эффективность ФДТ in vitro, что позволяет применять данный метод при лечении больных онихомикозами. ФДТ представляет собой неинвазивный и безболезненный способ лечения грибковых поражений ногтевых пластин, который может стать альтернативой для коморбидных пациентов или частью комплексного подхода к лечению онихомикозов.

ЭРИТРОПОЭТИЧЕСКАЯ ПРОТОПОРФИРИЯ КАК ПРИЧИНА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДЕПРЕССИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ставропольский государственный медицинский университет (СтГМУ)
Ставрополь
Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А.

Цель: представить описание клинического наблюдения пациентки с терапевтически резистентной депрессией (ТРД) и непереносимостью света (дневного солнца и некоторых видов искусственного освещения). Непереносимость света в течение длительного времени расценивалась как «имеющая психогенную природу», но оказалась обусловленной редким генетическим заболеванием — эритропоэтической протопорфирией. Материал и методы: на момент обращения за консультацией пациентке было 19 лет. С 12-летнего возраста она предъявляла жалобы на депрессивное состояние, в том числе нарушения сна, тревожность, физическую слабость, одновременно с этим её сильно беспокоили болезненность и зуд кожи после кратковременного (несколько минут) пребывания на солнце. Применение солнцезащитных кремов не помогало купировать субъективные ощущения. Боль и зуд наблюдались у неё и при кратковременном воздействии некоторых видов яркого искусственного света, например, галогенных ламп, которыми освещался подиум школьной сцены. Поскольку видимых кожных поражений (отеков, покраснения кожи, солнечных ожогов и т. п.) столь кратковременное воздействие сильного света не вызывало, а более длительного воздействия солнца или яркого искусственного света девушка старалась не допускать, то эти жалобы на протяжении долгого времени расценивались и её родителями, и лечащим психиатром как имеющие психогенную или конверсионную природу. Лечение депрессии, тревоги и нарушений сна у психиатра облегчения не приносило. Результаты: острая, болезненная фоточувствительность кожи, причиняемая солнечным или сильным искусственным светом, ярко и эмоциональное описанная пациенткой, тщательная детализация жалоб дерматовенерологом, установившая, что особенно сильно фоточувствительность проявляется в предменструальном периоде и во время собственно менструации, позволили врачу-консультанту предположить, что речь может идти об эритропоэтической протопорфирии со сравнительно мягкими кожными проявлениями заболевания. Такая форма может иметь начало в пубертатном периоде, а не в детстве, и проявляться нерезко выраженной объективной реакцией кожи, но сильной субъективной болезненностью и зудом. Для верификации диагноза пациентка была направлена на медико-генетическую консультацию, а также на измерение содержания протопорфирина в плазме крови и в биоптате кожи. В результате проведенных исследований у неё была выявлена характерная мутация в гене феррохелатазы (FECH), повышенные уровни протопорфирина в коже и в плазме крови. Диагноз эритропоэтической протопорфирии был подтверждён. Лечение афамеланотидом (синтетическим агонистом рецепторов меланокортина-1, увеличивающим биосинтез мелатонина в коже и её фототолерантность), в сочетании с использованием специального солнцезащитного крема, который блокирует воздействие не только ультрафиолетового, но и видимого синего и фиолетового света, ношением закрывающей кожу одежды, подбором при участии гинеколога-эндокринолога орального контрацептива, назначением заместительной терапии витамином D3 (5000 ЕД в сутки) и гепатопротекторов (урсодезоксихолевая кислота 1500 мг/сут, адеметионин 800 мг/сут) — привело к полной ремиссии ТРД и удовлетворительной компенсации основного заболевания. Впоследствии пациентка убедила родителей заменить в доме обычные LED лампы дневного света (с цветовой температурой 4500 K) на специальные LED оранжевого цвета (предназначенные для отпугивания насекомых, но заодно почти не дающие повреждающего её кожу синего излучения; цветовая температура около 2500 K). Это привело к дополнительному улучшению её психического состояния, уменьшению субъективной усталости. Выводы: Несмотря на редкость эритропоэтической протопорфирии в популяции, её всегда нужно иметь в виду у пациентов (особенно женского пола), предъявляющих жалобы на особенно плохую переносимость их кожей солнечного или яркого искусственного (содержащего значительную долю синего, как у галогенных ламп или у LED с высокой цветовой температурой) света. При этом отсутствие объективных повреждений кожи (отека, покраснения и т. д.) не должно быть поводом для игнорирования жалоб или их списания на психогенные/конверсионные факторы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКОГО И СИСТЕМНОГО МЕЛАТОНИНА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, БЕССОННИЦЫ И ДЕПРЕССИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Ставропольский государственный медицинский университет (СтГМУ)
Ставрополь
Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А.

Цель: представить описание клинического наблюдения пациента подросткового возраста с тяжёлой формой атопического дерматита (АД), сопровождающегося депрессией (пониженным фоном настроения, тревожностью и нарушением сна), в лечение которых эффективным методом стало присоединение к терапии мелатонина. Материал и методы: под нашим наблюдением находился пациент 15 лет, которого с 11 летнего возраста на фоне атопического дерматита беспокоили нарушение сна вследствие кожного зуда, депрессия и тревога. Пациент находился под постоянным наблюдением дерматовенеролога, получал антигистаминные препараты, глюкокортикоидные мази, кетотифен на ночь, монтелукаст на ночь. В 15-летнем возрасте, в связи с тяжёлым течением АД, получил индивидуальное разрешение врачебной комиссии на применение off-label дупилумаба (который пока разрешён к применению только с 18 лет). Несмотря на терапию дупилумабом и продолжающуюся пероральную терапию монтелукастом и кетотифеном, периодически предъявлял жалобы на зуд кожи сгибательной поверхности локтей и коленей, области паха, промежности и ягодиц, особенно вечером и ночью. Психиатром ранее были назначены антидепрессанты (АД) из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), миртазапина, малых доз амитриптилина. Данная терапия была либо без эффекта (СИОЗС), либо приходилось отменять из-за плохой переносимости (миртазапин вызывал чрезмерную седацию днём, приступы ночного обжорства, амитриптилин — запоры и кошмарные сновидения). Результаты: С учётом литературных данных о том, что мелатонин внутрь может быть эффективен в устранении нарушений сна у пациентов с АД, а местное его применение может ассоциироваться с проявлением местного иммуномодулирующего, противовоспалительного и противоаллергического (противозудного) эффекта, подростку был назначен пролонгированный пероральный мелатонин (2 мг на ночь). Одновременно с этим в производственном отделе аптеки (compounding pharmacy) для него был изготовлен увлажняющий крем на ланолин-глицериновой основе с содержанием 2% мелатонина (20 мг/мл). Этот крем молодому человеку было рекомендовано наносить на зудящие области перед сном. Данная комплексная терапия с применением системного и топического мелатонина привела к нормализации сна, улучшению настроения и общего самочувствия пациента, постепенному исчезновению кожного зуда и эритемы в ранее пораженных областях. Улучшились когнитивные функции у подростка, его успеваемость в школе, уменьшилась раздражительность. Выводы: Адъювантное системное и топическое применение мелатонина может быть эффективным средством устранения как нарушений сна, так и кожного зуда, и высыпаний, сопутствующей депрессии и тревоги у пациентов с АД.

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА У 19-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

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

Грибовидный микоз (ГМ) — первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи (ЛК), характеризующаяся пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами. Этиология заболевания неизвестна. Считается, что лимфомы кожи возникают вследствие хронической антигенной стимуляции, что ведет к неконтролируемой клональной пролиферации и накоплению неопластических Т-клеток в коже. Грибовидный микоз является наиболее часто встречающейся формой кожной Т-клеточной лимфомы и составляет 1% всех неходжкинских лимфом, 50% первичных лимфом кожи и 65% кожных Т-клеточных лимфом. Более 75% случаев грибовидного микоза наблюдается у пациентов старше 50 лет, средний возраст дебюта заболевания составляет 55–60 лет. Грибовидный микоз может также поражать детей и подростков (1% случаев).

При классическом варианте грибовидного микоза заболевание протекает стадийно с нарастанием распространенности процесса и делится на 3 клинические стадии: пятнистая (эритематозная), бляшечная и опухолевая. Заболевание начинается с пятен разного размера с четкими краями, которые расположены несимметрично и чаще локализуются на ягодицах и участках кожи, защищенных от солнечного облучения. Цвет пятен варьирует от розовато-красного до коричневого оттенков. Поверхность пятен может быть морщинистой (псевдоатрофичной) и слегка лихенифицированной. В эритематозной стадии болезнь может проявляться разнообразными и нехарактерными эритемами: уртикароподобными, псориазо- и парапсориазоподобными, экземоподобными высыпаниями.

Для бляшечной стадии характерно образование инфильтрированных бляшек различной величины, желтовато-красной или синюшной окраски. Поверхность их может быть гладкой, слегка шелушащейся или лихенифицированной. Образование бляшек протекает бессимптомно или сопровождается сильным зудом; иногда их рост идет неравномерно за счет периферической части, что приводит к образованию дугообразных очагов. Бляшки разрешаются медленно и неравномерно: при разрешении в центре они приобретают кольцевидную форму.

В опухолевой стадии у пациента обычно наблюдается сочетание пятен, бляшек и узлов. Узлы могут формироваться как в области существующих бляшек, так и на непораженной ранее коже. Их локализация и количество варьируют от единичных до множественных. В опухолевой стадии могут поражаться лимфатические узлы и внутренние органы.

В январе 2024 года в филиал «Кутузовский» обратился пациент М., 19 лет, с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, без субъективных ощущений. Болен около 10 лет, к врачам не обращался, заболевание ни с чем не связывает. Обострение с июня 2023 года, когда отметил распространение высыпаний. Решением ВК филиала «Кутузовский» с направительным диагнозом «Крупнобляшечный парапсориаз» было принято решение о проведении диагностической биопсии для верификации диагноза. Заключение гистологического исследования: гистологические изменения не позволяют исключить бляшечную стадию грибовидного микоза, рекомендовано проведение ПЦР in situ для исключения клональности лимфоцитов в специализированном учреждении.

Пациент был направлен в «ГКБ им. С. П. Боткина» к врачу-гематологу для дальнейшего определения тактики ведения. Было проведено иммуногистохимическое (ИГХ) исследование: морфологическая картина и иммунофенотип соответствуют Т-клеточной лимфоме кожи. При наличии соответствующей клинической картины это характеризует субстрат грибовидного микоза. Трепанобиопсия костного мозга: гистологическая картина гипоклеточного костного мозга. ИГХ-исследование костного мозга: среди клеток гемопоэза определяются CD3/CD2/CD7/CD5-позитивные Т-лимфоциты с вариабельной коэкспрессией CD8 и CD4, единичные CD20-позитивные В-клетки.

Пациент проходит дальнейшее лечение у врача-гематолога в «ГКБ им. С. П. Боткина».

Заключение. Однозначно оценить последствия патологии для больного при диагнозе неходжкинской лимфомы проблематично, так как результат противоопухолевой терапии во многом зависит от степени заболевания. При диагностике первой-второй степени, характеризующейся нодулярной скоростью прогрессирования, у девяти пациентов из десяти прогноз благоприятный. Это основано на правильно поставленном диагнозе и адекватной схеме химиотерапии. Только своевременное и быстрое реагирование на проблему способны повысить шансы больного на качество дальнейшей жизни, как и на саму жизнь.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ БОУЭНА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Кутузовский», Москва
Москва
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Графкина К. Ю., Глазунова Е. В.

Болезнь Боуэна (плоскоклеточный рак in situ) впервые была описана дерматологом John Templeton Bowen в 1912 г. на основании двух клинических случаев у пациентов с нетипичной эпителиальной пролиферацией на коже. При этом первый случай поражения кожи перианальной локализации был обнаружен P. Vickers лишь спустя десятилетия, в 1939 г. Возникает с одинаковой частотой у мужчин и женщин, чаще на открытых участках тела в возрасте 60–80 лет, до 30 лет наблюдается редко. Этиологические факторы включают ультрафиолетовое облучение, хронический арсеноз, проведение терапии с использованием псоралена и облучения УФА, иммуносупрессию, воздействие ионизирующего излучения и инфицирование вирусом папилломы человека. Клинические варианты: пигментированная, интертригинозная, околоногтевая и подногтевая. Образование может существовать годами и даже десятилетиями, вероятно, за счет баланса опухолевого роста и противоопухолевого иммунитета. При отсутствии лечения элемент продолжает медленно увеличиваться в размере и через много лет трансформируется в инвазивную карциному, которая имеет склонность к метастазированию.

Представлен случай болезни Боуэна у пациентки 32 лет. Пациентка К. считает себя больной с 2021 г., когда впервые отметила появление образования на гладкой коже промежности. Субъективно не беспокоило, отмечала медленный рост. В мае 2024 г. в связи с появившимся периодическим зудом в области образования обратилась к врачу-дерматовенерологу в филиал «Кутузовский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». При осмотре на гладкой коже промежности справа выявлена единичная округлая неравномерно пигментированная плоская бляшка с четкими границами до 2,5 см в диаметре, розово-коричневого цвета, в пределах которой отмечается рост волос. Дерматоскопически: точечные сосуды, множественные коричнево-серые точки и глобулы, бесструктурные беловатые участки. Пациентка была направлена на консультацию в ООСМП МНПЦДК ДЗМ, установлен предварительный диагноз: «Плоскоклеточный рак кожи промежности справа?», направлена к врачу-онкологу в ЦАОП для исключения/подтверждения злокачественного новообразования кожи.

В ГБУЗ «ММКЦ „Коммунарка“ ДЗМ» произведена диагностическая биопсия, по результатам которой установлено: «в эпидермисе утолщение с выраженным акантозом, гипер- и паракератозом. Атипичные клетки увеличены, плеоморфны и демонстрируют потерю полярности, с наличием увеличенного количества митотических фигур. Базальная мембрана сохранена». Заключение: морфологическая картина болезни Боуэна. Произведено удаление в пределах опухолевой ткани.

Дифференцирован диагноз: Болезнь Боуэна (плоскоклеточный рак in situ) TisN0M0 промежности. Произведено широкое иссечение опухоли гладкой кожи промежности. Пациентка выписана под наблюдение врача-онколога по месту жительства.

Выводы: Многие пациенты из-за малосимптомного течения заболевания поздно обращаются за медицинской помощью. Причиной поздней диагностики также является редкая встречаемость опухоли, особенно у молодых пациенток. Прогноз заболевания существенно зависит от стадии процесса на момент первоначальной диагностики. Ранняя диагностика и лечение болезни Боуэна крайне важны для предотвращения прогрессирования до инвазивной плоскоклеточной карциномы и необходимости проведения обширной операции.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО РЕЦИДИВА МЕЛАНОМЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Филиал «Тимирязевский» Москва
Пашкова Е. С., Глоба Е. И., Бохонович Д. В.

Меланома кожи — злокачественная неэпителиальная опухоль из нейроэктодермы, развивающаяся в результате трансформации меланоцитов (клеток, продуцирующих пигмент меланин). Выделяют 4 наиболее распространенные формы меланомы: поверхностно-распространяющуюся, узловую, лентиго-меланому и акрально-лентигинозную.
Больной, 70 лет, впервые обратился в филиал «Тимирязевский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в августе 2023 г. с жалобами на наличие двух образований на коже воротниковой зоны. Из анамнеза пациента стало известно, что в 2007 г. была диагностирована меланома правой лопаточной области. Со слов пациента, было выполнено хирургическое иссечение, проведена химиотерапия. Количество курсов химиотерапии и использованные препараты пациент не уточнял, медицинская документация не сохранилась, у онколога не наблюдается более 5 лет.
На момент осмотра у врача-дерматовенеролога в августе 2023 г. на коже в области воротниковой зоны справа визуализировались 2 рядом расположенные папулы тестоватой структуры, розового цвета с блестящей поверхностью, размером до 0,8 см в диаметре. Дерматоскопическая картина: множественные полиморфные сосуды на гомогенном розовом фоне, белые структуры (бело-голубая вуаль), единичные псевдолакуны. Пациент был направлен в Центр неинвазивной диагностики кожи с предварительным диагнозом: Меланома кожи. В дальнейшем, после консультации, был направлен к врачу-онкологу в ЦАОП.
В сентябре 2023 г. пациент обратился в ГБУЗ «ГКОБ № 62 ДЗМ», где был выполнен соскоб с образования, цитологически — меланома. При осмотре врачом-онкологом были выявлены увеличенные шейные и надключичные лимфатические узлы. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия правого надключичного лимфатического узла, цитологически — метастаз меланомы. Выполнено ПЭТ-КТ, картина гиперметаболического образования мягких тканей правой воротниковой области (первичный неопластический очаг), метаболически активной шейной лимфоаденопатии, вероятнее всего вторичного генеза.
В октябре 2023 г. проведено широкое иссечение меланомы правой надлопаточной области, гистологически — узловая меланома кожи надлопаточной области, уровень инвазии по Кларку IV, толщина по Бреслоу 6,5 мм. Проведено молекулярно-генетическое исследование. При исследовании полученного образца ДНК не выявлено активирующих мутаций в 15 экзоне гена BRAF.
Пациенту был установлен диагноз: Злокачественная меланома туловища. Меланома правой надлопаточной области III стадия опухолевого процесса. Метастаз в правые подключичные лимфатические узлы. Пациенту было предложено исследование NEO-MIMAJOR. По данным рандомизации пациент попал в группу неоадъювантной терапии, получил два курса терапии препаратом BCD-217 — комбинированный препарат, который содержит моноклональные анти-CTLA-4 (нурулимаб) и анти-PD-1 (пролголимаб) антитела. В рамках скрининга было выполнено КТ-исследование в ноябре 2023 г., данных за метастатическое поражение органов получено не было, определялся один таргетный лимфатический узел размером 15х16 мм. В декабре 2023 г. пациенту выполнено УЗИ надключичных лимфатических узлов справа, трепан-биопсия таргетного лимфатического узла, в который была установлена метка. Проведена биопсия таргетного лимфатического узла, заключение — морфологическая картина более всего соответствует метастазу меланомы в лимфатическом узле.
После проведения двух курсов неоадъювантной иммунотерапии в январе 2024 г. выполнена КТ, отмечалась отрицательная динамика в виде увеличения внутригрудных лимфатических узлов, преимущественно бронхопульмональных, с обеих сторон. После второго курса пациент отметил появление образования на коже надключичной области справа, 0,7 см в диаметре. Было выполнено хирургическое иссечение образования, проведено гистологическое исследование 25.01.2024 г., морфологическая картина соответствует метастазу меланомы.
В марте 2024 г. пациент заметил новообразование на коже груди коричневого цвета, до 0,5 см. Было проведено хирургическое иссечение с проведением гистологического исследования 07.03.2024 г., морфологическая картина соответствует метастазу меланомы.
По данным литературы, рецидивы меланомы в поздний период, 5–10 лет, встречаются в менее чем 10% случаев. Приведенный клинический пример интересен длительным периодом ремиссии более 10 лет, превышающим сроки установленного диспансерного наблюдения врачом-онкологом, и подчеркивает важность сохранения онконастороженности в более отдаленный период.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ИНВАЗИВНОЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПАЦИЕНТА, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО РУБЦОВЫМ ФИМОЗОМ.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
г. Москва
Годзенко Т. А.[1], Анохина Л. С.[1], Маркосян Т. Г.

Актуальность. Инвазивная плоскоклеточная карцинома полового члена (ПКК) — это онкологическое заболевание высокой степени злокачественности, возникающее из плоского эпителия кожи, имеющее склонность к быстрому метастазированию в лимфатические узлы и встречающееся чаще у необрезанных мужчин. ПКК может развиться как следствие прогрессирования пенильной интраэпителиальной неоплазии (carcinoma in situ), включая бовеноидный папулёз, болезнь Боуэна и эритроплазию Кейра, или возникнуть самостоятельно (de novo). К факторам риска относят хронические воспалительные заболевания, такие как баланопостит, развивающийся на фоне фимоза или сахарного диабета, склероатрофический лихен, а также хроническое раздражение, вызванное недостаточной гигиеной и накоплением смегмы в препуциальном мешке, беспорядочные половые связи, раннее начало половой жизни и курение. В 50% случаев ПКК ассоциируется с ВПЧ 16 и 18 типов. Клинически ПКК проявляется в виде экзофитного или эндофитного узелка либо бляшки белого или ярко-красного цвета на коже головки полового члена или крайней плоти, реже — в области венечной борозды или тела пениса. Очаг может иметь папилломатозную или эрозированную поверхность с сероватым налётом, мокнутием, кровоточивостью. У мужчин с фимозом первыми признаками заболевания могут быть гнойные выделения из закрытого препуциального мешка. При прорастании опухоли в пещеристые тела или уретру появляются болезненные ощущения при мочеиспускании, ослабление или разбрызгивание струи мочи. Дифференциальную диагностику ПКК следует проводить с: базальноклеточным раком, беспигментной меланомой, саркомой Капоши, эрозивно-язвенным баланитом, гангренозной пиодермией, мягким шанкром, сифилисом, артифициальным дерматитом, болезнью Педжета, красным плоским лишаём, склероатрофическим лихеном, аногенитальными бородавками, туберкулёзом, фиксированной токсикодермией, простым герпесом, баланитом Зоона, молниеносной гангреной половых органов Фурнье. Цель. Продемонстрировать необходимость своевременного устранения симптомов фимоза как важного этапа профилактики развития ПКК. Материалы и методы. Пациент Д.,

26 лет, на протяжении 12 лет страдал фимозом, за медицинской помощью не обращался, нарушения мочеиспускания и других симптомов не отмечал, считал себя здоровым. В декабре 2023 года на коже видимой части головки полового члена отметил появление пятна бледно-розового цвета, мокнутие из закрытого препуциального мешка с развитием парафимоза. Обратился к врачу-урологу по месту жительства в феврале 2024 года. Было выполнено обрезание крайней плоти. После проведённой процедуры на головке полового члена выявлен экзофитный распадающийся узел ярко-розового цвета до 3 см в диаметре, расположенный циркулярно вокруг наружного отверстия уретры с мокнущей эрозивной поверхностью, обильным гнойным отделяемым. Была назначена наружная терапия, без эффекта. Со временем присоединились боли при мочеиспускании, одностороннее увеличение паховых лимфатических узлов. В апреле 2024 года пациент был направлен к врачу-дерматовенерологу ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». На первичном приёме для исключения первичного сифилиса половых органов пациенту проведены лабораторные исследования: РМП и суммарные АТ к T. pallidum методом ИФА, АТ к ВИЧ, результаты отрицательные. От обследований на ИППП методом ПЦР пациент отказался. Для санации очага пациенту была назначена системная антибактериальная терапия и наружные средства. На фоне лечения отмечено улучшение в виде прекращения мокнутия, уменьшения болезненности при мочеиспускании. Была произведена диагностическая биопсия очага поражения. Заключение: высокодифференцированная инвазивная плоскоклеточная карцинома кожи с изъязвлением. Пациент направлен в онкологический центр № 1 «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ». Была произведена ампутация головки полового члена с двухсторонней паховой лимфаденэктомией. По результатам гистологического исследования метастазов в лимфоузлах не обнаружено, изменения носят реактивный характер. МРТ грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием не выявило отдалённых метастазов. Окончательный диагноз: рак головки полового члена pT1aN0M0. Пациенту рекомендовано динамическое наблюдение и обследование у врача-онколога каждые 3 месяца в течение первых двух лет, затем каждые 6 месяцев в течение последующих 3 лет. Также в связи с возможным использованием лучевой терапии в дальнейшем пациенту рекомендована криоконсервация спермы для сохранения репродуктивного потенциала. Заключение. Своевременное выявление и устранение триггерных факторов является ключевым этапом профилактики развития ПКК. В частности, своевременное проведение циркумцизии при выявлении фимоза значительно снижает риск развития злокачественных новообразований наружных половых органов и улучшает качество жизни пациентов.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1
Красноярск
Малышев А. С., Винник Ю. Ю., Малышева В. В., Ковалева Ж. В.

Увеличение числа больных с различными видами новообразований кожи требует расширения не только диагностических границ, но и оказания квалифицированной онкологической помощи населению на каждом этапе. С учетом сложившейся ситуации в Красноярском крае были внесены изменения в приказ № 2208 от 23.12.2022 года, на основании которого образованы Центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) взрослому населению по каждому району города Красноярска и Красноярского края. В ККВД № 1 утверждена схема маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественные новообразования (ЗНО) кожи, обратившихся в головное учреждение и филиалы КГБУЗ ККВД № 1. Организованы кабинеты по оказанию помощи пациентам с подозрением на ЗНО кожи, осуществляющие прием в две смены. Утвержден порядок работы по программе «онкологический мониторинг». Обеспечена маршрутизация пациентов с подозрением на ЗНО кожи, проведение лабораторных исследований, в том числе цитологического обследования и дерматоскопического осмотра.

Число выявленных пациентов с ЗНО кожи ежегодно увеличивается: с 577 человек в 2021 году до 754 человек в 2023 году. В структуре выявленных пациентов главенствующую роль занимают больные с базальноклеточным раком кожи, которые составляют более 75%, а онкологические меланоцитарные заболевания кожи (меланома, диспластический невус) — 10%. На другие виды онкологических заболеваний кожи приходится около 15%.

Всем обратившимся с немеланоцитарными образованиями проводится цитологическое обследование, забор необходимых лабораторных исследований и направление в ЦАОП по месту проживания или в головное учреждение ККККОД им. А. И. Крыжановского.

Сегодняшняя работа специализированных кабинетов в городе Красноярске и Красноярском крае имеет реальные перспективы для максимального скринингового охвата широких групп населения, диагностики пациентов с ЗНО кожи в труднодоступных районах, использования новых диагностических методик, а также проведения просветительной работы.

Совместная работа ККККВД № 1 и ККККОД им. А. И. Крыжановского позволяет на ранних стадиях выявить ЗНО кожи, подобрать своевременное лечение, а также проводить динамическое наблюдение пациентов с подозрением на ЗНО кожи.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММЫ ЭВМ ДЛЯ СМАРТФОНА «MELANOMA CHECK»

ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко» МО РФ
Москва
Ламоткин А. И., Ламоткин И. А., Корабельников Д. И.

В настоящее время отмечается рост числа программ ЭВМ для смартфонов с использованием искусственного интеллекта (ИИ). В 2017 г. их было зарегистрировано более 165 000, в том числе и программ для диагностики поражений кожи. Создание программ ЭВМ для смартфона с использованием технологий ИИ может улучшить диагностику и лечение злокачественных опухолей кожи. Цель и задачи работы. Изучить диагностическую точность, чувствительность и специфичность программы ЭВМ для смартфона «Melanoma Check» в экспресс-диагностики меланомы кожи. Материалы и методы. Автором и разработчиком программы для визуальной идентификации меланомы кожи «Melanoma Check» является А. И. Ламоткин. Для создания этой программы использовались технологии ИИ с набором данных Human Against Machine 10000 с 10 тысячами обучающих изображений опухолей кожи и из 250 изображений меланом кожи из коллекции И. А. Ламоткина. Эта программа ЭВМ для смартфона позволяет с большой точностью установить является ли сфотографированная опухоль меланомой или не меланомой. Данная программа позволяет как фотографировать опухоли кожи, так и загружать фото с телефона, компьютера или с любого другого цифрового носителя. Клиническую оценку эффективности программы «Melanoma Check» проводил дерматолог — заведующий кожно-венерологическим отделением ГВКГ им. Н. Н. Бурденко совместно с автором этой программы ЭВМ. Фотографирование новообразований осуществлялось с помощью смартфона. В дальнейшем программа «Melanoma Check» оценивала является ли сфотографированная опухоль меланомой или не меланомой. В исследование включены различные новообразования кожи у 70 пациентов. Полученные результаты. Эффективность программы «Melanoma Check» изучалась в ГВКГ им. Н. Н. Бурденко в течение трех месяцев (с мая по июль 2024 г.). На консультативном приеме различные опухоли кожи выявлены у 70 человек, что составило 18,4% среди всех пациентов с кожными заболеваниями и новообразованиями (380 человек). Диагноз опухоли устанавливали на основании клинических, анамнестических и дерматоскопических признаков и в соответствии с классификацией опухолей кожи ВОЗ 2018 г. Диагноз злокачественной опухоли подтверждался морфологическим и иммуногистохимическим исследованием. В 56 случаев программа «Melanoma Check» сделало заключение, что опухоль не является меланомой. По результатам всех необходимых исследований установлены следующие диагнозы: меланома — 3 случая, базальноклеточный рак — 3, актинический кератоз — 2, невус меланоци-

тарный приобретенный или врожденный — 36, сенильная гемангиома — 2, себорейный кератоз — 10. Таким образом, у данной программы было 3 случая ложноположительных результатов в диагностике меланомы кожи. Программа «Melanoma Check» установила диагноз меланомы в 14 случаях. По результатам всех необходимых исследований диагноз меланомы установлен в 12 случаях. В 2 случаях медицинское приложение ошибочно диагностировало меланому у пациентов с пигментной формой базалиомы и диспластическим невусом. Таким образом, у этой программы было 2 случая ложноотрицательных результатов в диагностике меланомы кожи. На основании проведенных исследований вычислили показатели эффективности данной программы ЭВМ. Определяли следующие величины: 1) истинно отрицательные (ИО): количество случаев без меланомы, правильно определенных как не меланома; 2) истинно положительные величины (ИП): количество случаев меланомы, правильно определенных как меланома; 3) ложно положительные (ЛП): количество случаев без меланомы, неправильно определенных как меланома; 4) ложно отрицательные (ЛО): количество случаев меланомы, неправильно определенных как не меланома. Далее произвели расчет этих величин: ИО = 56 (случаи без меланомы) — 3 (ЛП) = 53; ИП = 14 (случая с меланомой) — 2 (ЛО) = 12. Определили показатели эффективности программы: диагностическая точность = ИП+ИО/70 = 12+53/70 = 0,93х100% = 93%; чувствительность = ИП/ИП+ЛО = 12/12+2 = 0,86х100% = 86%; специфичность = ИО/ИО+ЛП = 53/53+3 = 0,95х100% = 95%;% ЛП = ЛП/всего с опухолями = 3/70 = 0,043х100% = 4,3%;% ЛО = ЛО/всего с опухолями = 2/70 = 0,028х100% = 2,8%. Таким образом, диагностическая точность составила 93%, чувствительность — 86%, специфичность — 95%,% ложноположительных результатов — 4,3%,% ложноотрицательных результатов — 2,8%. Эти показатели свидетельствуют об эффективности программы ЭВМ для смартфона «Melanoma Check» в экспресс-диагностики меланом кожи.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ВЛИЯНИЕ ЗНАНИЙ ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ В РАЗРЕЗЕ ГЕНДЕРНЫХ ГРУПП

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России Москва
Соколовская Т. А., Армашевская О. В., Иванова М. А.

Цель исследования: определить влияние знаний об инфекциях, передаваемых преимущественно половым путем (ИППППП), на формирование репродуктивного поведения и приверженности их профилактике в разрезе гендерных групп. Материалы и методы: Проведенное социологическое исследование охватило 390 респондентов в возрасте 18 лет и старше (мужчины, n =134 и женщины, n = 256). Анализ полученных данных проводился с помощью прикладной программы MS Excel 2016, а также путем описательной статистики и непараметрических методов исследования (U-критерий Манна — Уитни и корреляционный анализ). Результаты. Среди принявших участие в исследовании до 95,5% (n = 128) мужчин и 96,5% женщин (n = 247) составили городские жители. Женщин с высшим образованием (p < 0,00001) было достоверно больше (46,1%), чем мужчин (22,4%), большинство из них имели среднеспециальное образование (53,0% и 41,0% соответственно). Анализ трудовой деятельности респондентов показал, что у мужчин трудовая деятельность чаще всего была связана с медициной (47,0%), у женщин — с социальной сферой (75,4%). Среди мужчин преобладали неженатые — 56,0%, в то время как до 72,6% женщин состояли в официально зарегистрированном или гражданском браке (U эмпирическое ≤ U критическое при p = 0,0004). Установлено, что рискованное поведение (случайные встречи) более характерно для женщин (10,0% против 7,8% мужчин). По мнению обеих гендерных групп, наиболее оптимальным для начала сексуальной жизни является возраст старше 18 лет, однако она случилась ранее у почти половины мужчин и трети женщин. Среди гендерных групп не выявлено достоверных различий в отношении формирования репродуктивного поведения и понимания значимости планирования семьи. Большим предпочтением являются семейные ценности, хотя для мужчин значимую роль имеют друзья, а для женщин — важно сохранить самостоятельность в получении знаний и личного опыта. ИППППП влияют как на общее состояние здоровья, так и на репродуктивную реализацию. Мужчины (82,0%) и женщины (92,6%) осведомлены об ИППППП, а по данным разных исследований, объем и полнота знаний о них напрямую зависят от возраста, уровня образования и дохода. Основным источником информации по данному вопросу для обеих гендерных групп являются медицинские работники (p = 0,02) и специальная литература (p = 0,006). Для профилактики ИППППП, несмотря на осведомленность в вопросах контрацепции (82,8% мужчин и 93,4% женщин), только 56,7% мужчин и 60,5% женщин используют барьерные методы. Негативное воздействие ИППППП на здоровье будущих детей известно большинству респондентов (73,9% мужчин и 83,2% женщин), однако, до 9,8% из них отмечают дефицит знаний, 5% не интересуется данной проблемой, а 25,3% затруднились с ответом, что можно расценить как отсутствие знаний. Соблюдение интимной гигиены играет значимую роль в профилактике ИППППП, и именно родители (45,8±11,7%; p < 0,00001) формируют и прививают эти навыки. Вместе с тем достоверное воздействие оказывают средства массовой информации (СМИ) (p = 0,007). Выводы. 1. Полнота знаний об ИППППП напрямую зависят от возраста, уровня образования и дохода. При этом основным источником информации для обеих гендерных групп являются медицинские работники (p = 0,02) и специальная литература (p = 0,0062). 2. Профилактические мероприятия по предупреждению ИППП являются приоритетными, поэтому должны пропагандироваться и стать неотъемлемой частью региональных программ здорового образа жизни, поскольку рискованное поведение характерно для женщин (10,0% против 7,8% мужчин), что составляет риски для репродуктивного здоровья.

ИНФЕКЦИЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Титов И. С., Гущин А. Е., Фриго Н. В., Жукова О. В.

Актуальность. Частой причиной обращения к врачу-колопроктологу среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), являются воспалительные заболевания прямой кишки и анального канала (ВЗПА), вызванные инфекциями Chlamydia trachomatis (CT). Наиболее злокачественным течением отличаются ВЗПА, вызванные L-сероварами CT (CT (LGV)), являющимися причиной развития венерической лимфогранулемы (ВЛГ), но в некоторых случаях D-K–варианты CT ((CT (URO)) также могут стать причиной тяжелых поражений прямой кишки. При отсутствии лечения или при фумильтантном течении инфекции могут приводить к развитию гнойных осложнений, что может существенно нарушать качество жизни заболевших и приводить к необоснованным материальным затратам на лечение. Остаётся много нерешенных проблем, связанных с отсутствием общепринятых алгоритмов диагностики, в частности, низкой распространенностью тестирования на выявление CT (LGV) с помощью метода амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), а также с многообразием клинических проявлений заболевания. В РФ случаи ВЛГ прямой кишки регистрируются с 2018 года, опубликовано несколько работ по описанию клинической картины заболевания у отдельных пациентов.
Цель исследования. Оценить особенности клинического течения ВЗПА, вызванных CT (LGV) в сравнении с CT (URO) среди пациентов-МСМ, обращающихся за колопроктологической помощью.
Материалы и методы. Обследовано 855 МСМ. Каждому пациенту был выполнен осмотр, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопия и ПЦР-исследование слизистого отделяемого прямой кишки на наличие ДНК CT (LGV) и CT (URO), серологические исследования. Статистическую обработку данных проводили в программе GraphPad Prism 8 с использованием критерия Fisher exacttest.
Результаты. ВЗПА, ассоциированные с CT, выявлены у 371/566 МСМ (65,5%). Из них 279/371 (75,2%) имели положительные тесты на CT (LGV) и 24,8% (92/371) имели ректальную CT (URO). В обеих группах отмечался высокий уровень встречаемости коинфекций — 44,1% (CT (LGV)) и 42,4% (CT (URO)). Медиана по возрасту 33 (18–55) и 30 (19–47) лет, соответственно, (p=0,0006). В группе ВЛГ пациенты чаще были ВИЧ-положительными 187/279 (67%) и 3/92 (41,3%) (CT (URO)), (p<0,0001). Сифилис в анамнезе достоверно чаще встречался у пациентов первой группы: 135/279 (48,4%) и 28/92 (30,4%) соответственно (p<0,0001). Более пяти половых партнёров за полгода достоверно чаще имели пациенты из группы ВЛГ, 221/279 (79,2%) и 42/92 (45,7%) соответственно, (p<0,0001). Практикам группового секса были наиболее привержены МСМ из группы ВЛГ 183/279 (65,6%) и 31/92 (33,7%) в группе CT (URO), (p<0,0001). С выраженными клиническими проявлениями ВЛГПК обратились 155/156 (98,1%) человек в группе ВЛГ (95% ДИ 0.98 (0.96–0.99)) и группе CT (URO) 30/53 (56,6%) человек, (p<0.0001). Гнойные выделения также превалировали у пациентов CT (LGV) по сравнению с CT (URO): 123/156 (78,2%) и 10/53 (18,7%), (p<0,0001). Проктит диагностирован в группе CT (LGV) у 153/156 (98,1%) а в группе CT (URO) у 25/53 (47,2%), (p<0,0001). При этом катаральный проктит чаще диагностирован в группе CT (URO) 9/25 (36%) человек против 3/153 (2%) в группе ВЛГ (p<0,0001); катарально-фибринозный проктит чаще у пациентов второй группы 4/25 (16%) против 3/153 (2%), (p=0,0002). Эрозивно-язвенный проктит чаще в группе CT (LGV): 147/153 (96,1%) человек против 12/25 (48%) в группе CT (URO), (p<0,0001). Осложнение ВЛГ в виде перианального инфильтрата диагностировано у 12/156 (7,7%) пациентов, (p=0.0376). Свищ анального канала выявлен при CT (LGV) у 9/156 (5,8%) пациентов, а при CT (URO) у 2/53 (3,8%), парапроктит диагностирован у 2/156 (1,3%) и у 1/53 (1,9%) в двух

группах соответственно. Стеноз прямой кишки выявили только у пациентов с ВЛГ: 3/156 (1,9%). При исследовании сыворотки крови пациентов на содержание антител класса IgA и IgG к антигенам CT были получены следующие результаты: в группе CT (LGV) обследовано 95 человек, в группе CT (URO) 20 человек. Повышение уровня IgA отмечали у 92/95 (97%) пациентов против 10/20 (50%) соответственно, (p<0,0001). Повышение уровня IgG составило 95/95 (100%) человек против 16/20 (80%), (p<0,0001).
Заключение. ВЛГ прямой кишки диагностируется у подавляющего большинства пациентов с CT-инфекцией (72,5%), а клинически в 96,1% наблюдений заболевание проявляется в виде эрозивно-язвенных проктитов, в 9% протекая с гнойно-воспалительными осложнениями. На основе полученных данных нами была разработана «условная модель» пациента с ВЛГ: это МСМ молодого возраста (около 33 лет), субъективно имеющие симптомы ВЗПА, у которых выявлен эрозивно-язвенный проктит, в аноректальной области с помощью ПЦР выявлена ДНК CT (D-K-биоваров), повышение в крови уровня IgA, IgG к антигенам CT, сопутствующая ВИЧ-инфекция, сифилис в анамнезе, которые привержены практикам группового секса и беспорядочных половых связей. При невозможности установить наличие у пациента возбудителя CT (LGV) специфическими тестами, но при подозрении на ВЛГ следует во всех случаях проводить превентивное лечение согласно существующим клиническим рекомендациям.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ NEISSERIA GONORRHOEAE В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Титов И. С., Гущин А. Е., Фриго Н. В., Жукова О. В.

Актуальность. Гонококковая инфекция (ГИ) является одним из распространенных заболеваний, передаваемых половым путем и занимает второе место по распространенности в РФ и мире после урогенитальной хламидийной инфекции (ХИ). Самый высокий уровень заболеваемости ГИ отмечается среди молодых людей в возрасте 15–29 лет, в частности и среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), что, в первую очередь, связано с рискованным половым поведением. Частота встречаемости аноректальной формы ГИ среди МСМ в РФ достоверно выше, чем в традиционной популяции. В 30% случаев заболевание может протекать бессимптомно, но при манифестной форме ГИ аноректальной области, как правило, отмечаются ярко выраженные симптомы: зуд и жжение, гнойно-слизистые выделения с калом, иногда с примесью крови, тенезмы, боль во время дефекации, неустойчивый стул. Заболевание также может сопровождаться субфебрилитетом и симптомами общей интоксикации. Данные симптомы могут наблюдаться при других инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), поражающих аноректальную область, а также и при проктологических заболеваниях. В связи с этим, первично пациенты могут обращаться к врачам-колопроктологам, которыми ГИ может быть не диагностирована в ранние сроки, что может приводить к развитию осложнений и снижению качества жизни пациентов.
Цель исследования. Оценить особенности клинического течения воспалительных заболеваний прямой кишки и анального канала (ВЗПА), вызванных инфекцией Neisseria gonorrhoeae среди пациентов-МСМ, обращающихся за колопроктологической помощью.
Материалы и методы. Обследовано 855 МСМ. Всем был выполнен стандартный проктологический физикальный и инструментальный осмотр и ПЦР-исследование слизистого отделяемого прямой кишки на наличие ДНК N. gonorrhoeae. Статистическую обработку данных проводили в программе GraphPad Prism 8 с использованием критерия Fisher exacttest и расчетом доверительных интервалов.
Результаты. ВЗПА, ассоциированные с ИППП, обнаружены у 566 человек (66,2%) (95% ДИ 0,66 (0,63–0,69)). Положительными тесты на N.gonorrhoeae были у 215/566 МСМ (38%) (95% ДИ 0,38 (0,34–0,42)). Отмечен высокий уровень встречаемости коинфекций с C.trachomatis (LGV, URO), M.genitalium, HSVI, HCVII, T.pallidum: 142/215 (66%) (95% ДИ 0,66 (0,59–0,72)). При этом ГИ достоверно чаще встречалась среди пациентов без сопутствующей ВИЧ-инфекции 112/257 (43,6%) (95% ДИ 0,44 (0,37–0,50)) против 103/309 (33,3%) (95% ДИ 0,33 (0,28–0,39)) ВИЧ-положительных, (p=0,01). Условно бессимптомное течение зарегистрировано у 10/73 человек (13,7%) (95% ДИ 0,14 (0,07–0,24)), пациенты данной группы обратились с клиникой обострения хронического геморроя и остроконечными кондиломами. Внекишечные проявления в виде эрозивного мукозита анального канал и дерматита были выявлены среди 16/73 пациентов (21,9%) (95% ДИ 0,22 (0,13–0,33)), катаральный проктит у 19/73 (26%) (95% ДИ 0,26 (0,16–0,38)), катарально-фибринозный у 18/73 (24,7%) (95% ДИ 0.25 (0.15–0.36)), фибринозно-гнойный у 3/73 (4,1%) человек (95% ДИ 0.04 (0.01–0.12)), эрозивно-язвенный у 16/73 (21,9%) (95% ДИ 0.22 (0.13–0.33)) человек соответственно. Среди 9/73 пациентов (12,3%) (95% ДИ 0.12 (0.06–0.22)) проктит сочетался с поражениями анального канала и перианальных кожных покровов. Осложненное течение ГИ аноректальной области с образованием свищей анального канала зарегистрировано среди 6/73 пациентов (8,2%) (95% ДИ 0.08 (0.03–0.17)). После проведенного этиотропного лечения им были проведены хирургические операции по иссечению свищей. Существенных различий в течении ГИ у пациентов из группы ВИЧ+ и ВИЧ- выявлено не было, за исключением того, что катарально-фибринозный проктит наблюдали достоверно чаще у пациентов из первой когорты, (p=0,0249).
Заключение. Инфекция N.gonorrhoeae является нередкой причиной возникновения ВЗПА у МСМ (38%), обращающихся за колопроктологической помощью, при этом почти у 40% пациентов из их числа она может играть самостоятельную роль в возникновения различных клинических проявлений. В подавляющем большинстве случаев (76,7%) ГИ протекает в виде различных форм проктитов, характеризующихся как поверхностными, так и эрозивно-язвенными поражениями слизистой прямой кишки, что требует проведения дифференциальной диагностики с другими ИППП или воспалительными заболеваниями кишечника. Почти у 22% пациентов инфекция N.gonorrhoeae протекает под маской трещины анального канала, что может привести к необоснованными хирургическим вмешательствам и возникновению ятрогенных осложнений. При обращении пациентов к врачам-колопроктологам необходимо заострять внимание на оценке факторов риска возникновения ИППП аноректальной локализации, а также внедрять в лечебную практику использование молекулярно-биологических тестов диагностики при обследовании МСМ, что позволяет своевременно поставить верный диагноз. Осложненное течение заболевания с формированием свищей анального канала может отмечаться в 8,2% случаев, что требует совместного ведения таких пациентов врачами-дерматовенерологами и хирургами-колопроктологами.

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ РЕФЕРЕНС-ЦЕНТР ПО ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
2. ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»
Москва
Кошелев Ю. А.[1], Жукова О. В.[1,2], Кудрявцева Л. Е.[1], Магарышкина О. В.[1], Маляренко Е. Н.[1,2]

В 1983 году приказом по Главному управлению здравоохранения Мосгорисполкома и по инициативе главного врача Городской клинической больницы № 14 им. В. Г. Короленко Мыскина Валентина Степановича на базе больницы был организован Городской Центр по снятию с учета больных сифилисом (ГЦСУ). С 1983 года по 2003 год руководил Центром Мыскин Валентин Степанович. С 1983 года по 2003 год функцией ГЦСУ было снятие с учета больных, перенесших сифилис. С 2004 года функции Центра стали расширяться и к 2019 году дополнительными функциями Центра стали: 1) ведение единого городского электронного регистра пациентов, перенесших сифилитическую инфекцию; 2) контроль качества специфического лечения, сроков клинико-серологического наблюдения, а также единого подхода к лечению; 3) консультирование пациентов, тактика ведения которых, представляет трудности; 4) отбор пациентов для проведения спинномозговой пункции; 5) обследование пациентов, направляемых для снятия с учета после перенесенного сифилиса, специалистами смежных

специальностей; 6) обследование пациентов, с поздними формами сифилиса до установления диагноза, специалистами смежных специальностей; 7) Дообследование доноров крови с положительными серологическими реакциями на сифилис. В связи с расширением функций, возложенных на ГЦСУ, приказом № 421 ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» от 03.06.2019 г., он был реорганизован в «Московский городской референс-центр по диагностике сифилиса» (МГРЦДС). С 2003 года по настоящее время подразделением руководит Магарышкина Ольга Валентиновна. В штате Центра имеются врачи: дерматовенерологи, невролог, терапевт, офтальмолог, оториноларинголог, врач функциональной диагностики. МГРЦДС тесно и плодотворно работает с врачами дерматовенерологических учреждений Департамента здравоохранения г. Москвы, учреждениями, участвующими в донорском обороте крови, и другими ЛПУ. Основная функция МГРЦДС — постановка окончательного диагноза при скрытых и серорезистентных формах сифилиса и контроль излеченности больных сифилисом. Для постановки окончательного диагноза МГРЦДС обладает всеми необходимыми смежными специалистами, которые помимо объективного осмотра осуществляют эхокардиографические исследования и диагностические люмбальные пункции. Таким образом, МГРЦДС обладает не только полным набором возможностей для диагностики сифилитической инфекции, но и способностью к подбору персонифицированной терапии в каждом конкретном случае. За период с 2021 по 2023 год в МГРЦДС снято с учета 5117 человек, из них 1211 человек по выздоровлению, 3815 человек как не разысканные, 18 человек в связи с переводом в другое ЛПУ, 73 человека в связи с реинфекцией. С июля 2019 года дообследованием доноров с выявленными положительными серологическими реакциями на сифилис занимается МГЦРДС. С 2019 года в МГРЦДС направлено 1607 извещений о донорах с положительными тестами на сифилис. 739 доноров явились на дообследование. Выявлено 66 случаев сифилиса (мужчины — 43, женщины — 23). В структуре диагнозов у доноров преобладает сифилис скрытый неуточненный как ранний или поздний — 38 случаев. Однако встречаются как ранние формы сифилиса, в частности вторичный — 8 случаев, так и поздние формы — один случай кардиоваскулярного сифилиса. МГРЦДС, как структурное подразделение ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», позволяет активно и централизованно дообследовать пациентов со скрытыми формами сифилиса, устанавливать окончательный диагноз и назначать наиболее эффективное лечение, а также принимать обоснованные решения о прекращении наблюдения за больными, перенесшими сифилис.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 8» Санкт-Петербург

Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Архипов И. В.

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) — одна из самых распространенных в мире инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Доказана роль вирусов папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР) в возникновении злокачественных новообразований (ЗНО) различный локализаций, таких как орофарингеальный рак, анальный рак, рак вульвы, влагалища, шейки матки (РШМ) и других локализаций. Пациенты дерматовенерологического профиля — больные ИППП, здоровые половые партнеры больных ИППП, лица, обследующиеся с профилактической целью вследствие особенностей полового анамнеза относятся к группам высокого риска заражения и последующего распространения ВПЧ. Длительная персистенция ВПЧ является одним из факторов риска злокачественной трансформации эпителиальных клеток и развития ЗНО. Цель настоящей работы — обоснование проведения вакцинации против папилломавирусной инфекции по эпидемическим показаниям в группе риска женщин, пациентов дерматовенерологического профиля на основе изучения частоты инфицирования ВПЧ ВКР, оценки различных состояний присутствия ВПЧ, в том числе вероятной интеграции вируса в геном клетки хозяина. Материалы и методы. Контингент обследуемых — 32398 женщин в возрасте 13–59 лет — пациентки, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения Санкт-Петербурга (СПб) по поводу ИППП и/или гинекологических, урологических заболеваний, а также для обследования с профилактической целью в 2019–2023 гг. Среди обследованных выявлено 9310 ВПЧ-позитивных пациентов. Средний возраст обследованных составил 33,6 (±11,28) лет. Генотипирование ВПЧ, определение вирусной нагрузки и косвенное определение степени интеграции в геном клетки человека проводили методом ПЦР в режиме реального времени с использованием системы CFX96 Touch™ (Bio-Rad Laboratories, Inc., США) в условиях клинико-диагностических лабораторий СПб ГБУЗ «КВД № 8» и «ГП № 107» Санкт-Петербурга. Полученные результаты анализировали с использованием методов медицинской статистики. Полученные результаты. Частота выявления ВПЧ ВКР среди всех обследованных составила 28,7%. Среди больных ИППП, а также в группе здоровых женщин, имеющих высокий риск инфицирования ИППП вследствие особенностей анамнеза, половых партнеров лиц с выявленными ИППП частота выявления ВПЧ ВКР (30,6%) оказалась достоверно ($p<0,001$) выше, чем в группе здоровых женщин, обследуемых с профилактической целью, имеющих минимальный риск инфицирования ИППП (27,31%). Наибольшая частота выявления интегрированной формы ВПЧ выявлена в группе больных ИППП — 6,92%. Частота выявления интегрированной формы ВПЧ среди профилактически обследованных женщин была существенно ниже — 1,41%, различия достоверны ($p<0,001$). Наиболее высокий уровень средней вирусной нагрузки выявлен в группе здоровых женщин, имеющих высокий риск инфицирования ИППП — 5,96 lg ДНК ВПЧ на 105 клеток. В группе больных ИППП средний уровень вирусной нагрузки оказался существенно ниже, чем во всех остальных группах и составил 3,99 lg ДНК ВПЧ на 105 клеток. У пациенток с высокой вирусной нагрузкой из группы больных ИППП доля случаев выявления интегрированной формы вируса составила 21,6%, тогда как у пациенток с высокой вирусной нагрузкой в других изучаемых группах случаи выявления интегрированной в геном клетки формы присутствия вируса встречались достоверно ($p<0,001$) реже (0,14% –2,85%). Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности ВПЧ ВКР среди пациентов дерматовенерологического профиля. Высокая частота обнаружения интегрированных в геном клетки форм ВПЧ у пациенток с выявленными ИППП или половых партнеров лиц с установленными заболеваниями при умеренной вирусной нагрузке свидетельствует о повышенном риске развития РШМ и других вирус-ассоциированных новообразований у пациентов дерматовенерологического профиля с установленным диагнозом ИППП и их половых партнеров. Полученные данные позволяют рекомендовать проведение вакцинации против ВПЧ указанного контингента по эпидемическим показаниям. Проведение таких мероприятий в рамках существующей системы диспансерного наблюдения не потребует значительных изменений в работе врача, позволит в перспективе значительно снизить риск возникновения вирус-ассоциированных заболеваний у больных дерматовенерологического профиля.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ МАНИФЕСТАЦИИ И РЕЦИДИВАХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Халдин А. А., Ким Д. Г., Сунятуллина Н. Р.

Целью исследования было изучение роли системы интерферона в развитии и динамике течения папилломавирусной инфекции (ПВИ). Предпосылкой для проведения исследования служили крайне противоречивые данные литературы, свидетельствующие как о наличии вторичного иммунодефицита, так и о его отсутствии, у пациентов с вирус папилломы человека (ВПЧ)-инфекцией. Задачей исследования являлась оценка интерферонового (ИНФ) статуса у пациентов с первым эпизодом ВПЧ-инфекции, а также с повторными проявлениями заболевания, при различных локализациях клинических проявлений папилломавирусной инфекции. Исследование проводилось

на базе Центра вирусной патологии кожи МНПЦДК ДЗМ в исследование были включены пациенты с различными проявлениями ПВИ. В рамках исследования проведена оценка интерферонового статуса у 26 пациентов, обратившихся с первичной манифестацией ПВИ (группа 1), а также у 31 больного с рецидивом клинических проявлений после деструкции новообразований (группа 2). В исследование было включено 30 мужчин и 27 женщин, средний возраст пациентов составил 29±3,6 лет. В группе 1 количество пациентов с вирусными и аногенитальными бородавками составило 65,7% и 34,3%, в группе 2–61,4% и 38,6% соответственно. Критериями исключения из исследования являлось наличие у пациентов инфекционных и аутоиммунных заболеваний, паранеопластических процессов, а также тяжелой соматической патологии. Среди показателей интерферонового статуса проводилась оценка показателей ИНФ-α и ИНФ-γ, а также сывороточного интерферона. В результате проведенного исследования было выявлено, что лабораторные показатели ИНФ статуса у пациентов в обеих группах были приблизительно равными и находились в пределах референсных значений. Так, у пациентов группы 1 медианы количественных значений ИНФ-α, ИНФ-γ и сывороточного интерферона составили 1,3 [1,1;3,2] пг/мл, 2,5 [1,7;3,9] пг/мл и 3,2 [0,7;3,9] пг/мл соответственно. Сходные показатели медиан количественных значений были выявлены у пациентов группы 2: 1,5 [1,2;3,7] пг/мл, 2,3 [1,6;3,8] пг/мл и 3,2 [0,5;3,8] пг/мл, ИНФ-α, ИНФ-γ и сывороточного интерферона соответственно. Полученные результаты прямо коррелируют с данными об отсутствии антител к ВПЧ-инфекции в крови пациентов при наличии клинических проявлений заболевания. Это важно с позиции феномена интерференции, который является важнейшим фактором защитного реагирования организма на системные инфекционные агенты. Соответственно, ВПЧ-инфекция, являясь исключительно местным вирусным возбудителем, не оказывает системного воздействия на иммунную систему, но также и не подвержена его ответными реакциями. Таким образом, в патогенезе ВПЧ-инфекции становится ведущей концепция нарушения местного иммунного реагирования, при депрессии которого происходит заражение вирусом и переход его в активную форму. Это, в свою очередь, определяет тактику комбинированного лечения бородавок, где основным компонентом, на фоне удаления элементов, являются местные иммунные препараты, или системные рекомбинантные интерфероны, способные достигать локуса инфекционной инвазии.

РАЗРАБОТКА МИКРОПЛАНШЕТНОГО ИММУНОЧИПА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ФОСФАН

АО «ЭКОЛАБ», Электрогорск, Россия;
ГБУЗ Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия;
ООО «Иммуноскрин»,
Федеральное государственное унитарное предприятие «Государственный научно-исследовательский институт биологического приборостроения» Москва, Электрогорск
Жданович А. В., Марданлы С. Г., Фриго Н. В., Дмитриев Г. А., Смердова М. А., Помелова В. Г., Быченкова Т. А., Осин Н. С.

Введение. Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, T. pallidum. Основой лабораторной диагностики сифилиса является выявление антител к T. pallidum в сыворотке крови и/или цереброспинальной жидкости. Одной из востребованных технологий, не нашедших, однако, пока широкого применения в отечественной промышленности и в лабораторной диагностике сифилиса в Российской Федерации, является метод иммуночипов. Цель работы: совершенствование лабораторной диагностики сифилиса на основе применения мультикомпонентной диагностической технологии фосфоресцентного анализа ФОСФАН. Материалы и методы. Материалом для исследования служили образцы сыворотки крови (n=168) больных сифилисом с положительными результатами тестирования на сифилис в регламентированных нетрепонемных и трепонемных тестах и 74 образца сывороток крови, полученных от здоровых доноров, в которых показатели тестов на сифилис были отрицательными. В работе использованы: разборные полистироловые 96-луночные планшеты компании «Thermo Scientific», рекомбинантные антигены T. pallidum (Tp15, Tp17, Tp47 TmpA) компании «Биосервис», биотинилированные антивидовые антитела против IgM и IgG человека, конъюгированные со стрептавидином люминесцентные наночастицы с инкорпорированными внутри комплексонами ионов европия, промывочные растворы (буферы). Измерение интенсивности люминесценции (фосфоресценции) измерялась в режиме временного разрешения на индикаторе фотолюминесценции импульсном ИФИ-05 (ООО «Иммуноскрин», Москва). Результаты. ФОСФАН-ТМ — это диагностическая технология твердофазного мультикомпонентного микроанализа (ООО «Иммуноскрин», Москва), ключевыми компонентами которой являются длительно люминесцирующие метчики биореагентов (хелаты ионов европия, инкорпорированные внутри полистироловых наночастиц, или Pt–копро- и Pt-уропорфирины), индикатор фотолюминесценции импульсный, 96-луночные микропланшеты с «напечатанными» на дне лунки микрозонами (микроэрреями) специфических улавливающих реагентов. На основе технологии ФОСФАН разработан микропланшетный иммуночип для диагностики сифилиса. Методика исследования заключается в иммобилизации на дне лунок планшета 4-х рекомбинантных антигенов T. pallidum и проявлении комплекса антигенов с антителами, содержащимися в сыворотке крови, с помощью биотинилированных антивидовых антител и конъюгированных со стрептавидином люминесцентных наночастиц. Результаты исследования получают в виде цифровых значений интенсивности фосфоресценции в зоне адсорбции каждого рекомбинантного антигена T. pallidum, а также в виде визуального изображения (цветовой картинки, сравниваемой со шкалой интенсивности сигналов). В процессе разработки тест-системы определены предварительные точки отсечения (cut off), позволяющие дифференцировать «положительные» и «отрицательные пробы» по наличию IgM- и IgG-антител к каждому из рекомбинантных антигенов T. pallidum. Предварительная интегральная (по всем 4-м антигенам T. pallidum) оценка чувствительности тест-системы при тестировании пациентов с подтвержденным диагнозом сифилиса на наличие IgM-антител к T. pallidum в сыворотке крови составила 98,6%, на наличие IgG-антител — 94,1%. Предварительная интегральная оценка специфичности при тестировании сывороток крови здоровых доноров на наличие IgM-антител составила 96%, на наличие IgG-антител — 95,6%. Заключение. Предварительные данные показывают, что микропланшетный иммуночип для диагностики сифилиса на основе технологии ФОСФАН демонстрирует высокую чувствительность и специфичность при тестировании сыворотки крови, что позволяет считать данный метод перспективным. Кроме того, иммуночип предполагает проведение комплексной мультиплексной диагностики сифилиса, которая дает возможность одномоментного определения антител к различным антигенам T. pallidum в одной пробе биологического материала, возможность интегральной оценки результатов исследования на содержание в крови трепонемоспецифических IgM и IgG, а также возможность одновременного тестирования образцов, получаемых от большого числа пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСАМИ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА У ЖЕНЩИН, ПАЦИЕНТОК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 8» Санкт-Петербург
Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Артамонов К. В.

Одной из наиболее распространенных в мире инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) является инфекция, обусловленная вирусом папилломы человека (ВПЧ). Доказана роль ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР) в возникновении злокачественных новообразований (ЗНО) различный локализаций. Пациенты дерматовенерологического профиля — больные ИППП, здоровые половые партнеры больных ИППП, лица, обследующиеся с профилактической целью вследствие особенностей полового анамнеза относятся к группам высокого риска заражения и последующего распространения ВПЧ. Нередко у этих пациентов выявляются аногенитальные кондиломы в сочетании с ВПЧ ВКР и другими ИППП, которые играют роль кофакторов канцерогенеза. Частота выявления онкогенных ВПЧ среди этой категории населения характеризуется высокими показателями. Цель насто-

ящей работы — изучение частоты инфицирования ВПЧ ВКР в группе риска женщин, пациенток дерматовенерологического профиля. Материалы и методы. Контингент обследуемых — 9310 ВПЧ-позитивных женщин, обратившиеся в ЛПУ Санкт-Петербурга по поводу ИППП и/или гинекологических, урологических заболеваний, а также для обследования с профилактической целью в 2019–2023 гг., из которых 1576 — больные ИППП, 845 — половые партнеры больных ИППП, 6889 — обследуемые с профилактической целью женщины, обратившиеся в КВД или другие ЛПУ. Средний возраст обследованных составил 33,6 (±11,28) лет. Генотипирование ВПЧ проводили методом ПЦР в режиме реального времени с использованием системы с флуоресцентной детекцией CFX96 Touch™ (Bio-Rad Laboratories, Inc., США) в условиях клинико-диагностических лабораторий СПб ГБУЗ «КВД № 8» и СПб ГБУЗ «ГП № 107» Санкт-Петербурга. Применяли набор реагентов для количественного определения ДНК ВПЧ ВКР в биологическом материале методом ПЦР для диагностики in vitro «АмплиСенс® ВПЧ ВКР скрин-титр-14-FL» (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Российская Федерация, Москва). Определяли наличие ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68 генотипов. Выявляли наличие ВПЧ ВКР в соскобе из цервикального канала, полученного с использованием одноразового урогениального зонда или цитощетки. Полученные результаты анализировали с использованием методов медицинской статистики. Для оценки достоверности различий показателей в группах использовали расчет критерия хи-квадрат ($\chi 2$) Пирсона, критическим значением достоверности считали $\chi 2=3,84$ для уровня значимости $p<0,05$. Полученные результаты. Частота выявления ВПЧ ВКР среди всех обследованных (n=9310) составила 28,74% (95% ДИ 28,24–29,23). Частота выявления ВПЧ среди больных ИППП (n=1576) — 30,71% (95% ДИ 29,45–31,97), половых партнеров лиц с выявленными ИППП (n=845) — 31,26% (95% ДИ 29,51–33,01) оказалась достоверно ($p<0,001$) выше, чем в группе здоровых женщин, обследуемых с профилактической целью (n=6889) — 28,05% (95% ДИ 27,48–28,61). При анализе распространенности ВПЧ ВКР в группах ПДП частота выявления ВПЧ ВКР среди больных ИППП (n=1576) — 30,71% (95% ДИ 29,45–31,97), половых партнеров лиц с выявленными ИППП (n=845) — 31,26% (95% ДИ 29,51–33,01) существенно не различалась (критерий Пирсона $\chi 2=0,26$, $\chi 2=0,01$, $p=0,61$, $p=0,87$ соответственно). Выводы. ВПЧ-инфекция распространена по всему миру со значительными вариациями в разных странах и возрастных группах. За последние десятилетия наблюдается также и значительный рост числа случаев ВПЧ-инфекции, делающий ее самой частой после хламидиоза и гонореи ИППП. Глобальная распространенность обусловленных любыми типами ВПЧ-инфекций среди женщин с неизмененными характеристиками оценивается на уровне 12%. Полученные в нашем исследовании различия в распространенности ВПЧ ВКР в группах пациенток недерматологического профиля и пациенток дерматологического профиля являются значимыми, что позволяет выделить последних в самостоятельную группу населения высокого риска инфицирования ВПЧ ВКР. Изучение показателя распространенности ВПЧ ВКР внутри группы пациентов дерматологического профиля не выявило существенных различий.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ТЕСТ-СИСТЕМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММАРНЫХ АНТИТЕЛ К TREPONEMA PALLIDUM У ПАЦИЕНТОВ СКРЫТЫМ ПОЗДНИМ СИФИЛИСОМ

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ
КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»
Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А.

Цель: провести сравнительный анализ результатов диагностики сыворотки крови пациентов, наблюдающихся в КГБУЗ «ККВД № 1» с подтвержденным диагнозом скрытый поздний сифилис с использованием пяти доступных наборов для определения суммарных антител к Treponema pallidum.
Задачи: выполнить анализ образцов сыворотки крови пациентов с скрытым поздним сифилисом при помощи 5 вариантов тест-систем; сравнить итоги использования 5 наборов с результатами анализов набора контрольной группы.
Материалы и методы: 92 образца сыворотки крови пациентов обоего пола с подтвержденным диагнозом скрытый поздний сифилис, 5 тест-систем ИФА суммарные: «ИФА-антипаллидум-одностадийный PLUS» ЗАО «ЭКОлаб» г. Москва, ЗАО «Инвитролоджик Сиф-АТ» Медико-биологический союз г. Новосибирск, «РекомбиБест антипаллидум — суммарные антитела (комплект 2) АО «Вектор-Бест», г. Новосибирск, «СИФ-GAM-ИМБИАН-ИФА» ООО «ИМБИАН ЛАБ» г. Новосибирск, «ДС-ИФА-АНТИ-ЛЮИС–СУММАРНЫЕ АНТИТЕЛА» «НПО Диагностические системы» г. Нижний Новгород. Согласно инструкции, в наборах у 3 производителей количество рекомбинантных белков — 4 (p15, p17, p47, tmpA), у 2-х производителей количество рекомбинантных белков не указано. Проведена статистическая обработка данных — оценка достоверности по критерию Стьюдента. Сыворотки исследовались в тест-системах ИФА суммарные в одинаковых условиях. При получении результата опытного образца в каждой тест-системе проводился расчет коэффициента позитивности (КП), равный отношению оптической плотности (ОП) каждого образца к КП ОП: КП = ОП/ОПкрит. Проведен сравнительный анализ между результатами исследований сывороток крови на тест-системе контрольной группы «ИФА-антипаллидум-одностадийный PLUS» ЗАО «ЭКОлаб» г. Москва, принятой в исследовании за эталонную в связи с наличием 4-х рекомбинантных белков и 4 опытными группами.
Результаты. Согласно инструкции к наборам: КП у положительных образцов — выше 1,1, у сомнительных — от 0,9 до 1,1 и у отрицательных — ниже 0,9. Динамика показателя КП будет свидетельствовать об изменении в содержании специфических антител у пациента. В нашем случае оценка достоверности составила 96%. Полученные результаты свидетельствуют о том, что два производителя «Инвитролоджик Сиф-АТ» Медико-биологический союз г. Новосибирск, «РекомбиБест антипаллидум — суммарные антитела (комплект 2) АО «Вектор-Бест», г. Новосибирск коэффициент вариации (Cv) (%) демонстрируют наиболее близкие результаты с контрольной группой, где Cv (%) не превысил 20%. Остальные тест-системы, наоборот, демонстрируют превышение Cv (%), полученных результатов лабораторных исследований.
Выводы. Известно, что разница полученных результатов может возникать из-за того, что каждый производитель использует разную концентрацию, количество и соотношение антигенов в тест-системе, а сравнивать полученные результаты исследований в лабораториях, использующих тест-системы разных производителей, с целью определения полуколичественных показателей сывороток, не рекомендовано. Исходя из вышеизложенного, на сегодняшний день результаты исследований необходимо интерпретировать как положительные или отрицательные.

ТРИХОМОНИАЗ. БАКТЕРИАЛЬНАЯ НАГРУЗКА ВОЗБУДИТЕЛЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ

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

Актуальность. Трихомонадная инфекция занимает лидирующую позицию среди ИППП в России. Однако в настоящее время в литературе имеются достаточно скудные данные о количественном анализе или бактериальной нагрузке возбудителя как среди мужчин, так и среди женщин. Цель исследования. Изучение величины бактериальной нагрузки у пациентов с трихомонадной инфекцией и ее взаимосвязи с характером течения заболевания. Материал и методы. Объект исследования — 82 пациента с трихомонадной инфекцией, в том числе 10 мужчин и 72 женщины в возрасте от 16 до 69 лет, находившихся под наблюдением в МНПЦДК в 2022 году. Материал исследования — соскобы/отделяемое со слизистой оболочки органов урогенитального тракта пациентов. Метод исследования — ПЦР в реальном времени с определением бактериальной нагрузки (АмплиПрайм®-NCMT). Бактериальная нагрузка считалась условно низкой при концентрации ДНК ≤10*4 ГЭ/мл, условно высокой >10*4 ГЭ/мл. Результаты. Условно низкая концентрация ДНК T. vaginalis была выявлена у 60% мужчин и у 80,5% женщин. Условно высокая

концентрация — у 40% мужчин и 19,5% женщин. 50% мужчин с высокой бактериальной нагрузкой имели явления уретрита, сопровождающиеся выделениями, дизурией и зудом. Все мужчины с низкой бактериальной нагрузкой симптомов заболевания не имели. Из 58 женщин с низкой бактериальной нагрузкой возбудителя симптомы в виде влагалищных выделений имели 17,2% пациенток. Все женщины с высокой бактериальной нагрузкой имели выраженную клиническую картину заболевания в виде выделений, изменения запаха выделений, явления вульвовагинита, сопровождающегося зудом, жжением в области наружных половых органов. Заключение. Таким образом, среди больных трихомониазом как среди мужчин, так и среди женщин преобладали пациенты с низкой концентрацией ДНК T. vaginalis. Согласно полученным данным бактериальная нагрузка имела непосредственную связь с клинической картиной заболевания у женщин. У мужчин убедительных данных не получено, в связи с малым количеством выборки и отсутствием клинической симптоматики. В научной литературе существует скудный ряд исследований, согласно которым бактериальная нагрузка играет роль в резистентности к лечению трихомониаза, что побуждает к проведению дальнейших исследований в этой области. 9956

ЭКСТРАПОЛЯЦИОННЫЕ И НЕЙРОСЕТЕВЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Кожно-венерологический диспансер» Ростов-на-Дону

Темников Д. В., Нестерова О. А., Темников В. Е.

Актуальность. Значительный рост заболеваемости сифилисом в Ростовской области требует внедрения и развития наукоемких технологий аналитических исследований, методов прогнозирования и моделирования. Внедрение таких подходов позволит оптимизировать мероприятия по борьбе с этим заболеванием. Целью работы являлась апробация и оценка точности среднесрочного ретроспективного прогнозирования уровня заболеваемости сифилисом среди жителей Ростовской области с применением экстраполяционного и нейросетевого моделирования. Материалы и методы. Аналитические исследования выполнены на основе данных отчетных форм о зарегистрированных в регионе инфекциях, передающихся половым путем (ИППП) за период 2003–2021 годы, содержащих 25404 впервые выявленных случаях сифилиса. При первичной обработке материалов использован комплекс традиционных методов вариационной статистики. В рамках настоящего исследования была реализована апробация применения при ведении социально-гигиенического мониторинга с помощью искусственных нейронных сетей (ИНС). Сравнительная оценка точности ретроспективных прогнозов частоты заболеваний сифилисом на 2021 гг. (экстраполяционных по теоретическим линиям тенденций, рассчитанных способом наименьших квадратов, и полученных с применением ИНС) выполнена на основе динамических рядов годовых показателей частоты заболеваемости сифилисом продолжительностью 15 лет (2006–2020 гг.). Сопоставление точности полученных обоими методами среднесрочных прогнозов в отношении фактически зарегистрированной с 2018 по 2021 гг. частоты заболеваемости сифилисом осуществлялась на основе значений их абсолютных (абс) и относительных (отн%) погрешностей. Основные результаты и их обсуждение. Фактическая заболеваемость всеми формами сифилиса на 100 тыс. населения в Ростовской области составила в 2018 г.— 12,179, 2019 г.— 11,184, 2020 г.— 7,528, 2021 г.— 8,219. При сравнении полученных результатов и фактической заболеваемости за период 2018–2019 годы (предшествующий пандемии COVID19) отмечается довольно высокая точность как регрессионного анализа: в 2018 г.— 15,63 при погрешности 3,45 АБС (отн.28,34%), 2019 г. –14,221 при погрешности –3,04 АБС (отн.27,15%), так и нейросетевого моделирования: 2018 г.— 12,594 при погрешности 0,65 АБС (отн. 5,31%), 2019 г.— 12,594 при погрешности 1,41 АБС (отн. 12,60%), с более высокой точности при прогнозировании при помощи нейросетевого анализа. Значительное расхождение прогнозной и фактической заболеваемости отмечалось в период 2020, 2021 годы при регрессионном анализе — в 2020 г.— 12,144 при погрешности 4,62 АБС (отн.61,33%), 2021 г.— 11,003 при погрешности 2,78 АБС (отн. 33,86%), при нейросетевом- в 2020 г.— 11,003 при погрешности –3,92 АБС (отн. 52,13%), 2021 г.— 11,509 при погрешности 3,29 АБС (отн. 40,02%), вызванная, по-видимому, влиянием особенности работы учреждений здравоохранения в период пандемии COVID19. Причем наиболее близкие к фактической заболеваемости, хотя и со значительными отклонениями, наблюдался при нейросетевом анализе. Выводы. Показана высокая эффективность как традиционного регрессионного моделирования, так и инновационного-нейросетевого моделирования при ретроспективном прогнозировании заболеваемости сифилисом при стандартном течении эпидемического процесса. При этом достоверно большая точность наблюдалась в случае использования нейросетевого метода. Экстраординарные события, такие как пандемии, в частности COVID19, по-видимому, оказывают значительное влияние на жизнь населения, работу здравоохранения, и как следствие могут влиять на заболеваемость социально значимыми инфекциями, такими как сифилис, и как следствие несовпадение прогнозной и реальной заболеваемости. Регрессионный анализ, широко используемый для прогнозирования заболеваемости, и доказавший свою эффективность во многих научных трудах, к сожалению, не может быть применен в данном случае из-за невозможности анализирования длительного периода наблюдений (более 15 лет). Напротив, нейросетевые методы показали себя более эффективно при аналитике одного временного интервала не имеют ограничений по анализируемому периоду времени. Требуется дальнейшая работа по обучению нейросети по аналитике заболеваемости с учетом цикличности эпидемиологического процесса за более длительные периоды времени.

КОСМЕТОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ИММУНООПОСРЕДОВАННЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Российский Университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва

Мамлина Н.К., Шувалова А.Г., Исматуллаева С.С., Терещенко Г.П

Введение: В современном обществе косметология является одной из самых востребованных отраслей медицины. Широкий спектр косметологических услуг позволяет не только корректировать возрастные изменения и эстетические проблемы, но и оказывать терапевтическое действие при различных дерматологических заболеваниях. В то же время, как и при любых экзогенных воздействиях, косметологические манипуляции могут привести к различным осложнениям и побочным эффектам, среди которых выделяют реакции аллергического характера. Одними из самых популярных эстетических процедур являются инъекционные методики с применением нейротоксинов и дермальных наполнителей. Среди иммуноопосредованных реакций на биопрепараты выделяют иммунологические реакции немедленного типа (анафилаксия и анафилактоидные реакции, ангиоотеки) и отсроченные реакции (гранулематозные реакции, отсроченные воспалительные реакции, аутоиммунный синдром, ассоциированный с адъювантами (ASIA).

Цель: описание клинических случаев различных типов аллергических реакций после косметологических процедур. Результаты. В первом клиническом случае под нашим наблюдением была женщина, 43-х лет, которая обратилась с жалобами на высыпания на коже лица и шее, сопровождающиеся сильным зудом и болезненностью. Из анамнеза известно, что за неделю до обращения пациентке был проведен курс мезотерапии. Узелковые высыпания после процедуры вначале были расценены как допустимая реакция после манипуляции, однако усиление плотности высыпаний и отсутствие положительной динамики послужили поводом для обращения пациентки к врачу аллерголог. При осмотре высыпания характеризовались плотными гранулематозными и кистоподобными образованиями застойного красно-синего цвета, расположенных линейно в местах инъекций. Со слов пациентки, она получила услугу косметолога в частном порядке, не удостоверившись в наличии лицензии и сертификации препарата. Был установлен предварительный диагноз: Отсроченные гранулемы инородного тела (?). На фоне топической противовоспалительной терапии (топические глюкортикостероидные препараты) эффекта не отмечалось, в связи с чем пациентка была направлена к хирургу для решения вопроса об иссечении образований.

Второй клинический случай: Пациентка 29 лет обратилась к аллергологу после возникновения отека верхней губы, век в сочетании с головокружением, холодным потом и болями в ногах. Бригадой СМП была оказана экстренная медицинская помощь, на фоне которой прошли системные реакции и уменьшились отеки век, однако отечность губ сохранялась, и пациентка стала ощущать уплотнения в области верхней и нижней губы. Со слов пациентки, до этого в течение последнего полугода дважды были отеки губ на фоне употребления клубники и применения препаратов от простуды, которые купировались инъекциями дексаметазона. Из анамнеза стало известно, что в течение последних 10-ти лет пациентке регулярно проводились внутридермальные инъекции препаратов гиалуроновой кислоты. Пациентке было проведено комплексное аллергологическое обследование, рекомендовано УЗИ мягких тканей области губ; назначена десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты внутрь. Специфической сенсибилизации по анализам не было выявлено, по результатам УЗИ: сохранение остатков биопрепарата в тканях по типу отсроченной гранулемы инородного тела. Был выставлен диагноз: Рецидивирующие отеки в области лица (отсроченная воспалительная реакция на биоматериал?). Хроническая спонтанная крапивница (?). Пациентка была направлена к пластическому хирургу для решения вопроса об удалении филлера, рекомендовано динамическое наблюдение аллерголога. Заключение: Реакции гиперчувствительности после косметологических манипуляций могут иметь различный механизм развития и клинические проявления. Диагностика отсроченных реакции на введение дерматологических наполнителей может быть затруднена и требует тщательного анализа клинических и анамнестических данных. Особого внимания требуют пациенты с наличием семейной предрасположенности к аутоиммунным заболеваниям. Дисбаланс иммунной системы пациента может привести к реакции замедленной чувствительности IV типа или реакции на адьювант. При проведении косметологических манипуляций требуется учитывать физико-химические характеристики биоматериала, объем вводимого препарата, риски бактериальной контаминации, частоту повторных введений в одну и ту же область, риск кумулятивного взаимодействия с ранее введенными биопрепаратами, а также иммунный статус пациента, который включает предшествующие процедуре инфекционные заболевания, стоматологические манипуляции, вакцинацию, аллергоанамнез и аутоиммунные заболевания.

КОЛЛАБОРАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ. ИНЪЕКЦИОННАЯ КАРБОКСИТЕРАПИЯ В СОЧЕТАННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОТОКОЛАХ

ООО «МК-Клиника», Мытищи

Раджабова М. М.

Цель. Оценка эффективности применения инъекционной карбокситерапии в сочетанных и комбинированных протоколах в эстетической медицине. Материалы и методы. Инъекционная карбокситерапия (ИКТ) в нашей клинике применяется с 2014 года. На данный момент ИКТ является одной из самых востребованных и часто применяемых процедур в нашей клинике. Инъекционная карбокситерапия — это внутрикожные и/или подкожные инъекции углекислого газа. Инъекционная карбокситерапия не имеет лимита по количеству процедур и по интервалу между процедурами, так как ее применение основано на действии углекислого газа, который является естественным метаболитом и конечным продуктом распада любых органических веществ, содержится во вдыхаемом и в выдыхаемом воздухе. Объем вводимого газа в точку инъекции зависит от глубины введения, показания и области воздействия. Для введения углекислого газа в качестве дозатора используется отечественный аппарат, имеющий такие функции как выбор диаметра иглы, выбор дозировки вводимого газа, подсчет количества вколов и общего объема введенного газа. В нашей клинике инъекционная карбокситерапия в ряде случаев выступает как самостоятельный метод лечения, но чаще всего применяется в комбинации и/или в сочетании с другими технологиями и методиками с учетом механизмов действия применяемых методов, при этом наблюдается уникальное потенцирование и взаимное усиление эффектов. У пациентов с высоким риском развития отеков в области воздействия после аппаратных методов с применением высокоэнергетических физических факторов в раннем реабилитационном периоде (в первый час) проводится инъекционная карбокситерапия с учетом общей и регионарной лимфодинамики. При этом наблюдается сокращение общего реабилитационного периода. При применении ИКТ в более позднем реабилитационном периоде (от первых суток до 5-7 дня) отмечается быстрое купирование развившихся нежелательных явлений. Некоторым пациентам до и после процедур карбокситерапии проводится неинвазивная диагностика системы микроциркуляции с целью выявления ее нарушений до и мониторинга эффективности проводимой терапии после. Для этого применяются лазерная допплеровская флоуметрия (ЛДФ) и широкопольная капилляроскопия. Результаты. В результате анализа результатов ЛДФ и капилляроскопии нами был сделан вывод, что уже в молодом возрасте, начиная с 25–30 лет, еще до появления первых признаков возрастных изменений кожи, развиваются различные нарушения микроциркуляции крови в дерме. Проведение ЛДФ и широкопольной капилляроскопии в качестве мониторинга показало, что применение углекислого газа в виде инъекций приводит к нормализации процессов микроциркуляции крови и оптимизации газообмена в тканях. Применение инъекционной карбокситерапии в сочетании или в комбинации с другими технологиями и методиками, благодаря воздействию на процессы микроциркуляции и газообмена, приводит не просто к суммации эффектов, а к их потенцированию и взаимному усилению, что является неоспоримым и уникальным достоинством этой технологии. Применение ИКТ после различных вмешательств в период реабилитации способствует сокращению сроков последнего и быстрому восстановлению при развитии осложнений и нежелательных явлений при их возникновении. Выводы. Инъекционная карбокситерапия, благодаря своему действующему

компоненту в виде углекислого газа, обладает большим количеством терапевтических эффектов, на первое место из которых можно поставить ее влияние на процессы микроциркуляции и оптимизацию газообмена в тканях, подвергшихся действию гипоксии. Именно действие углекислого газа, введенного с помощью инъекций, способно разорвать многочисленные порочные круги, развивающиеся при гипоксии клеток. Различные сочетания и комбинации инъекционной карбокситерапии с другими технологиями и методиками с учетом механизмов их действия приводит к появлению уникальных протоколов коррекции и лечения различных проблем и состояний в косметологии. Сегодня инъекционная карбокситерапия становится все более востребованной среди пациентов. Эта методика обладает таким неоспоримым достоинством, как высокая доступность для конечного потребителя, но наиболее ценным при близком изучении является ее высочайшая физиологичность, относительно высокая безопасность, широкий спектр показаний и минимальное количество противопоказаний, хорошая переносимость пациентами.

К ОЦЕНКЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО МИКРОИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ЛИФТИНГА В ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

«Клиника профессора Юцковской», Москва
Еззет А.Ф., Юцковский А.Д.

В последние годы наблюдается заметный рост интереса пациентов к качеству кожи в периорбитальной области. Эта тенденция объясняется не только стремлением сохранить молодость, но и осознанием важности внешнего вида в социальных и профессиональных взаимодействиях. Хирургические методы коррекции, безусловно, занимают лидирующие позиции по количеству проведенных процедур в области периорбиты, однако многие пациенты не готовы к длительной реабилитации и возможным осложнениям после операций. В связи с этим возникает необходимость в поиске менее инвазивных альтернатив, способных эффективно улучшить состояние кожи вокруг глаз. Цель и задачи. Оценить эффективность и безопасность фракционного микроигольчатого радиочастотного лифтинга при коррекции периорбитальных морщин. Материалы и методы. В исследование были включены 20 соматически здоровых пациентов женского пола в возрасте от 30 до 55 лет с фототипами кожи по шкале Фицпатрика I-IV, обратившихся в «Клинику профессора Юцковской» с жалобами на периорбитальные морщины. Степень морщин оценивалась с помощью шкалы эластоза по Фицпатрику и данных анализа периорбитальной области аппаратом 3D-система для анализа и моделирования состояния кожи. Всем пациентам был установлен диагноз: L90.8 – Другие атрофические изменения кожи. Критериями исключения из исследования: беременность, лактация, наличие имплантированных электронных устройств, острые заболевания и обострения хронических болезней, минимальный период от проведения иных эстетических процедур в периорбитальной области. Пациентам был проведен курс процедур фракционного микроигольчатого радиочастотного лифтинга с применением изолированных игл в периорбитальной области с обработкой кожи верхнего и нижнего века вплоть до ресничного края, курс состоял из 3-х процедур, интервал между процедурами – 1 месяц. За 14 дней до и после проведения микроигольчатого радиочастотного лифтинга пациентам проводилась подготовка периорбитальной области к проведению коллагеностимулирующей процедуры с помощью инъецирования препарата на основе нестабилизированной гиалуроновой кислоты. Клинические показатели оценивали: до начала лечения, через 1, 3 и 6 месяцев от проведения последней процедуры. Степень улучшения качества кожи в периорбитальной области оценивалась с помощью шкалы эластоза по Фицпатрику и по результатам анализа сравнения фотодокументации в программе 3D-системс для анализа и моделирования состояния кожи. Кроме того, проводился анализ удовлетворённости пациентов по валидированной международной глобальной шкале эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS). Полученные результаты. Через 1 месяц после первой процедуры было отмечено клиническое улучшение внешнего вида пациентов (уменьшение глубины статических заломов), а также значительное улучшение качества кожи и индекса качества жизни в дерматологии (The Dermatology Life Quality Index DLQI): средний балл улучшения >45,5. На 6 месяц от последней процедуры все пациенты отметили стойкие клинические результаты. У всех пациентов наблюдалось уплотнение кожи периорбиты, улучшение цветности данной области, сокращение кожного лоскута в области верхнего и нижнего века и разглаживание статических заломов. Ни у одного пациента не было побочных эффектов и осложнений от проведенной терапии. Выводы. Коррекция периорбитальных морщин является важным аспектом эстетической медицины, который отвечает на запросы современного общества и способствует улучшению качества жизни пациентов. Фракционный микроигольчатый радиочастотный лифтинг является эффективной и безопасной процедурой для коррекции периорбитальных морщин. Пациенты отмечают высокую результативность данной процедуры в улучшении внешнего вида кожи лица, при возможности сохранения социализации при прохождении курса.

МЕТОДИКА БЕЗОПЕРАЦИОННОГО ОМОЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СЛАВЯНСКИМ ОТЕЧНО-ДЕФОРМАЦИОННЫМ ТИПОМ СТАРЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПРОГРАММЫ: АВТОРСКОЙ ДРЕНАЖНОЙ ПРОЦЕДУРЫ «СТРОЙНОЕ ЛИЦО» И SMAS-ЛИФТИНГА

Клиника эстетической медицины Ольги Мороз, Москва
Мороз О.Н.

В клинике разработан сочетанный протокол коррекции птоза мягких тканей лица и деформации линии овала лица с помощью комбинации инъекционной дренажной мезотерапии и аппаратного ультразвукового SMAS-лифтинга. Многолетний опыт работы с пациентами показал, что, используя SMAS-лифтинг как изолированную процедуру, врачи не всегда могут достичь желаемого результата. Это происходит по причине наличия у пациентов славянского происхождения с отечно-деформационным типом старения выраженной пастозности мягких тканей, которая, безусловно, создает препятствие для прохождения ультразвуковой волны SMAS-лифтинга.

В клинике эстетической медицины Ольги Мороз положительные результаты демонстрирует следующий протокол:1-й этап - проведение процедуры дренажной мезотерапии с помощью препарата. На основе осмотра, пальпации и УЗИ в случае выявления в зоне повышенного накопления межтканевой жидкости и повышенного развития подкожно-жировой клетчатки всю зону обрабатывают путем внутрикожного венотониками.

В состав дренажных компонентов входят 12 растительных и 2 минеральных компонента – арника, календула, гаммамелис, тысячелистник, ромашка, беладонна, аконит, гепарсульфур, меркуриус, солюбилис, окопник, эхинацея, эхинацея пурпурная, маргаритка, зверобой. Все компоненты в разном гомеопатическом разведении.

За счет улучшения микроциркуляции сосудов и укрепления сосудистой стенки отечность в области лица гораздо уменьшается. После процедуры пациенту надевается специальный компрессионный бандаж для наиболее быстрого достижения эффекта. Результат от однократного проведения дренажной мезотерапии проявляется, начиная со следующего дня.

Пациент приглашается на реабилитационные мероприятия – микротоковую терапию и лимфодренажный массаж – с целью усиления лимфодренажного действия мезотерапии.

Через 2–3 дня проводится 2-й этап сочетанного протокола: ультразвуковой SMAS-лифтинга, главный его принцип основывается на высокоинтенсивном сфокусированном ультразвуке, который с помощью термического воздействия оказывает влияние на поверхностную мышечно-апоневротическую систему (SMAS). Путем сокращения белковых структур SMAS-уровня создается прочный подкожный каркас, поддерживающий мягкие ткани лица. Кроме мгновенного лифтинга, у процедуры есть отложенный эффект – стимуляция выработки нового коллагена. Этот процесс развивается в течение 2–3 месяцев после процедуры, в результате чего эстетический эффект усиливается за счет улучшения качества кожи.

Выводы: через 2,5 месяца после проведения процедур, благодаря соблюдению протокола последовательности, наблюдается выраженная положительная динамика у пациентов с отечно-деформационным типом старения, уменьшение отечности и пастозности мягких тканей лица, уменьшение объема локальных

жировых отложений, уплотнение и повышение упругости кожного покрова, улучшение линии овала лица и «треугольника молодости»

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРНОГО ПРОГРЕВА В СОЧЕТАНИИ С RPR В ПРОЦЕДУРАХ ОМОЛОЖЕНИЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Нагорная А. Н., Петровская Н.В., Шульгина И.Г.

Основными причинами старения кожи являются уменьшение активности фибробластов в соединительной ткани и уменьшение плотности и толщины волокон коллагена в папиллярном слое дермы, в связи с чем самые распространенные способы омоложения кожи основаны на стимуляции ответного процесса восстановления дермы. Неинвазивный способ фотовосстановления коллагена при помощи лазера Nd:YAG основан на поглощении энергии излучателя лазерного модуля гемоглобином с частичной коагуляцией микрососудистой сети в дерме, что приводит к обновлению микрососудистой сети, стимуляции фибробластов и выработке нового коллагена. Воздействие лазерного модуля создает 3-мерную матрицу микроранок, которые сконцентрированы на определенной глубине имеющегося повреждения эпидермиса и дермы, инициируя естественную реакцию регенерации, приводя к заживлению микроранок, тем самым омолаживая кожу. В отличии от других лазерных процедур омоложения эта мягкая, неаблятивная антивозрастная процедура обеспечивает хорошие результаты с минимумом побочных эффектов и не требует периода восстановления. Терапевтический эффект является накопительным. Введение в кожу аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (RPR) широко применяется в косметологии при процедурах омоложения, часто в сочетании с другими методиками, стимулируя и усиливая их эффект за счет быстрого запуска процессов регенерации, синтеза эластина и коллагена. Цель исследования: оценить эффективности процедур омоложения с применением неодимового лазерного прогрева в сочетании с RPR терапией. Материалы и методы: 10 пациенток в возрасте 49–60 лет, 2-3 фототипом кожи по Фицпатрику, с признаками хронологического старения кожи лица, без отягощающей соматической патологии разделены на две группы по 5 человек. В группе 1 проводилась монотерапия: прогрев кожи лица при помощи лазерного модуля Nd:YAG (1 раз в 3 недели №4); в группе 2 – прогрев кожи лица лазерным модулем Nd:YAG (1 раз в 3 недели №4) в сочетании с RPR терапией (на 5-й день после проведения 1-го и 2-го прогрева). Для проведения процедур использовались следующие параметры лазерного модуля Nd:YAG: размер пятна 9 мм, длительность импульса 8 мс, плотность энергии 53-75 и 58-82 Дж/кв.см, количество проходов 3–4. RPR терапия проводилась по стандартной методике. Оценка результатов. Конечный результат лечения (более четкий овал лица, более гладкая кожа и уменьшение размера пор) был достигнут в обеих группах: в группе 1 – к окончанию курса монотерапии; в группе 2 при сравнении с группой 1 практически у всех участниц ожидаемый эффект был более выражен и зафиксирован уже через 3 недели от начала комбинированной терапии, нарастая к концу курса. Выводы. Комбинированный курс процедур омоложения лица, включающий прогрев кожи при помощи лазерного модуля Nd:YAG в сочетании с RPR терапией, в отличии от монотерапии лазерным прогревом приводил к более быстрому и более выраженному достижению омолаживающего эффекта вероятно за счет усиления процессов регенерации тканей, активности фибробластов, стимулируя образование новых коллагеновых волокон.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОИГОЛЬЧАТОГО RF ЛИФТИНГА С ИНЪЕКЦИОННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ РАЗНЫХ ГРУПП

ООО клиника «Тонус»
Нижний Новгород
Шаленкова И.В., Карпова Е.И.

Актуальность. Процесс старения является сложным многофакторным этапом онтогенеза, который неизбежно приводит к развитию возрастных изменений на всех уровнях структурно-функциональной системы человеческого организма. Изучение данного феномена носит междисциплинарный характер и приобретает все большее значение в свете появления новых высококачественных и малоинвазивных косметологических процедур. В настоящее время существует внушительное количество способов эстетической коррекции, позволяющих с различной степенью эффективности и безопасности нивелировать клинические проявления старения кожи. В последнее десятилетие особый интерес врачей сосредоточился в направлении изучения физиотерапевтических методов, что привело к разработке современных малоинвазивных аппаратных технологий. Среди них фракционные радиочастотные методы омоложения вышли на первый план, так как наиболее эффективно учитывают природу возникновения возрастных изменений кожи и отвечают требованиям безопасности применения у пациентов. Радиочастотные методы воздействия способствуют реструктуризации дермы за счет термически опосредованной индукции неоколлагенеза и пролиферации фибробластов в ответ на избирательное повреждение отдельных ее элементов. Однако, несмотря на хорошую переносимость терапии пациентами, многие авторы отмечают снижение эффективности методики при изолированном ее применении. Доказанный терапевтический эффект инъекционных процедур сподвигнул специалистов к работе в сочетанных протоколах. И в настоящий момент идет активная работа по изучению эффективности совместного применения радиочастотных воздействий и инъекционных процедур препаратами разных лекарственных групп. Среди наиболее физиологичных источников биологически активных веществ в настоящее время являются аутологичная плазма крови человека с тромбоцитами, гиалуроновая кислота, комплексы аминокислот. Все они в той или иной степени направлены на восстановление регенераторного потенциала кожи человека. Однако, до настоящего момента в литературе отсутствовали данные о воздействии на инволютивные изменения кожи комбинации фракционной микроигольчатой радиочастотной терапии и терапии препаратами на основе полидезоксирибонуклеотидов (PDRN), что и послужило основанием для проведения настоящего исследования. Цель исследования. На основании изучения морфологической структуры и качественных характеристик кожи научно обосновать и разработать комбинированный метод коррекции инволютивных изменений кожи с применением фракционной микроигольчатой радиочастотной терапии и терапии препаратами на основе полидезоксирибонуклеотидов. Задачи исследования. 1. По данным оптической когерентной томографии кожи провести сравнительный анализ влияния изолированного и комбинированного применения фракционной микроигольчатой радиочастотной терапии и терапии препаратами на основе PDRN на структурные изменения кожи пациентов разных возрастных групп. 2. На основании данных когерентной компьютерной томографии оценить толщину эпидермиса, качество и количество коллагена 1 типа, эластичность тканей после проведения микроигольатого RF лифтинга в виде монопроцедуры и в сочетании с препаратами на основе PDRN. 3. Изучить особенности влияния разработанного комбинированного метода на морфоструктуру и функциональную организацию кожи по данным ультрасонографии. 4. Определить терапевтическую эффективность комбинированного применения данных процедур по данным индекса дерматологического статуса. Научная новизна. Впервые результатами исследования разработан и научно обоснован комбинированный метод коррекции инволютивных изменений кожи, включающий фракционную микроигольчатую радиочастотную терапию и перспективную технологию с использованием препаратов на основе полидезоксирибонуклеотидов. Выводы. Доказано, что применение комбинированного метода у пациентов с инволютивными изменениями кожи лица, вне зависимости от возраста, способствует более выраженному регрессу клинических симптомов по сравнению с методами монотерапии и сопровождается восстановлением архитектоники эпидермально-дермальных слоев и качественных характеристик кожи. Благодаря данному сочетанию методов мы обеспечиваем высокоэффективную и пролонгированную коррекцию инволюционных изменений кожи лица пациентов.

ТРИХОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАЗАЛИОМЫ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», ООСМП
Москва
Гаджигороева А. Г., Гафуров Р. А., Козьякова А. С., Бобров М. А.

Актуальность. 13% процентов всех случаев рака кожи приходятся на волосистую часть головы (в/ч головы). Злокачественные новообразования кожи головы заслуживают особого внимания из-за их агрессивного характера, высокой частоты рецидивов и склонности к метастазам. До 18% от всех базальноклеточных карцином (БКК) составляет базальноклеточный рак кожи в/ч головы. Цель исследования. Представить собственный клинический случай БКК кожи в/ч головы. На основе данных научной литературы провести обзор современных представлений о заболевании, методах диагностики и тактики лечения данной патологии. Материал и методы. Пациент Е. А. 67 лет, мужчина, с жалобами на образование в области в/ч головы. Поиск литературных источников по теме «Базальноклеточная карцинома кожи волосистой части головы», «Диагностика и лечение новообразований кожи волосистой части головы» проводился на PubMed. Отобрано 10 статей на английском языке, опубликованных в период 2016–2024 гг, 2 статьи — мета-анализ, 8 статей — случай-контроль и серии случаев с общим количеством пациентов с БКК в/ч головы 3682. Результаты. Пациент Е. А. 67 лет, обратился в КО ООСМП МНПЦДК с жалобами на новообразование на коже в/ч головы, которое появилось 5 лет назад. Новообразование увеличивалось в размерах, периодически кровоточило. В анамнезе периоды инсоляции. Клиническая картинка: на коже височной области в/ч головы узел бело-розового цвета, размером до 0,6 см в диаметре. При дерматоскопии выявляются множественные мелкие эрозии, овоидные гнезда, гомогенные зоны белого цвета. Предположен диагноз «БКК правой височной области». Для подтверждения диагноза проведена диагностическая эксцизионная биопсия под местной анестезией лидокаином 2%. Гистологическая картина: эпидермис с мультицентрически расположенными опухолевыми комплексами из базалоидных клеток с палисадообразным расположением гиперхромных ядер. В дерме — фиброз, неравномерно выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Заключение патоморфолога: БКК с поверхностным мультицентрическим типом роста. Для хирургического иссечения новообразования пациент был маршрутизирован в МНКЦ им. А. С. Логинова. Дискуссия. БКК чаще встречается на лице, голове и шее вследствие длительного ультрафиолетового облучения этих зон тела, в том числе в детском и подростковом возрасте. Болезнь может формироваться в течение 10–15 лет с момента первичного повреждения эпидермиса. Чаще встречается узловой подтип БКК, который проявляется в виде блестящей, розового цвета папулы или узелка с поверхностными телеангиэктазиями, которые могут изъявляться. Длительно существующие язвы могут кровоточить и формировать корки. Очаги поражения могут увеличиваться в размерах. Очаги БКК рекомендуется документировать с помощью цифровых изображений. Дерматоскопия демонстрирует наиболее часто серо-голубые овоидные гнезда, листовидные зоны, изъязвления, гомогенные зоны белого цвета, множественные мелкие эрозии, древовидные сосуды, тонкие телеангиоэктазии, полиморфные сосуды, белые полосы. Для уточнения злокачественности новообразования проводится гистологическое исследование образца ткани с использованием панч- или шейв-биопсии. Гистологическое исследование базальноклеточной карциномы выявляет островки («гнезда») базалоидных клеток, палисадные клетки по периферии. Каждая из плеоморфных клеток состоит из базофильного ядра без заметного нуклеоида и скудной цитоплазмы. Внутри опухоли и в строме вокруг нее может присутствовать отложение муцина. Выбор метода лечения зависит от возраста и пола пациента, а также от места, размера и типа поражения. Основными целями лечения БКК является полное удаление опухоли. Частота рецидивов при удалении БКК составляет при операции Мооса — 1,0%; при хирургическом иссечении — 10,1%; при лучевой терапии — 8,7%; при криохирургии — 7,5%. Выводы. Диагностика БКК сопряжена с определенными трудностями из-за ее клинической вариабельности и длительного развития заболевания. Способность заболевания маскироваться под другие, более доброкачественные поражения, может привести к неправильному диагнозу. С целью профилактики важно использовать защитные средства, такие, как головные уборы и SPF защиту, особенно при хроническом воздействии солнечного света. Пациенты должны быть проинформированы о необходимости обращения за медицинской помощью в случае появления на коже новообразований или в случае изменения состояния существующих ранее элементов даже при отсутствии тревожных симптомов. Раннее обращение к специалисту предотвратит задержку в диагностике и соответствующем лечении.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОФЕНОТИПА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ ПРИ АССОЦИАЦИИ С АТОПИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»;
Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
Москва
Терещенко Г. П., Захаренко О. П., Гаджигороева А. Г.

Введение. Коморбидность гнездной алопеции (ГА) и атопический заболеваний (АЗ) подтверждается данными клинико-эпидемиологических, генетических и иммунологических исследований. Атопия рассматривается как фактор, способствующий возникновению, раннему проявлению и развитию тяжелых форм ГА, при этом риск увеличивается с каждым дополнительным АЗ. Это подчеркивает важность учета атопической предрасположенности в диагностике и лечении ГА в клинической практике. Основная роль в патогенезе ГА принадлежит Th1/ИФН-γ типу иммунного ответа. Однако недавние результаты эффективности блокатора рецепторов IL-4\IL-13 дупилумаба при ГА указывают на участие Th2 иммунного пути в патофизиологии ГА, что определяет необходимость изучения иммунного профиля ГА с учетом наличия сопутствующих АЗ. Материалы и методы. В исследование были включены 102 пациента в возрасте 5–51 года (средний возраст 18,09± 0,87 лет) с диагнозом ГА, среди которых 55 (54%) имели сопутствующие АЗ. Участники были распределены по степени тяжести ГА: легкая (SALT <25%) — 29/102 (28,5%) человек, среднетяжелая (SALT 25–49%) — 29/102 (28,5%), тяжелая и очень тяжелая (SALT ≥50%) — 44/102 (43%). У всех пациентов определялся количественный уровень общего IgE (oIgE) в сыворотке крови с референсными значениями 0–100 МЕ/мл. Концентрация цитокинов (пг/мл) измерялась методом мультиплексного иммуноферментного анализа у 36 пациентов с ГА, из которых 21 имел сопутствующие АЗ. Лабораторные показатели сравнивались с контрольной группой из 16 здоровых участников в возрасте 5–42 лет (средний возраст 16,7± 2,65 лет). Результаты. Средний уровень oIgE у всех пациентов с ГА составил 190,79 ± 23,73 МЕ/мл, что существенно выше, чем в контрольной группе (60,75 ± 12,49 МЕ/мл). У пациентов с ГА и АЗ средний уровень oIgE (261,72± 38,61 МЕ/мл) значительно превышал показатели у пациентов без АЗ (107,79±18,93 МЕ/мл). Более половины пациентов с ГА и АЗ (62%) имели тяжелые формы (SALT ≥ 50%), независимо от уровня oIgE. Наблюдалась положительная зависимость: уровень oIgE возрастал с увеличением SALT (r=0.897), особенно у пациентов с АЗ (r=0.909); в группе с ГА без АЗ зависимость была умеренной (r=0.650). Цитокины IFN-γ, IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-13, IL-17A, IL-22, IL-23 у всех пациентов с ГА были выше, чем в контрольной группе, особенно IL-22 и IL-23 ($p<0,05$); у пациентов с ГА и АЗ также отмечалось значительное превышение уровня IL-4 (145,76 ± 69,43 пг/мл в сравнении с контрольной группой — 27,1 ± 38,68 мг/мл). Выводы: При ГА наблюдается активация множества провоспалительных медиаторов, включая Th2-ассоциированные цитокины IL-4\IL-13, которые играют ключевую роль в синтезе IgE. Высокие уровни oIgE и Th2-цитокинов особенно характерны для пациентов с ГА и сопутствующими АЗ, оказывая негативное влияние на течение алопеции. Повышенный уровень oIgE также наблюдается у пациентов с тяжелым течением ГА независимо от наличия АЗ. Эти данные позволяют выделить специфический иммунофенотип ГА,

основным биомаркером которого может рассматриваться уровень oIgE, указывающий на вовлечение Th2-типа иммунного ответа. Оценка иммунного профиля при ГА может иметь прогностическое значение для оценки риска развития тяжелых форм алопеции и потенциальной эффективности антицитокиновой терапии, что предполагает необходимость дальнейших исследований и разработку специфических терапевтических методов лечения с учетом персонализированного подхода.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

1. ФГБУ ВО ДонГМУ Минздрава России
2. ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России
Донецк
Проценко Т. В., Зубаревская О. А., Провизион Л. Н.

Цель. Изучить влияние хронической герпесвирусной инфекции (ХГВИ) на клинику и течение гнёздной алопеции (ГА). Материалы и методы. В исследование включено 32 больных ГА, 19 женщин и 13 мужчин, в возрасте от 7 до 39 лет (средний возраст 24±1,9 года). Пациенты были разделены на 2 группы: больные ГА с ХГВИ (n=14) и больные ГА без ХГВИ (n=18). Проанализированы анамнестические и клинические данные (количество эпизодов, продолжительность последнего эпизода, клиническая тяжесть и взаимосвязь количества эпизодов и тяжести). Результаты. Показано, что у больных ГА с ХГВИ чаще выявлялись среднетяжелые и тяжелые формы дерматоза, в сравнении с больными ГА без ХГВИ: 6/14 (42,9%) и 4/18 (22,2%) больных соответственно. Выявлено, что у больных ГА с ХГВИ, в сравнении с больными ГА без ХГВИ, дерматоз чаще имел более 2-х эпизодов обострения — у 7/14 (50%) и 4/18 (22,2%) больных соответственно. Установлено, что больные с 2-мя и более эпизодами ГА чаще имели среднее или тяжелое течение дерматоза — 7 (63,6%) больных, при этом у большинства из них выявлена ХГВИ — у 5 (71,4%) больных. Выводы. Полученные данные указывают на значимость ХГВИ у больных ГА, как триггерного фактора среднетяжелого и тяжелого течения дерматоза, особенно имеющим в анамнезе 2 и более эпизодов облысения, что необходимо учитывать для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ

1. ФГБУ ВО ДонГМУ Минздрава России
2. ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России
Донецк
Проценко Т. В., Зубаревская О. А., Провизион Л. Н.

Цель. Изучить клинико-эпидемиологические особенности гнездной алопеции (ГА) у больных с хронической герпесвирусной инфекцией (ХГВИ) в зависимости от концентрации 25-ОН витамина D. Материалы и методы. Проанализированы клинико-анамнестические (количество эпизодов, продолжительность последнего эпизода, клиническая тяжесть) и лабораторные данные (концентрация 25-ОН витамина D) у 55 больных ГА с ХГВИ. Результаты. Показано, что у больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы (до 24 нг/мл) чаще были тяжелые и среднетяжелые формы дерматоза, в сравнении с больными ГА с ХГВИ и нормальной концентрацией 25-ОН витамина D (от 24 до 53 нг/мл) — 35 (85,4%) и 8 (37,1%) больных соответственно. Выявлено, что у больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, в сравнении с больными ГА с ХГВИ и нормальной концентрацией 25-ОН витамина D дерматоз чаще имел более 2-х эпизодов обострения — 34 (82,9%) и 6 (42,9%) больных соответственно. Установлено, что продолжительность рецидива дерматоза свыше 12 месяцев была чаще у больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, в сравнении с больными ГА с ХГВИ и нормальной концентрацией 25-ОН витамина D — у 35 (85,4%) и 8 (37,1%) больных соответственно. Выводы. Полученные данные указывают на необходимость исследования концентрации 25-ОН витамина D у больных ГА со среднетяжелым и тяжелым течением, имеющим в анамнезе 2 и более эпизодов обострения, особенно на фоне ХГВИ для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АГА: МИНОКСИДИЛ, ФИНАСТЕРИД, ПРОГЕНИРАТОРНЫЕ КЛЕТКИ

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск
Музыченко А. П., Сикирицкая В. В.

Введение: Исследование причин выпадения волос и совершенствование методов терапии андрогенной алопеции (АГА) являются одними из наиболее актуальных направлений в дерматологии. ЦЕЛЬ исследования: сравнить эффективность различных методов терапии АГА на современном этапе и повысить эффективность лечения путем разработки комплексных подходов с использованием биомедицинского клеточного продукта (БМКП). Методы исследования: 1. клинический: данные анамнеза и объективного осмотра; 2. Трихоскопический: оценка состояния волос кожи головы, 3. Фототрихограмма; 4. Культуральный: забор графтов волосяного фолликула и культивирование БМКП с последующим их введением в исследуемую зону волосистой части головы. Результаты: В исследовании принимают участие 60 человек: 12 женщин и 48 мужчин в возрасте от 33 до 55 лет с диагнозом АГА. Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с получаемым лечением: группа 1 в количестве 20 человек (8 женщин и 12 мужчин) получала наружное лечение раствором миноксидил 5%, путем втирания в теменную зону да раза в сутки. Группа 2 в количестве 15 человек (все мужчины) получала лечение препаратом финастерид в дозе 5 мг/сутки перорально. Группа 3 в количестве 15 человек (4 женщины и 11 мужчин) получала лечение методом БМКП. С этой целью проводилась эксплантация панч-ножом волосяных графтов, которые потом доставлялись в лабораторию Института биофизики и клеточной инженерии Национальной академии наук Беларуси, где из них выделялись для последующего культивирования стволовые и прогенираторные клетки волосяного фолликула, из которых приготавливался БМКП для введения в кожу волосистой части головы. Группа 4 в количестве 10 человек (все мужчины), получала лечение комбинацией финастерида перорально в дозе 5 мг/сут совместно с внутрикожным введением БМКП один раз в месяц. Промежуточные результаты влияния терапии на рост волос оценивались с использованием метода фототрихограммы (ФТГ), проводимого перед процедурой и через 3–6 месяцев после процедуры. В 1-й группе у исследуемых пациентов отмечалось увеличение доли волос в фазе анагена на 10%, снижение волос в фазе телогена на 9%. Суммарная толщина волос увеличилась на 2 мм см^2. Плотность фолликулов увеличилась на 5% в квадратном сантиметре исследуемой зоны. В группе-2 отмечалось увеличение доли волос в фазе анагена на 47%, снижение волос в фазе телогена на 40%. Суммарная толщина волос увеличилась на 6 мм см^2. Плотность фолликулов увеличилась на 37% в квадратном сантиметре исследуемой зоны. В группе-3 с использованием БМКП ФТГ показала увеличение процента волос в фазе анагена на 20%, снижение телогеновой фазы на 20%. Суммарная толщина волос увеличилась на 4 мм см^2, плотность фолликулов увеличилась на 28% в квадратном сантиметре исследуемой зоны. В 4-й группе анализ промежуточных результатов показал увеличение процента волос в фазе анагена на 54%, снижение телогеновой фазы на 58%. Суммарная толщина волос увеличилась на 8 мм/см^2. Плотность фолликулов увеличилась на 45% в квадратном сантиметре исследуемой зоны. Исследование продолжается. Планируется увеличение количества человек, проходящих комбинированную терапию в 4-й группе для оценки динамики во времени и исследования эффективности данного подхода к лечению АГА, т. к. у пациентов 4-й группы отмечается наиболее выраженное усиление роста волос в фазе анагена, снижение процента волос в телогеновой фазе. Увеличение суммарной толщины волос и плотности фолликулов на квадратный сантиметр.
Исследование продолжается. Планируется увеличение количества человек, проходящих комбинированную терапию в 4-й группе для оценки динамики во времени и исследования эффективности данного подхода к лечению АГА.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ МИНОКСИДИЛ С ПРЕПАРАТАМИ НА ОСНОВЕ ПЕПТИДОВ В ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ И ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИИ

Клиника профессора Юцковской, Москва, Россия
Черненко О.А., Юцковский А.Д.

Цель исследования: Выпадение волос – одна из самых острых проблем современной дерматологии и косметологии. Особенную актуальность она приобрела после пандемии новой коронавирусной инфекции, ведь, согласно данным исследований, характерным проявлением COVID-19 является выпадение волос, а сально-волосяные фолликулы рассматриваются как мишень для SARS-CoV-2. 2. Наиболее частыми вариантами алопеции у пациентов с перенесенной новой коронавирусной инфекцией или вакцинацией от нее являются острая телогеновая, гнездная, а также андрогенетическая алопеция (Czech T., Sugihara S., Nishimura Y, 2022 г.). Препараты на основе миноксидила являются первой линией терапии при андрогенетической алопеции. Однако, из-за ряда нежелательных явлений – периода синхронизации роста волос, синдрома отмены врачи-дерматологи находятся в постоянном поиске вариантов наружной терапии, сопоставимой по эффективности с миноксидилом. Это и послужило решению провести авторское инициативное исследование и сравнить препараты для наружного нанесения на основе пептидов с препаратом, содержащим 5% миноксидил. Цель исследования. Сравнить клиническую эффективность препаратов, стимуляторов роста волос для наружного применения на основе пептидов и на основе миноксидила 5% Дизайн исследования. Авторское инициативное исследование.
Материал и методы исследования. Пептид-содержащий лосьон на основе пептидов Biotinoyl Tripeptide-1 – трипептида, сочетающего витамин H и матричный пептид GHK и пептид Acetyl Tetrapeptide-3, состоящий из четырех аминокислот лизин-глицин-гистидин-лизин, и лосьон миноксидила 5%.
Всего в исследование было включено 45 пациентов с диагнозами – Андрогенная алопеция и Телогеновое выпадение волос, в возрасте от 18 до 50 лет, ж – 25 м – 20.
Пациенты были разделены на 3 группы. Группа 1 в количестве 15 человек получала лечение препаратом на основе 5% миноксидила, группа 2 в количестве 15 человек получала лечение препаратом на основе пептидов, группа 3 (контроли) состояла из 15 человек и получали наружную терапию с плацебо-лосьоном. Продолжительность наблюдения составила 5 месяцев. Все средства наносились наружно, на чистую кожу головы Характеристика пациентов, вошедших в исследование: 1 группа: Активная исследовательская группа пациентов с АА и ДТВВ – 15 человек, применялся препарат на основе 5% миноксидила 2 группа: Активная исследовательская группа пациентов с АА и ДТВВ – 15 человек, применялся препарат на основе пептидов 3 группа: Контрольная исследовательская группа пациентов с АА и ДТВВ – 15 человек, применялся препарат плацебо. Обследование пациентов до и после лечения проводилось с помощью неинвазивных инструментальных методов исследования:
1. Дерматологический осмотр и изучение анамнеза основного заболевания.
2. Оценка состояния волос и кожи головы с использованием трихоскопа Aramo SG и программы HairXPro.
3. Стандартное фотографирование. Сравнивались результаты до и после лечения.
Результаты: По результатам трихоскопии наблюдалось: 1 группа: Достоверное увеличение количества волос на 1 см^2 (в среднем от 102 до 124 волос/см^2) ($p<0,05$) Из 15 испытуемых отсутствие положительной динамики (в виде увеличения количества новых волос) наблюдалось у одного испытуемого (6,6% случаев) 2 группа: Достоверное увеличение количества волос на 1 кв.см. (в среднем от 98 до 115 волос на см^2) ($p<0,05$) Из 15 испытуемых отсутствие положительной динамики (в виде увеличения количества новых волос) наблюдалось у одного испытуемого (6,6% случаев) 3 группа: Незначительное увеличение количества волос на 1 см^2 (в среднем от 125 до 126 волос на см^2) Из 15 испытуемых отсутствие положительной динамики (в виде увеличения количества новых волос) наблюдалось у 3 испытуемых (20%). Отрицательная динамика (уменьшение количества волос на 1 см^2) – у 4 испытуемых (26,6%)
Заключение: Мы можем сделать вывод, что препарат на основе пептидов показал достоверную результативность, сопоставимую с лосьоном содержащим миноксидил. Таким образом, в современном мире мы имеем возможность использовать альтернативные варианты наружной терапии с минимальной вероятностью нежелательных явлений, что безусловно повысит со стороны пациентов приверженность к эффективной терапии.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТИМУЛЯЦИИ РОСТА ВОЛОС КОМПОЗИЦИЕЙ ЭКСТРАКТА ДУДНИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО С КОМПЛЕКСОМ ФУЛЬВИНОВЫХ И ГУМИНОВЫХ КИСЛОТ

1) Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)». Российская федерация. Москва
2) ООО «Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии». Российская федерация. Москва.
Сафонова Л. А., Теряев А. С., Волчек И. А.

Актуальность. Выпадение волос является одной из самых частых жалоб у пациентов дерматологов, косметологов и даже врачей общей практики. Существует большое разнообразие наружных лечебных и космецевтических средств, которые обещают решить проблему избыточного выпадения волос. Известно, что ряд гетероциклических соединений, содержащихся в растениях семейства зонтичных, в частности ангелицин, обладают регулирующим влиянием на жизненный цикл волоса и перспективны в качестве фармацевтических и косметических субстанций. Также есть сведения о подобном эффекте фульвиновых и гуминовых кислот. Целью настоящего исследования явилось лабораторное и клиническое тестирование косметического лосьона из композиции экстракта ангелицина и комплекса фульвиновых и гуминовых кислот полученных из Дудника Амурского (Angelica Amurensis) в отношении регуляции синтеза цитокинов сыворотки крови и стимуляции роста волос. Материалы и методы. Обследовано 18 мужчин в возрасте 47–68 лет, с жалобами на избыточное выпадение волос, с диагнозом «Андрогенная алопеция по мужскому типу», 3–5 стадия заболевания по Норвуду, без сопутствующей соматической патологии в стадии обострения. Все они на момент обследования не применяли никаких наружных лечебных и стимулирующих рост волос средств. Всем им было предложено использовать в качестве монотерапии дважды в день по 2 мл лосьона для кожи в/ч головы, содержащий 5% экстракта дудника и 3% комплекса фульвиновых и гуминовых кислот (производитель ООО «НИЦ иммунологии и аллергологии»). В качестве исходного сырья для производства лосьона использовались корни и трава Дудника Амурского (Angelica Amurensis). Для оценки цитокинмодулирующего эффекта лосьона исследовали спонтанный и стимулированный фитогемагглютинином (PHA) синтез GM–CSF, IFNγ, IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNFα мононуклеарными клетками периферической крови обследуемых пациентов. Исследование проводили дважды: до начала терапии и через 4 месяца от начала лечения. Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex ProTM Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD). Также в клеточном лизате определяли уровень ядерного фактора активированных Т-клеток (NFAT5) с помощью тест-системы производства Cusabio Biotech для иммуноферментного анализа (Human Nuclear factor of activated T-cells 5 (NFAT5) ELISA kit). Исследования выполняли по протоколам производителей. Контроль за эффективностью лечения осуществлялся методами сравнения обзорных фотографий, трихоскопии, фототрихограммы до и после терапии с использованием камеры Aramo SG и программного обеспечения Trichoscience 1.3 PRO. Результаты. Полученный лосьон не оказывал достоверного влияния на спонтанный синтез изучаемых цитокинов. Однако, при PHA стимулированном синтезе отмечено выраженное ингибирующее действие в отношении IFNγ, IL-2, IL-6, IL-8, TNFα ($P\leq0,01$) в сыворотке крови. Установлено достоверное снижение концентрации NFAT5 в лизатах предобработанных лосьоном мононуклеарных клеток. Известно, что NFAT5 является одним из ключевых факторов инициации провоспалительной цитокиновой реакции, можно с уверенностью предположить, что иммуномодулирующее действие исследованного лосьона осуществляется, в том числе, через NFAT5–зависимый механизм. Выводы. NFAT5 является одним из ключевых факторов инициации провоспалительной цитокиновой реакции. Можно предположить, что иммуномодулирующее действие исследованного лосьона осуществляется, в том числе, через NFAT5–зависимый механизм. Полученные данные указывают на перспективность использования экстракта дудника амурского в косметологической и дерматологической практике для решения проблемы выпадения волос.

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»
Москва
Фасахова Р. Р., Бишарова А. С.

Актуальность. Ранняя диагностика чесотки имеет решающее значение для профилактики осложнений и назначения неадекватного лечения и, как следствие, минимизации психосоциального воздействия. Проблемы с диагностикой возможны при низкой численности клещей, наличии атипичных проявлений и сложности дифференциальной диагностики с другими кожными заболеваниями, особенно у лиц из стран, где «забытые» тропические кожные заболевания являются эндемичными. Стандартизированного клинического диагностического алгоритма чесотки в мире до сих пор не разработано.Предполагаемый диагноз чесотки можно поставить на основании клинических проявлений, однако, при атипичности процесса постановка верного диагноза вызывает затруднения у половины пациентов. Критерии консенсуса Международного альянса по борьбе с чесоткой (IACS) 2020 года для диагностики чесотки включают три уровня диагностической достоверности и восемь подкатегорий. Подтвержденная чесотка (уровень А) требует прямой визуализации клеща или продуктов его жизнедеятельности. Клиническая диагностика чесотки (уровень В) и подозрение на чесотку (уровень С) основываются на клинической оценке признаков и симптомов. Цель. Провести анализ результатов дерматоскопического исследования чесотки у детей. Материал и методы. Проанализированы данные обследования 30 детей с чесоткой в возрасте от 6 месяцев до 7 лет включительно, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии». Дерматоскопическое исследование проводилось с использованием поляризационной и иммерсионной дерматоскопии с 20-кратным увеличением. У пациентов с распространенным кожным процессом оценивали не менее двух элементов для учета всех возможных дерматоскопических паттернов. В последующем для каждого пациента сопоставляли выявленные дерматоскопические паттерны с клиническими признаками и симптомами чесотки. Результаты. До обращения в Центр всем детям назначались наружно топические глюкокортикостероидные средства (ТГКС), что демонстрирует низкую настороженность врачей в отношении чесотки. С другой стороны ТГКС изменяют типичную картину чесотки и способствуют формированию скабиозной лимфоплазии, особенно у младенцев и детей раннего детского возраста. Мы наблюдали развитие узловых элементов у 15 (50,0%) детей. Результаты микроскопического исследования с целью обнаружения чесоточного клеща оказались положительными в 60,0%. Дерматоскопия в данном случае использовалась как чувствительный метод для диагностики чесотки in vivo. Она позволяет идентифицировать треугольную или V-образную структуру, соответствующую передней части клеща, включая голову и две передние пары ног. Поскольку клещ обычно находится в конце хода, его описывают как «реактивный лайнер со следом» или «дельта-планер». Характерные дерматоскопические проявления чесотки: белый туннель и его коричневая или темно-коричневая небольшая треугольная структура в конце хода определялась у 28 (93,3%) пациентов. Длина туннеля может указывать на активность чесоточных самок. Короткий и широкий туннель в форме траншеи является следствием активности самца клеща. Фекалии клеща, содержащие меланин в виде серо-черных линий, визуализируемых по краям туннеля определялись у 7 (23,3%) детей. К неспецифическим дерматоскопическим проявлениям чесотки относили пустулы и вторичные морфологические элементы, вызванные зудом: эритему, эрозии, расчесы, геморрагические и гнойно-геморрагические корки, пигментацию. Заключение. Использование дерматоскопического исследования позволило выявить у 93,3% детей характерные чесоточные паттерны (туннели и треугольные структуры). Таким образом, сочетание дерматоскопии и микроскопического исследования может повысить эффективность диагностики чесотки у детей.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С УЧЁТОМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА

Казанская государственная медицинская академия
Казань
Аюпова К. Р., Юсупова Л. А.

Изучение качества жизни с учетом клинического течения у пациентов с розацеа Аюпова К. Р., Юсупова Л. А. Розацеа является распространенным хроническим кожным заболеванием, значительно снижает качество жизни, влияя на физическое, психическое и социальное благополучие пациента. Розацеа может оказывать значительное влияние на пациентов, включая негативное воздействие на самооценку и уверенность в себе, наряду со снижением качества жизни. Качество жизни пациентов с розацеа является важным критерием в научных исследованиях и клинической практике. В связи с этим лечение пациентов с розацеа должно быть комплексным, направленным не только на облегчение клинических симптомов, но и на улучшение качества жизни и психологического статуса. Целью исследования явилось изучение качества жизни у пациентов розацеа с учетом клинического течения заболевания. Материал и методы исследования. Под наблюдением находился 21 пациент с папуло-пустулезной формой розацеа. Оценку тяжести розацеа определяли по шкале диагностической оценки розацеа (ШДОР). Индекс ШДОР оценивался следующим образом: от 1 до 7 баллов соответствовали легкой степени тяжести, от 8 до 14 — на средней, и от 15 до 21 — тяжелой степени тяжести розацеа. Максимально возможное значение по этой шкале составляло 21 балл. Показатели качества жизни оценивали с использованием Витебского опросника больных дерматозами (ВОБД), который градировался на 4 подраздела: физическая сфера (ФС), психосоциальная сфера (ПС), уровень независимости (УН) и социальные отношения (СО). ВОБД оценивался по 5–ти бальной шкале: нет — 0 баллов, редко — 1 балл, иногда — 2 балла, часто — 3 балла, всегда — 4 балла. Максимально возможное количество баллов, соответствующее наиболее высокому уровню влияния заболевания на качество жизни равнялось 152 баллам. Результаты данных исследования обработаны методом математической статистики с помощью программ Statistica. Результаты исследования. Исследование было проведено у 21 пациента с розацеа в возрасте от 19 до 65 лет. Среди обследованных регистрировались 85,7% женщин и 14,3% мужчин. Наибольшая давность течения розацеа (14,7 лет) наблюдалась у 33,3% пациентов. Наиболее часто у пациентов с розацеа регистрировались стрессовые факторы в семье и на работе (57,1%), неправильный уход за кожей (14,3%), частое пребывание на открытом солнце (38,1%), многолетнее употребление табачных изделий (42,8%). Среди параметров ВОБД у пациентов с розацеа были зарегистрированы показатели ФС 28,3 баллов, ПС — 31,1 баллов, УН –17,5 баллов, СО –39,2 баллов. Индекс ШДОР у пациентов с розацеа составил 14,9 баллов, что соответствовало средне–тежелой степени тяжести заболевания. Выводы. Таким образом, розацеа оказывает значимое негативное влияние на пациентов с розацеа. В результате проведенного исследования регистрировалось негативное влияние на качество жизни пациентов с розацеа, которое было связано с тяжестью заболевания и чаще встречалось у женщин. Данное воздействие включало повышение показателей качества жизни в физической, психосоциальной сферах, уровня независимости и сферы социальных отношений. Для достижения оптимальных эстетических и психосоциальных результатов и улучшения качества жизни необходимы эффективные методы лечения, направленные на патогенетические механизмы, клинические симптомы и нивелирование негативного психоэмоционального статуса у пациентов с розацеа.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ТЁМНОЙ КОЖИ

Нижегородский государственный университет имени Н. И. Лобачевского. Институт клинической медицины Нижний Новгород
Зельникова Ю. А., Коробова А. А.

Введение. В современной медицине врачи-дерматовенерологи, в, том числе в Российской Федерации, должны иметь дополнительный объём знаний о патоморфологических и физиологических характеристиках кожи различных фототипов. Это обусловлено тем, что в нашей стране появляется всё большее количество пациентов с 5 и 6 фототипом кожи, а также с некоторыми особенностями в сфере медицинского образования. По среднестатистическим значениям, количество русских студентов становится равным количеству иностранных студентов, прибывающих для обучения в медицинских ВУЗах РФ из районов Африки, Азии и Южной Америки. Цель и задачи. Определить доступность актуальных данных для врачей-специалистов и студентов медицинских ВУЗов о морфо-функциональных особенностях тёмной кожи и определить наличие перспективы развития вспомогательных систем в диагностике заболеваний, особенностей дерматозов на тёмной коже, в том числе систем искусственного интеллекта. Материалы и методы. Проведён анализ источников на базе данных PubMed, Kiberlearning. Проведён анализ учебно-методических пособий и атласов, традиционно использующихся в Российской Федерации для обучения студентов врачей-ординаторов и специалистов-дерматовенерологов. Проведен поиск разработок систем искусственного интеллекта, облегчающих диагностику заболеваний с учетом фототипа. Проведён тест с участием студентов медицинских ВУЗов, прошедших стандартную программу по курсу дерматовенерологии и врачей. Испытуемым предложены фотографии типичных клинических проявлений пузырчатки вульгарной, красного плоского лишая, норвежской чесотки, синдрома Стивенса-Джонсона, склеродермии, псориаза, атопического дерматита, фиксированной эритемы на светлой и тёмной коже. Предложено определить диагноз по типичному изображению, произведена оценка точности полученных ответов. У всех испытуемых получено добровольное письменное согласие на проведение исследования. Результаты. По результатам литературного обзора статей выяснено, что из выбранных источников содержится незначительное количество информации по структурным особенностям тёмной кожи. Из проанализированных источников, рекомендованных для применения в вузах, практически отсутствует полноценная информация об особенностях клинических проявлений дерматозов на тёмной коже и практически отсутствуют фотографические изображения дерматозов на тёмной коже, тогда как все изображения описывают клинические проявления только на светлой коже и представлены соответствующими иллюстрациями. Проведённый поиск систем искусственного интеллекта, помогающий в диагностике заболеваний тёмной кожи, показал, что специализированные системы помощи врачу-дерматовенерологу для облегчения оценки патологических состояний именно тёмной кожи, отсутствуют. По результатам тестирования было установлено, что большинство не справились с поставленной задачей.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА С ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы Москва
Шачнев А. С., Жукова О. В.

Введение. Дисгидротическая экзема (ДЭ) — распространенная разновидность экземы, характеризующаяся появлением на коже ладоней и/или подошв, латеральных поверхностях пальцев плотных зудящих везикулярных или буллезных элементов, склонная к длительному хроническому и рецидивирующему течению. Этиопатогенез ДЭ демонстрирует разнообразие провоцирующих факторов, среди которых атопия и контактная аллергия являются наиболее часто ассоциированы с дебютом заболевания. Цель. Изучить иммунологический статус пациентов с дисгидротической экземой. Материал и методы. В исследование было включено 115 пациентов с дисгидротической экземой: 52 (45,2%) мужчины и 63 женщины (54,8%). Средний возраст пациентов составил 33,4±10,5 лет (минимальный 18 лет, максимальный — 78 лет). Клиническое обследование включало сбор анамнеза и физикальное обследование. Расчет оценки тяжести ДЭ производился с помощью Индекса площади поражения и степени тяжести дисгидротической экземы (Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index, DASI). Все пациенты были проконсультированы специалистом аллергологом-иммунологом. Аллергологическое обследование включало в себя сбор аллергологического анамнеза (фармакологический анамнез; пищевой анамнез; анамнез настоящего заболевания; анамнез респираторных проявлений атопии; семейный анамнез аллергических заболеваний). Количественное определение общего IgE в сыворотке крови осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа (возрастная норма 0–100 МЕ/мл). Для мультиплексного исследования хемокина Eotaxin/CCL11 в сыворотке крови методом проточной цитофлуориметрии применяли панель ProcartaPlex Hu Cytokine/Chemokine Panel 1A 34plex в соответствии с протоколом производителя. Корреляционный анализ выполнен по методике ранговой корреляции по Спирмену. Критический показатель уровня значимости и достоверности различий считался $p<0,05$. Результаты. Все пациенты на момент исследования имели только клинические проявления ДЭ без сопутствующей клинической картины атопического дерматита. Индекс DASI определялся в диапазоне от 4 до 50. Повышенный уровень общего IgE регистрировался у 26 пациентов (22,6%), где значение показателей варьировало от 103–10120 МЕ/мл, у 21 (18,2%) больных ДЭ отмечалось повышение абсолютного количества эозинофилов периферической крови (0,42–5,1 х109/л). У 16 (13,9%) пациентов было выявлено превышение значения хемокина Eotaxin/CCL11 в диапазоне 16,2–87,44 пг/мл. Между высокой концентрацией Eotaxin/CCL11, высоким уровнем общего IgE и индексом тяжести дисгидротической экземы DASI выявлена прямая корреляционная связь средней силы (коэффициент корреляции Спирмена $\rho=0,829$, $p<0,05$). Заключение. У больных ДЭ в 22,6% случаев отмечается повышение концентрации общего IgE в сыворотке крови, в 18,2% — повышение абсолютного числа эозинофилов и в 13,9% случаев — повышение концентраций хемокина Eotaxin/CCL11. Можно предположить, что повышенный уровень значений хемокина является предиктором тяжелого течения дисгидротической экземы.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАНИФЕСТАЦИИ ПСОРИАЗА, ИМИТИРУЮЩИЙ ДЕРМАТОФИТИЮ, ПОСЛЕ СОЧЕТАННОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

1)Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Кутузовский»
2) ФГАОУ высшего образования «Российский университет дружбы народов» кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского университета
Исраелян А. С.[1], Графкина.К. Ю.[12]

Введение: Псориаз – хроническое заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки. В ряде случаев врач-дерматовенеролог затрудняется первоначально дифференцировать псориаз, из-за многообразий его форм и клинических проявлений. Особо стоит отметить, что в рутинной практике диагноз псориаз не так часто имеет гистологическое подтверждение и устанавливается на основании клинических проявлений. В приведенном случае высыпания на коже пациента «маскируют» другое заболевание кожи неопухолевого генеза – микоз гладкой кожи.
Цель: Описание клинического случая манифистации псориаза, имитирующего дерматофитию, после сочетанной пластической операции у женщины 31 года.
Материалы и методы: при описании использовались данные анамнеза, осмотра, лабораторных и гистологического исследований.
Результаты: в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиал «Кутузовский» обратилась пациентка 31 года, считает себя больной с марта 2023 года, когда впервые отметила появление высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом. Пациентка утвержда-

ет, что высыпания появились после перенесенной сочетанной операции. В январе 2023 года обратилась в клинику пластической хирургии. Диагноз: Постлактационная инволюция молочных желез, псевдоптоз молочных желез, послеродовая деформация передней брюшной стенки, диастаз прямых мышц живота. Проведена операция: Т-образная мастопексия, абдоминопластика с ушиванием диастаза прямых мышц живота. В связи с воспалительными явлениями в области послеоперационных рубцов, обратилась в клинику, где проводилась операция и был верифицирован диагноз: Аллергический контактный дерматит, предположительно на шовный материал. Проводимая терапия: внутримышечное введение р-р ГКС (раствор дипроспан), перорально антигистаминный препарат, наружно мазь Бетаметазон, с временным положительным эффектом. При осмотре: патологический кожный процесс носит подостровоспалительный, распространенный, симметричный характер. Локализован на коже шеи затылочной области, спины, живота, предплечий. Представлен высыпаниями в виде кольцевидных и неправильных очертаний бляшек с четким периферическим фестончатым краем, шелушением на поверхности, некоторые очаги с разрешением в центре. В области послеоперационных рубцов кожи груди, живота плоские бляшки, обильное шелушение. Псориатическая триада не воспроизводится. Ногтевые пластинки кистей и стоп без изменений. При люминесцентной диагностике: патологическое свечение отсутствует. Диагноз: «Микоз гладкой кожи туловища (?)», «Псориаз обыкновенный (?)». План обследования: соскоб на патогенные грибы методом микроскопии, бактериологическое исследование, анализ крови на Ig E общий. Результаты обследования: Соскоб на патогенные грибы – положительно, бактериологическое исследование - отрицательно, Ig E общий - 193,7 МЕ/мл. При осмотре через 10 дней отмечается появлений новых элементов на коже волосистой части головы, нижних конечностей, туловища. Патологический кожный процесс представлен полиморфными высыпаниями в виде воспалительных папул, сливающиеся в инфильтрированные бляшки неправильных очертаний ярко-розового цвета размером до 4 см, на поверхности которых визуализируются серебристо-белые чешуйки. По периферии элементов отмечается ободок Пильнова. Псориатическая триада положительная. Ногтевые пластинки кистей и стоп без изменений. Выполнена диагностическая биопсия. Заключение гистологического исследования: в пределах исследованного биоптата морфологическая картина псориаза. Верифицирован диагноз «Псориаз обыкновенный». Учитывая остроту, распространенность кожного процесса, пациентка направлена в дневной стационар ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиала «Кутузовский», где проведена комплексная терапия: десенсибилизирующая, антигистаминные препараты, ангиопротекторы, фосфолипиды, витаминотерапия, наружно топические ГКС. На фоне проведенной терапии отмечается положительная динамика кожного процесса. Клинический эффект проведенного лечения за период пребывания в стационаре достигнут. Индекс PASI при поступлении 22,4, при выписке 15,8.

Вывод: Данный клинический случай показывает, что в практике врача-дерматовенеролога встречаются клинические манифестации псориаза с нетипичными проявлениями.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»», кафедра дерматовенерологии, аллергологии и косметологии медицинского института; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» Москва

Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В.

Актуальность. Локализованная склеродермия (ЛС) — аутоиммунное заболевание соединительной ткани многофакторного генеза, характеризующееся очаговыми воспалительно-склеротическими изменениями кожи и подлежащих тканей без вовлечения в патологический процесс внутренних органов. В настоящее время существуют разные методы терапии ЛС, включая использование местных лекарственных средств, иммунодепрессивных препаратов и физиотерапии. Фотодинамическая терапия (ФДТ) — двухкомпонентный метод лечения, основанный на эффектах взаимодействия фотосенсибилизатора (ФС), накапливающийся в патологической ткани и задерживающийся в ней дольше, чем в нормальных тканях, и света строго определенной длины волны. Мишенями для ФДТ могут быть кератиноциты, меланоциты, коллагеновые волокна, иммунокомпетентные клетки. ФДТ широко используется в терапии различных дерматозов (псориаз, экзема, акне и др) и в других областях медицины. Опыт применения ФДТ при ЛС в настоящее время ограничен. Цель исследования. Провести анализ эффективности фотодинамической терапии в комплексном лечении локализованной склеродермии. Материалы и методы. Под нашим наблюдением в 2023–2024 гг. находились 18 пациентов (6 (33,3%) мужчин и 12 (66,7%) женщин) с диагнозом локализованная склеродермия, получавшие комплексное лечение в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», филиал «Клиника им. В. Г. Короленко». Средний возраст пациентов составил 57.5±10.3 лет. Средняя давность заболевания 3,2 года (минимальная — 1 год, максимальная — 12 лет). Среди сопутствующих заболеваний у пациентов отмечались артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, метаболический синдром и заболевания щитовидной железы. Показанием для назначения ФДТ было резистентное к проводимой терапии течение заболевания. Все пациенты проконсультированы специалистами ревматологом, эндокринологом, офтальмологом, физиотерапевтом. Процедуры выполнялись 1–2 раза в неделю, курс составил 3–5 процедур. Процедура ФДТ проводилась в 3 этапа: аппликация ФС (0,5% Фотодитазин); экспозиция ФС в течение 30 минут; световое облучение очагов светодиодным медицинским аппаратом «ЛАТУС-Т Маска». Длина волны излучения 660±10 нм, световое пятно диаметром 20 см с выходной мощностью светового излучения от 75 до 106 мВт/см и плотностью энергии 100 Дж/см^2. Длительность процедуры — 30 минут. Процедуры проводились с использованием специальных защитных очков. Число процедур варьировало от 3 до 5. Для оценки клинического течения процесса и эффективности лечения применялся модифицированный кожный счет Rodnan (mRSS). Результаты. На фоне проводимой терапии у всех 18 (100,0%) пациентов отмечена положительная динамика. Стабилизация кожного процесса (отсутствие новых высыпаний за период наблюдения) зафиксирована у всех 18 пациентов. У 4 (22.2%) пациентов очаги разрешились с развитием вторичной гиперпигментации. У 14 (77.8%) пациентов в очагах наблюдались уменьшение отека и выраженности периферического венчика, уменьшение размеров очагов, уменьшение уплотнения очагов. До лечения индекс mRSS Me 4,1 [2,9; 5,3] балла. После лечения — Me 2,3 [1,3; 3,1] балла (p= 0,05). Побочных эффектов во время терапии и в период наблюдения пациенты не отмечали. Выводы. Фотодинамическая терапия — эффективный и безопасный метод лечения и может успешно применяться в комплексной терапии локализованной склеродермии. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения предварительных результатов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы Москва

Абраменко А. Ф., Оганесян А. А., Сурхаева З. Л., Острецова М. Н., Рыбкин С. С., Уткин П. С.

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) можно отнести к невенерическим генитальным дерматозам, при которых также может поражаться слизистая оболочка полости рта (СОПР) и кожа. Большинство научных публикаций посвящено КПЛ с поражением кожи и слизистых оболочек полости рта (СОПР) и гениталий у женщин, в то же время обнаруживаются лишь единичные работы по генитальному КПЛ с одновременным поражением СОПР у мужчин. В исследовании Belfiore P. et al., 2006 показано, что из 174 мужчин с КПЛ СОПР поражение гениталий встречалось в 4,6% случаев. Цель работы. Описание клинического случая КПЛ с одновременным вовлечением слизистой оболочки полости рта и половых органов. Материал и методы. При описании клинического случая использованы данные анамнеза, клинического осмотра, результаты лабораторного и дерматоскопического исследования.

Морфологические проявления КПЛ на гениталиях мужчин имеют специфические отличия. Типичные папулы редко встречаются при генитальном КПЛ. Заболевание может проявляться в виде темных красновато-коричневых папул и бляшек без шелушения. Можно наблюдать атрофически-эрозивные поражения на головке полового члена, что сопровождается зудом и жжением и затрудняет половую жизнь пациентов. Чаще всего встречаются поражения кольцевидной формы, папулы по периферии от фиолетового до белого цвета, в то время как центр остается гиперпигментированным. В обособленное подразделение «Северо-Восточная клиника с детским центром» ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» обратился пациент 38 лет с жалобами на высыпания в области головки и крайней плоти ПЧ и на слизистой оболочке полости рта. Считает себя больным с течение 4 месяцев. К дерматовенерологам ранее не обращался. Патологический кожный процесс носит ограниченный воспалительный характер в виде мономорфной сыпи, локализующейся на головке ПЧ и крайней плоти. Высыпания представлены уплощенными полигональными папулами в кольцевидной конфигурации сиренево-бордового цвета с четкими границами, мягкоэластичными при пальпации, диаметром до 4 мм. Свечения в лучах лампы Вуда нет. При осмотре слизистой оболочки рта в ретромолярных областях имеются характерные папулы белесоватого цвета в виде колец и дуг. При дерматоскопии очагов на крайней плоти и головке ПЧ — сетка Уикхема на лилово-розовом бесструктурном фоне. Дермографизм красный, стойкий. Остальные кожные покровы свободны от высыпаний. Ногтевые пластины стоп, кистей розового цвета, без признаков поражения. Периферические л/у не увеличены, безболезненные при пальпации. На момент осмотра чесотка, педикулёз не выявлены. Результаты общеклинических и лабораторных исследований без патологии. Диагноз: L43.8 Другой красный плоский лишай. Лечение: в качестве местной терапии назначена мазь клобетазола пропионата 1 раз/сут на ночь 14 дней; для ускорения регенерации и препятствования развития гиперкератоза — мазь с 0,5% ретинола пальмитатом 2 раза/сут 30 дней. Помимо ИППП дифференциальную диагностику генитального КПЛ проводят с рядом невенерических дерматозов генитальной локализации. Генитальные бородавки иногда можно спутать с папулами КПЛ, но типичная генитальная бородавка имеет цвет от розового до коричневого, может быть сидячей или иметь ножку и обычно протекает бессимптомно. Псориаз ПЧ, проявляется в виде эритематозных чешуйчатых бляшек, но в некоторых случаях шелушения может отсутствовать. Кандидозный баланопостит при локализации на крайней плоти может напоминать КПЛ. Бовеноидный папулез проявляется пигментированными бородавчатыми папулами. Плоскоклеточный рак также может имитировать КПЛ, а также быть его осложнением. Системная красная волчанка проявляется в виде атрофических белых пятен или бляшек с телеангиэктазиями и пурпурой. Рубцующийся пемфигоид и вульгарная пузырчатка могут напоминать эрозивный КПЛ, но обычно они сопровождаются пузырями и эрозиями экстрагенитальной локализации. В отличие от хронического течения КПЛ, фиксированная токсикодермия склонна к рецидивам. Баланит Зуна проявляется влажными, четко очерченными бляшками с гладкой поверхностью, напоминающей кайенский перец. Ранние поражения при многоформной экссудативной эритеме трудно дифференцировать, но предшествующий прием лекарств или инфекция в анамнезе и острое начало позволяют отличить ее от КПЛ. Заключение. Ввиду существования множества других дерматозов генитальной локализации и схожести их клинической картины, важной задачей дерматолога является проведение качественной дифференциальной диагностики КПЛ с другими заболеваниями генитальной области.

РОЛЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗУДОМ БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

г. Минск
Калганова А. Н., Музыченко А. П.

Актуальность. В последние годы роль коморбидности в системе здравоохранения набирает популярность по причине увеличения продолжительности жизни, а также улучшения социально-экономического благополучия населения. Ведение пациентов с коморбидными заболеваниями является сложной междисциплинарной проблемой не только для врача-дерматовенеролога и терапевта, но и для врачей практически всех специальностей. При выявлении коморбидных заболеваний, возрастает количество необходимых лабораторно-инструментальных исследований для выявления этиологии зуда и увеличивается время для компенсации хронических заболеваний, что усложняет ведение данных пациентов. Цель исследования — выявить количество коморбидных заболеваний у пациентов с жалобами на хронический зуд. Материалы и методы исследования. Критерии включения в исследование: пациент в возрасте старше 18 лет на приеме у врача общей практики с жалобами на зуд 6 и более недель. Первичное обследование пациента включало сбор анамнеза жизни и заболеваний, анализ сопутствующей патологии, оценка локального статуса. Критерии исключения из исследования: возраст до 18 лет, отсутствие информированного согласия пациента, наличие на коже первичных морфологических элементов. Обработка данных производилась при помощи spss statistics. Результаты исследования. Был обследован 31 пациент в возрасте от 35 до 82 лет с жалобами на зуд более 6 недель. Самыми распространенными среди пациентов являлись сердечно-сосудистые заболевания, они встречались в 61% случаев, эндокринные заболевания наблюдались у 29% пациентов, заболевания желудочно-кишечного тракта — у 19% пациентов, анемический синдром был выявлен у 7 (23%) пациентов. Патология мочеполовой системы наблюдалась у 11 (36%) пациентов. Сочетания нескольких заболеваний наблюдались у 6 (19%) пациентов. Терапевтической патологии не было выявлено у 6% пациентов. Обсуждение. Хронический зуд по-прежнему остается актуальной и сложной междисциплинарной проблемой. Для успешного диагностического поиска часто задействованы врачи множества специальностей: врач общей практики, дерматовенеролог, эндокринолог, гастроэнтеролог, психотерапевт, онколог и др. Большое количество заболеваний требует длительного обследования и консультаций врачей, что влияет на приверженность пациентов к лечению, а также увеличивает его продолжительность.

ОСНОВНЫЕ ГАПТЕНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ У ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая больница»
Ставрополь
Эбзеева И. И., Шогенова М. С., Будников П. В., Подсвиров В. А., Подсвирова С. С., Уханова О. П.

Введение: Недооценка этиологического фактора развития аллергического контактного дерматита (АКД) препятствует проведению элиминационных мероприятий и правильной тактике лечения данного заболевания топическими глюкокортикостероидами (тГКС). Выявление или не выявление причинно-значимого аллергена (гаптена) является прогностически значимым для пациента, улучшает качество жизни и позволяет рекомендовать профилактические мероприятия в среднесрочной и долгосрочной перспективе. Цели и задачи: Выявить гаптены, вызывающие аллергический контактный дерматит у взрослых пациентов, проживающих в Северо-Кавказском Федеральном Округе (СКФО). Материалы и методы: В исследование было включено 124 пациента. Первую группу составили 97 женщин среднего возраста 39,9±11,4 лет. Вторая группа состояла из 27 мужчин в возрасте 32,8±11,3 лет. Средний период длительности АКД у женщин 14 лет, а у мужчин 12 лет. Диагностика АКД in vivo проводились стандартными методами кожного тестирования в виде патч-тестов — «Chemotechnique diagnostics» (Швеция). Тестирование проводили с учетом показаний и противопоказаний к провокационным тестам после одобрения локального этического комитета при ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница». Для сравнения межгрупповых различий использовали непараметрический критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок — критерий U Манна-Уитни. Результаты и выводы: Высокая сенсибилизация наблюдалась к никеля сульфату, кобальта хлориду, палладию и тиомерсалу. Мужчины больше сенсибилизированы к палладию 40,7%, а никель выходит на второй план, составляя 29,6%. Канифоль и парафенилендиамин у мужчин вызывают АКД в 29,6% и 25,9%, это объясняется частым контактом кожи с профессиональными факторами и повседневной

деятельностью. Неомицина сульфат у мужчин гораздо чаще, чем у женщин вызывает АКД, также как и диазолидинил мочевины, составляя 18,5% каждый. Смесь местных анестетиков, тиурам, метилизотиазолинон и ароматические вещества (FM I) в равных долях вызывают АКД в 7,4% случаев у мужчин. Главными гаптенами, сенсибилизирующими женщин, являются никеля сульфат 49,5% и кобальта хлорид 48,5%. Палладий и метилизотиазолинон вызывает АКД у женщин в 39,2% и 24,7% соответственно. Широкое и частое использование женщинами бижутерии, стиральных порошков и косметических средств объясняет этот спектр сенсибилизации. В результате частого использования темных красок для волос сенсибилизация к парафенилендиамину составила 11,3%. Таким образом основными гаптенами, вызывающими аллергический контактный дерматит у европейской популяции пациентов являются: никеля сульфат, кобальта хлорит, тиомерсал, тиурам, метилизотиазолинон, неомицин, диазолидинил мочевины, палладий и парафенилендиамин. Использование патч-тестов с вышеперечисленными гаптенами позволят точно выявить причину АКД, селективно провести элиминационные мероприятия и патогенетическую терапию топическими ГКС.

ПЕРЕКРЕСТНАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗАМЕДЛЕННОГО (IV) ТИПА МЕЖДУ ГАПТЕНАМИ МЕТАЛЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ КОНТАКТНЫМ ДЕРМАТИТОМ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая больница»
Ставрополь
Эбзеева И. И., Шогенова М. С., Будников П. В., Подсвиров В. А., Подсвирова С. С., Уханова О. П.

Введение: Случаи перекрестной гиперчувствительности между низкомолекулярными аллергенами (гаптенами) у пациентов с аллергическим контактным дерматитом (АКД) редко публикуется в отечественной литературе, однако соавторы считают это важным этиотропным фактором трансформации АКД в более тяжелые формы аллергических заболеваний замедленного (IV) типа, включая профессиональные дерматозы. Цели и задачи: Выявить частоту перекрестной гиперчувствительности замедленного (IV) типа между гаптенами металлов у пациентов с аллергическим контактным дерматитом. Материалы и методы: В исследование было включено 124 пациента. Первую группу составили 97 женщин среднего возраста 39,9±11,4 лет. Вторая группа состояла из 27 мужчин в возрасте 32,8±11,3 лет. Диагностика АКД in vivo проводились стандартными методами кожного тестирования в виде патч-тестов — «Chemotechnique diagnostics» (Швеция). Тестирование проводили с учетом показаний и противопоказаний к провокационным тестам после одобрения локального этического комитета при ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница». Применялся непараметрический корреляционный анализ и рассчитывался коэффициент Tay-b по Кендаллу. Полученные корреляционные матрицы, по существу, являются матрицами мультисенсибилизации. При оценке силы связи коэффициентов корреляции была использована шкала Чеддока. При выявлении перекрестной мультисенсибилизации аллергенами (N=28) и гаптенами (N=40), был выполнен анализ на важность предикторов (входных переменных) с помощью метода «Оценка Random Forest» (метод случайных лесов) в пакете SPSS ver. 25.0.0.2. Результаты и выводы: Положительный тест одновременно к двум и более к гаптенам отмечался и у мужчин, и у женщин. Однако, они несколько отличалась в перечне. У мужчин выявлена сильная корреляционная связь никеля с кобальтом (от 0,9 до 1,0). Положительный патч-тест на палладий выявлен у 40,7% мужчин, но в профессиональной и повседневной деятельности мужчины не отмечали непосредственного контакта с изделиями, содержащими палладий. Таким образом, можно сделать вывод, что перекрестная реакция никеля и кобальта с палладием может быть обусловлена сходством структуры гаптенов (группа металлов), а не истинной сенсибилизацией к палладию при контакте (средняя сила корреляционной связи от 0,5 до 0,7). Положительные кожные патч-тесты к тиомерсалу и палладию мы наблюдаем у женщин в 17,5% и 39,2% соответственно (сильная корреляционная связь от 0,9 до 1,0). Нами выявлена слабая перекрестная связь металлов с парафенилендиамином основным компонентом краски для волос (от 0,3 до 0,5), однако следует изучить перекрестную аллергическую реакцию между этими гаптенами на большей выборке пациентов. В базовую российскую панель перечня гаптенов для патч-тестов необходимо включить все 4 гаптена: никель, кобальт, палладий и тиомерсал с целью выявления их истинной и перекрестной сенсибилизации. Оценка положительных тестов позволит ограничить контакт пациента с причинно-значимыми гаптенами в будущем, как с лечебной, так и с профилактической целью.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: «ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОФИТИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ, ВЫЗВАННОЙ УСТОЙЧИВЫМ К АЛЛИЛАМИНАМ ВИДОМ TRIHOPHYTON INDOTINAE: ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Люблинский», Москва
Москва
Большакова Е. А., Гущин А. Е., Романова И.В, Ильин Л. А.

Введение: Trichophyton indotineae (устаревшее название Trichophyton mentagrophytes генотип VIII) был определен в качестве нового вида дерматофитов в 2020 г. Первоначально выявленный в Индии в настоящее время данный вид распространился во многие другие части Азии, а также в Европу и Северную Америку. T.indotineae вызывает обширные поражения кожных покровов преимущественно в области туловища, верхних и нижних конечностей, паховых складок, ягодиц. Отличительная особенность T. indotineae от других видов трихофитонов — резистентность к тербинафину в результате мутаций в гене скваленэпоксидазы (SQLE). При этом у определенной части штаммов T. indotineae наблюдается снижение чувствительности к препаратам азологого ряда, что создает значительные проблемы в лечении пациентов, инфицированных данным дерматомицетом. Цель. Представить первое в дерматовенерологической практике Российской Федерации описание клинического случая дерматомикоза гладкой кожи, вызванного Trichophyton. indotinae, сопровождающегося отсутствием эффекта стандартных схем антимикотической терапии. Материалы и методы. Объектом исследования явились клинические и лабораторные данные пациента с дерматомикозом гладкой кожи, вызванным T.indotinae, наблюдавшегося в филиале МНПЦДК ДЗМ филиала «Люблинский». Диагностика проводилась с использованием методов КОН-микроскопии, микологического посева, ПЦР в реальном времени и сенгеровского секвенирования фрагментов ДНК. Результаты. На прием обратился Пациент А. 18 лет с жалобами на высыпания на коже живота, паховой области, предплечий, бедер, голеней. Считает себя больным в течение 1,5 лет. Выезд за пределы РФ до возникновения высыпаний отрицает. Длительно наблюдался в различных медицинских центрах. К моменту обращения в МНПЦДК получал амбулаторное лечение: антигистаминные препараты, инъекционные и топические глюкокортикостероиды, системные антибактериальные, противовирусные препараты, дезинтоксикационная терапия, препараты с цинком, двух и трех компонентные комбинированные местные препараты. Противогрибковая терапия была представлена: итраконазол 200 мг в день № 28, тербинафин 250 мг в день 1 месяц, флуконазол 150 мг 1 раз в неделю 1 месяц, крем изоконазол 2 раза в день 14 дней, крем клотримазол 2 раза в день 1 мес. На фоне лечения пациент отмечал временное и незначительное улучшение, полного регресса высыпаний не наступало. Впервые обратился в филиал «Люблинский» в апреле 2024 года. При осмотре патологический процесс распространенного воспалительного характера, локализуется на коже преимущественно паховой области с переходом на кожу бедер, нижней трети живота, а также верхних и нижних конечностей, представлен сливающимися очагами эритемы красного цвета более 10 см, округлых, неправильных очертаний с четкими границами, по периферии валик, возвышающийся над поверхностью, на поверхности мелкопластинчатое шелушение. Проведено микроскопическое исследование: мицелий и споры патогенного гриба не обнаружены; при посеве была получена культура гриба, идентифицированного как T.iterdigitale; при исследовании методом ПЦР с последующим секвенированием фрагмента гена ITS и филогенетического анализа было установлено наличие ДНК T. indotineae. При секвенировании

фрагмента гена SQLE была установлена нуклеотидная мутация, приводящая к замене аминокислоты фенилаланин на лейцин в положении 397 (Phe397Leu), обеспечивающая устойчивость к тербинафину. Учитывая предыдущий неудачный опыт лечения и зарубежные наблюдения по ведению пациентов с мутациями устойчивости T.indotinae, больному была выбрана следующая схема терапии: итраконазол 200 мг 2 раза в день, крем сертоконазол 2 раза в день на фоне контроля биохимического анализа крови. Пациент принимал итраконазол 400 мг в сутки в течение 5 недель. На фоне лечения отмечалась положительная динамика в виде регресса высыпаний до пятен поствоспалительной пигментации. Пациент самостоятельно отменил прием препарата в связи с временным отъездом из РФ. После прекращения системной противогрибковой терапии, больной отметил ухудшение со стороны кожного процесса, возобновление патологических высыпаний. При проведении контрольного ПЦР исследования была повторно обнаружена ДНК T.indotineae, что свидетельствовало о неэффективности и альтернативной схемы лечения. Выводы. Полученный результат свидетельствует о появлении на территории РФ штаммов T.indotineae, устойчивых к аллиламинам и стандартным схемам антимикотической терапии, что требует поиска новых подходов к диагностике и лечению дерматомикозов.

ДЕМОДЕКОЗ. РЕДКИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер»
Тамбов
Шустов Н. В.

Проблема демодекоза стоит последнее время наиболее остро. Клещи-железницы принадлежат к роду Demodex. У человека они обитают в волосяных фолликулах, протоках и секрете сальных желез. В настоящее время описано 143 вида клещей рода Demodex, паразитирующих как среди людей, так и среди млекопитающих. Являясь сапрофитами, имея сродство к сальным железам и протокам мейбомиевых желез, клещи способны заселять также фоллику-лы волос, обнаруживаясь на коже не только лица, но и шеи, груди, спины, промежности и полового члена и даже в отделяемом из соска. Мы можем представить собственное клиническое наблюдение демодекоза нетипичной локализации. П а ц и е н т к а Л. 1994 года рождения. Обратилась с жалобами на болезненные высыпания на коже подмышечных впадин. Страдает больше года, когда во время беременности начали появляться аналогичные высыпания. Неоднократно обращалась к дерматологу и хирургу по месту жительства. Назначались антибиотики per os и наружные средства. Хирургами несколько раз проводилось вскрытие и дренирование данных образований. Диагноз: гнойный гидраденит подмышечных областей. При осмотре: На коже подмышечных впадин папуло-пустулезные элементы, на гиперемированном отечном фоне. Местами сруппированные. Болезненные при надавливании, пальпации и при движениями верхними конечностями. Остальные кожные покровы чистые. Высыпаний на коже лица нет. В ОАК, ОАМ и биохимическом анализе крови изменений нет. Взят соскоб с данных элементов. При микроскопическом исследовании материала был обнаружен Demodex folliculorum. Пациентке был выставлен диагноз: Демодекоз. Назначено специфическое лечение. Состояние пациентки на 3 день лечения значительно улучшилось, пустулезные элементы разрешились, болезненность исчезла. По окончании курса лечения на месте разрешившихся элементов очаги гиперпигментации. В контрольном соскобе и скотч-пробе демодекс не обнаружен. За период наблюдения за пациенткой на протяжении 6 месяцев, новых высыпаний зафиксировано не было. Т. о., при любых проявлениях на коже, врачам любой специальности необходимо направлять пациента на консультацию к врачу-дерматовенерологу. Врачам-дерматовенерологам при наличии папулезных, пустулезных высыпаниях на кожных покровах любой локализации, не поддающихся лечению традиционными методами, часто рецидивирующими, необходимо направлять пациента на соскоб на демодекс.

СОДЕРЖАНИЕ СБОРНИКА ТЕЗИСОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

IGA-ЗАВИСИМЫЙ ЛИНЕАРНЫЙ ДЕРМАТОЗ С ЯЗВЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ
Шалагинова А. В., Гурдуз В. В., Денисова Е. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В., Хамаганова И. В. . . . 1

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИНФЕКЦИЯ COVID-19 НА ПРИМЕРЕ ПСОРИАЗА
Каткова К. В., Денисова Е. В., Маляренко Е. Н., Цой А. В., Жукова О. В., Корсунская И.М . . . 1

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОЙ И ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ
Михеева Э. С., Жукова О. В. . . . 2

ВЛИЯНИЕ ТОПИЧЕСКОГО И ПЕРОРАЛЬНОГО МИЛИАЦИНА НА ЦИКЛ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ У МЫШЕЙ ЛИНИИ C57BL/6 В МОДЕЛИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ
Башмалух Н. В., Николаева Т. В., Полякова В. С. . . . 2

ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
Аляви С. Ф. . . . 3

ВЛИЯНИЕ ШИРОКОПОЛОСНОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА И ИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ЛИФТИНГА НА КОЖУ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ. МЕТОДЫ ЗАЩИТЫ ГЛАЗ ОТ АППАРАТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ
Нагибина Е.В . . . 3

ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В ТЕРАПИИ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА
Дзиццоева А. А., Базаев В. Т. . . . 3

ВРОЖДЁННЫЙ ГИГАНТСКИЙ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ МЕЛАНОЦИТАРНЫЙ НЕВУС У ПАЦИЕНТА 17 ЛЕТ
Симановская Е. Ю., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., Заторская Н. Ф. . . . 4

ДИПЕПТИДИЛ-ПЕПТИДАЗА ТИПА 4 И ПЕРОКСИСОМНЫЙ АППАРАТ КЛЕТОК — ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МИШЕНИ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОДНОВРЕМЕННО НА ПСОРИАЗ, ОЖИРЕНИЕ И ДЕПРЕССИЮ
Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А. . . . 4

ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ МИКРОБИОТЫ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПОДДЕРЖИВАЮТ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА
Сенникова С.В.,Топтыгина А.П. . . . 5

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА.КРИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД
Петрова К. С., Пройдакова Е. В. . . . 5

И СНОВА О ВАСКУЛИТАХ КОЖИ
Радионов В. Г., Шварева Т. И., Провизион Л. Н., Хайминов Е. М. . . . 6

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНОГО МАРКЕРА РИСКА РАЗВИТИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ
Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Коротаева Т. В., Артемьева С. И., Михайлова И. А. . . . 6

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ФДТ) С НАРУЖНЫМ НАНЕСЕНИЕМ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА (ФС) ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА (ГСАЛ) У МУЖЧИНЫ.
Сучканцев Н. А., Королёва И. И., Игнатова Е. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Жукова О. В., Хамаганова И. В. . . . 7

КОЖНЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ВАСКУЛИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ
Ходаковский В. А., Музыченко А. П., Страпко Е. В. 7

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ БУЛЛЁЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ
Гаджимурадова К. М., Гаджимурадов М. Н., Торшина И. Е., Магомедов М. Г. 8

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Карпеко Н. И., Каткова К. В., Денисова Е. В., Маляренко Е. Н., Жукова О. В., Хамаганова И. В. 8

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ
Волкова С. Б., Крамник Д. В. 9

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРЦИНОИДНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА КОЖИ ГОТТРОНА
Собакарь Ю. Ю., Винник Ю. Ю., Чесноков А. Б., Безкорсая Л. Н. 9

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОМАТОИДНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ
Башкирова Л. М., Бакусева З. Я., Белова Д. А., Лаухтина С. А., Негашева Е. С., Заторская Н. Ф. 10

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИНЕАРНОГО ПОРОКЕРАТОЗА МИБЕЛЛИ У 7-ЛЕТНЕГО РЕБЁНКА
Шеров В. В., Рождественская Е. А., Катунина О. Р., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., Заторская Н. Ф. 10

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИНЕЙНОГО IGA-БУЛЛЁЗНОГО ДЕРМАТОЗА
Волкова С. Б., Елина В. С. 11

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК У ЖЕНЩИН
Абдиева Д. Х., Валиева М. С., Дырда Н. И., Устобаева Т. Т. 11

ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЙЕСНЕРА — КАНОФА (ЛИЙК)
Симановская Е. Ю., Гребенюк В. Н., Валитова И. В., ЗаторскаяН. Ф. 12

ЛИНЕЙНЫЙ ПОРОКЕРАТОЗ — КАК ПРОЦЕСС НАРУШЕНИЯ КЕРАТИНИЗАЦИИ
Волкова С. Б., Фролова О. В. 12

МИКРОЯДЕРНЫЙ ТЕСТ БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ
Проценко Т. В., Милус И. Е., Шпатусько М. Н., Мехова Г. А., Мехова Л. Н. 13

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЭРУПТИВНЫЕ СИРИНГОМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА
Жукова О. В., Маляренко Е. Н., Голубева Ю. М., Радионова Е. Е., Катунина О. Р. 13

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ
Чернова Н. И., Проскурина М. И., Исаева В. Л., Овчинникова С. П. 13

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА
Сорокина Е. В., Ахматова Э. А., Мишина Н. В. Сходова С. А. 14

ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТНОГО ПЕРИОДА С ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Винник Ю. Ю., Симакова Н. А., Ямских А. А. 15

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ КОЖИ В ЗОНЕ ТАТУИРОВКИ
Карымов О. Н. 15

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБТ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА
Федотова Д. А., Винник Ю. Ю., Ямских А. А. 16

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ — ФОТОТЕРАПИИ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА
Королёва И. И., Сучканцев Н. А., Игнатова Е. В., Маляренко Е. Н., Денисова Е. В., Жукова О. В., Хамаганова И. В. 16

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ
Цыганкова Е.И., Васенова В.Ю. 17

О РОЛИ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПРИ КОЖНОМ МАСТОЦИТОЗЕ
Касихина Е. И., Острецова М. Н., Жукова О. В. 17

О ТРУДНОСТЯХ В ДИАГНОСТИКЕ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ
Радионов В. Г., Шварева Т. И., Хайминов Е. М. 18

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА КОМБИНАЦИЕЙ АЦИКЛИЧЕСКИХ СИНТЕТИЧЕСКИХ НУКЛЕОЗИДОВ И РЕКОМБИНАНТНОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА 2В
Халдин А. А., Ким Д. Г., Сунятуллина Н. Р. 18

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА
Каткова К. В., Денисова Е. В., Радионова Е. Е., Донченко И. Ю., Маляренко Е. Н., Жукова О. В., Корсунская И. М. 19

ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОРФАННЫМИ И ДРУГИМИ ТЯЖЁЛЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Русина Е. Н., Куратова А. А., Поленова В. С., Белоногова Е. Г., Шевченко В. В., Сабитова А. А., Шатилов А В., Соломина В. Г. 19

ПОВЕРХНОСТНАЯ СИРЕНЕВАЯ ФОРМА СКЛЕРОДЕРМИИ ГУЖЕРО У 7-И ДЕВОЧЕК. ВОПРОС ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.
Пилявская С. О., Валитова И. В., Гребенюк В. Н., Бассе Ф. Б., Рождественская Е. А., Заторская Н. Ф. 20

ПОЛИМОРФИЗМ RS2070744 ГЕНА NOS3 ПРИ ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Проценко Т. В., Кишеня М. С., Логунов П. В. 20

ПОИСК БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕДИКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ
Сорокина Е. В., Головинов А. И., Столпникова В. Н. 20

ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ДИСХРОМИЯ КАК РИСК РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ
Плотова У. А., Валитова И. В., Терещенко Г. П., Заторская Н. Ф., Гребенюк В. Н. 21

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА
Радионов В. Г., Шварева Т. И., Хайминов Е. М. 21

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО
Петров В. А., Жукова О. В., Трошина Е. А., Волнухин В. А., Юкина М. Ю., Нуралиева Н. Ф. 22

РАЗЛИЧИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОМ, У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
Карнаухова М. Т., Корнишева В. Г., Гулордава М. Д. 22

РАСПОЗНАВАНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АТРОФОДЕРМИИ ПАЗИНИ-ПЬЕРИНИ У ПОДРОСТКОВ
Орлова К. А., Валитова И. В., Гребенюк В. Н., Заторская Н. Ф. 22

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСИМЫХ К КОДУ МКБ-10 Q82.8 («ДРУГИЕ УТОЧНЕННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ КОЖИ»), СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ
Заварина И. В., Гребенюк В. Н., Толстогузова Э. В. 23

СИНДРОМ ОЛМСТЕДА У 14-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ
Потекаев Н. Н., Поршина О. В., Заторская Н. Ф., Гребенюк В. Н., Гуменная Э.Р., Орлова К. А., Шеров В. В. 23

СЛИВНОЙ СЕТЧАТЫЙ ПАПИЛЛОМАТОЗ ГУЖЕРО-КАРТО У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Сысоева В. С., Маркова Н. И., Сунятуллина Н. Р. Введение. 24

СЛУЧАЙ БУЛЛЁЗНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ОСЛОЖНЁННОЙ ПАРАФИМОЗОМ
Русина Е. Н., Шатилов А. В. 24

СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ШТУКАТУРНОГО КЕРАТОЗА
Волкова С. Б., Некрасова О. Е. 25

СЛУЧАЙ ПСОРИАТРИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ У 17-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА
Фасахова Р. Р., Плотова У. А., Валитова И. В., Заторская Н. Ф., Гребенюк В. Н., Г. П. Терещенко, Катунина О. Р. 25

СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА КОЖИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Мамедова К. М., Бохонович Д. В., Варзиева А. В. 26

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У ЖЕНЩИН
Абдиева Д. Х., Валиева М. С., Дырда Н. И., Устобаева Т. Т. 26

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОСШИМ НОГТЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА
Бальберт Н. А., Шульгина И. Г. 27

ФЛАШИНГ-РЕАКЦИИ И ДРУГИЕ СИМПТОМЫ ДЕГРАНУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ С КОЖНЫМ МАСТОЦИТОЗОМ
Нада А. Я., Касихина Е. И., Жукова О. В. 27

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА
Карпова О. А. 28

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСИМЕРНОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ЛАМПЫ 308 НМ
Бородулина К. С., Прокопова Е. М., Кашперова О. Г., Сороченко Е. В. 28

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА
Жукова О. В.1·2, Алхаффар С., Толстогузова Э. В. 29

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ IN VITRO
Васенова В.Ю., Цыганкова Е.И. 29

ЭРИТРОПОЭТИЧЕСКАЯ ПРОТОПОРФИРИЯ КАК ПРИЧИНА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДЕПРЕССИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А. 30

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКОГО И СИСТЕМНОГО МЕЛАТОНИНА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, БЕССОННИЦЫ И ДЕПРЕССИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
Быков Ю. В., Быкова А. Ю., Беккер Р. А. 30

ДЕРМАТООНКОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА У 19-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Черкун А. И. 31

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ БОУЭНА
Каирова А. Н., Ефрим О. И., Графкина К. Ю., Глазунова Е. В. 31

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО РЕЦИДИВА МЕЛАНОМЫ
Пашкова Е. С., Глоба Е. И., Бохонович Д. В. 32

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ИНВАЗИВНОЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ПАЦИЕНТА, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО РУБЦОВЫМ ФИМОЗОМ.
Годзенко Т. А.1, Анохина Л. С.1, Маркосян Т. Г. 32

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ
Малышев А. С., Винник Ю. Ю., Малышева В. В., Ковалева Ж. В. 33

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОМ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММЫ ЭВМ ДЛЯ СМАРТФОНА «MELANOMA CHECK»
Ламоткин А. И., Ламоткин И. А., Корабельников Д. И. 33

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ВЛИЯНИЕ ЗНАНИЙ ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ В РАЗРЕЗЕ ГЕНДЕРНЫХ ГРУПП
Соколовская Т. А., Армашевская О. В., Иванова М. А. 35

ИНФЕКЦИЯ CHLAMYDIA TRACHOMATIS В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
Титов И. С., Гущин А. Е., Фриго Н. В., Жукова О. В. 35

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ NEISSERIA GONORRHOEAE В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
Титов И. С., Гущин А. Е., Фриго Н. В., Жукова О. В. 36

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ РЕФЕРЕНС-ЦЕНТР ПО ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА
Кошелев Ю. А., Жукова О. В., Кудрявцева Л. Е., Магарышкина О. В., Маляренко Е. Н. 36

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Архипов И. В. 37

ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ МАНИФЕСТАЦИИ И РЕЦИДИВАХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Халдин А. А., Ким Д. Г., Сунятуллина Н. Р. 37

РАЗРАБОТКА МИКРОПЛАНШЕТНОГО ИММУНОЧИПА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ФОСФАН
Ждановичч А. В., Марданлы С. Г., Фриго Н. В., Дмитриев Г. А., Смердова М. А., Помелова В. Г., Быченкова Т. А., Осин Н. С. 38

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСАМИ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА У ЖЕНЩИН, ПАЦИЕНТОК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Касаткин Е. В., Лялина Л. В., Артамонов К. В. 38

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ТЕСТ-СИСТЕМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММАРНЫХ АНТИТЕЛ К TREPONEMA PALLIDUM У ПАЦИЕНТОВ СКРЫТЫМ ПОЗДНИМ СИФИЛИСОМ
Попов В. Г., Винник Ю. Ю., Симакова Н. А. 39

ТРИХОМОНИАЗ. БАКТЕРИАЛЬНАЯ НАГРУЗКА ВОЗБУДИТЕЛЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ
Негашева Е. С., Фриго Н. В., Добржинская Н. А., Баскакова И. Р., Хачатурян А. Ю., Васильцова М. Ю., Урпин М. В., Заторская Н. Ф., Гущин А. Е. 39

ЭКСТРАПОЛЯЦИОННЫЕ И НЕЙРОСЕТЕВЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Темников Д. В., Нестерова О. А., Темников В. Е. 40

КОСМЕТОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ИММУНООПОСРЕДОВАННЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ
Мамлина Н.К., Шувалова А.Г., Исматуллаева С.С., Терещенко Г.П 41

КОЛЛАБОРАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ. ИНЪЕКЦИОННАЯ КАРБОКСИТЕРАПИЯ В СОЧЕТАННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРОТОКОЛАХ
Раджабова М. М. 41

К ОЦЕНКЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО МИКРОИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ЛИФТИНГА В ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ
Еззет А.Ф., Юцковский А.Д. 42

МЕТОДИКА БЕЗОПЕРАЦИОННОГО ОМОЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СЛАВЯНСКИМ ОТЕЧНО-ДЕФОРМАЦИОННЫМ ТИПОМ СТАРЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПРОГРАММЫ: АВТОРСКОЙ ДРЕНАЖНОЙ ПРОЦЕДУРЫ «СТРОЙНОЕ ЛИЦО» И SMAS-ЛИФТИНГА
Мороз О.Н. 42

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРНОГО ПРОГРЕВА В СОЧЕТАНИИ С RPR В ПРОЦЕДУРАХ ОМОЛОЖЕНИЯ
Нагорная А. Н., Петровская Н.В., Шульгина И.Г. 43

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОИГОЛЬЧАТОГО RF ЛИФТИНГА С ИНЪЕКЦИОННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ РАЗНЫХ ГРУПП
Шаленкова И.В., Карпова Е.И. 43

ТРИХОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БАЗАЛИОМЫ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ
Гаджигороева А. Г., Гафуров Р. А., Козьякова А. С., Бобров М. А. 44

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОФЕНОТИПА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ ПРИ АССОЦИАЦИИ С АТОПИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Терещенко Г. П., Захаренко О. П., Гаджигороева А. Г. 44

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Проценко Т. В., Зубаревская О. А., Провизион Л. Н. 45

РОЛЬ ВИТАМИНА D В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ
Проценко Т. В., Зубаревская О. А., Провизион Л. Н. 45

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АГА: МИНОКСИДИЛ, ФИНАСТЕРИД, ПРОГЕНИРАТОРНЫЕ КЛЕТКИ
Музыченко А. П., Сикирицкая В. В. 45

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ МИНОКСИДИЛ С ПРЕПАРАТАМИ НА ОСНОВЕ ПЕПТИДОВ В ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ И ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИИ
Черненко О.А., Юцковский А.Д. 46

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТИМУЛЯЦИИ РОСТА ВОЛОС КОМПОЗИЦИЕЙ ЭКСТРАКТА ДУДНИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО С КОМПЛЕКСОМ ФУЛЬВИНОВЫХ И ГУМИНОВЫХ КИСЛОТ
Сафонова Л. А., Теряев А. С., Волчек И. А. 46

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ
Фасахова Р. Р., Бишарова А. С. 47

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С УЧЁТОМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА
Аюпова К. Р., Юсупова Л. А. 47

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ТЁМНОЙ КОЖИ
Зельникова Ю. А., Коробова А. А. 48

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА С ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ
Шачнев А. С., Жукова О. В. 48

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАНИФЕСТАЦИИ ПСОРИАЗА, ИМИТИРУЮЩИЙ ДЕРМАТОФИТИЮ, ПОСЛЕ СОЧЕТАННОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
Исраелян А. С.1, Графкина.К. Ю.12 48

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
Або Хадиджех М. Б., Жукова О. В. 49

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН
Абраменко А. Ф., Оганесян А. А., Сурхаева З. Л., Острецова М. Н., Рыбкин С. С., Уткин П. С. 49

РОЛЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗУДОМ БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Калганова А. Н., Музыченко А. П. 50

ОСНОВНЫЕ ГАПТЕНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ У ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ
Эбзеева И. И., Шогенова М. С., Будников П. В., Подсвиров В. А., Подсвирова С. С., Уханова О. П. 50

ПЕРЕКРЕСТНАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗАМЕДЛЕННОГО (IV) ТИПА МЕЖДУ ГАПТЕНАМИ МЕТАЛЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ КОНТАКТНЫМ ДЕРМАТИТОМ
Эбзеева И. И., Шогенова М. С., Будников П. В., Подсвиров В. А., Подсвирова С. С., Уханова О. П. 51

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: «ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОФИТИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ, ВЫЗВАННОЙ УСТОЙЧИВЫМ К АЛЛИЛАМИНАМ ВИДОМ TRIHOPHYTON INDOTINAE: ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ»
Большакова Е. А., Гущин А. Е., Романова И.В, Ильин Л. А. 51

ДЕМОДЕКОЗ. РЕДКИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.
Шустов Н. В. 52



www.nadc.ru