

Санкт-Петербургское научное общество
дерматовенерологов им. В.М. Тарновского
(отделение Российского общества
дерматовенерологов и косметологов)

Санкт-Петербургская общественная
организация «Человек и его здоровье»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

XVIII

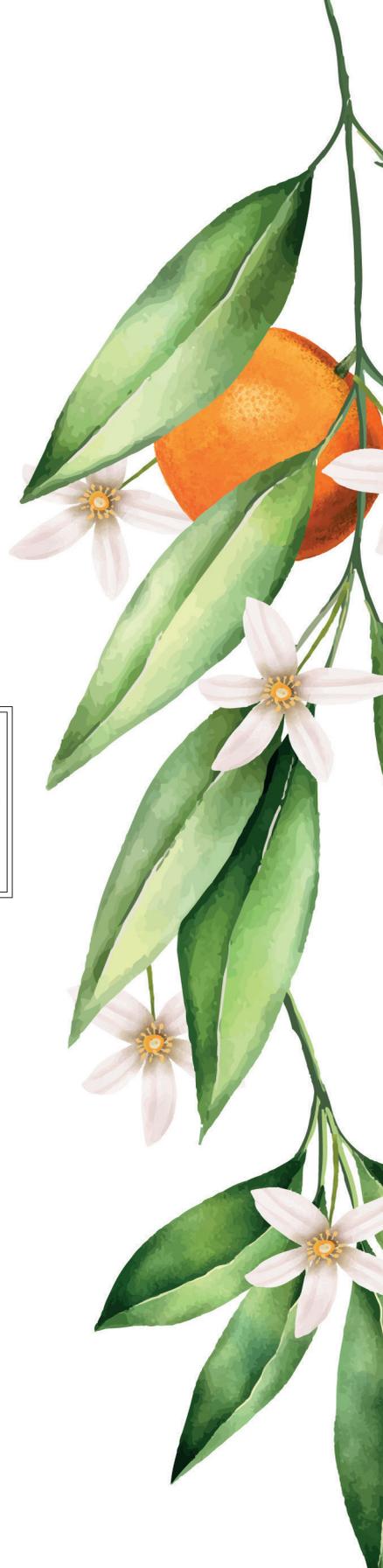
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ

24-25 октября 2024

Отель «Airportcity Plaza»
Санкт-Петербург, Стартовая ул., 6А
dermatology.congress-ph.online

Санкт-Петербург
2024



Научное издание

XVIII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ

Материалы: / Под редакцией проф. Самцова А.В., проф. Соколовского Е.В.
СПб.: 2024. – 144 с.

Рецензент: проф. Аравийская Е.Р.

Материалы публикуются в авторской редакции

Технические редакторы:
Трофимова А.И., Крылова Я.В.
Дизайн, верстка:
Куделина Т.П.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Габасова М.К.**

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

Материалами для анализа являлись данные статистической отчетности за 2023 год, полученные при анализе обращаемости населения в медицинские организации дерматовенерологического профиля.

В Республике Казахстан в 2023 году согласно официальным отчетным данным общее число впервые выявленных случаев грибковых заболеваний (трихофития, микроспория) составило 7535 (интенсивный показатель заболеваемости – 37,6 на 100 тыс. населения) случаев против 6927 (36,2 на 100 тыс. населения) случаев – в 2022 году. По сравнению с предыдущим годом отмечено увеличение на 8,1%, в частности, интенсивный показатель заболеваемости трихофитией остался на том же уровне, что и в предыдущем году – по 15,9 на 100 тыс. населения, отмечен рост заболеваемости микроспорией – от 22,3 на 100 тыс. населения в 2023 году до 20,4 – в 2022, в 1,1 раза.

По уровню показателей заболеваемости трихофитией первое место занимает г. Шымкент (67,5 на 100 тыс. населения), второе место – Туркестанская область (47,0) и третье место – Жамбылская область (26,1).

Наиболее низкий показатель заболеваемости отмечен в Западно-Казахстанской области, интенсивный показатель – 0,1 на 100 тыс. населения.

По уровню показателей заболеваемости микроспорией на первом месте Жетысуская область (93,9 на 100 тыс. населения), на втором месте – Атырауская область (64,4), на третьем – Северо-Казахстанская область (44,4).

Наиболее низкий показатель заболеваемости микроспорией отмечен в г. Астане – 3,2 на 100 тыс. населения.

В 2023 году выявлено 5071 случаев микозов стоп – на 18,8% меньше, чем в 2022 году (6245 случаев). Среднереспубликанский показатель уровня заболеваемости в 2023 году составил – 25,7 на 100 тыс. населения против 32,7 – в 2022 году (снижение в 1,2 раза в 2023 году).

Наиболее неблагоприятная ситуация по заболеваемости микозами стоп зарегистрирована в Костанайской области (82,6 на 100 тыс. населения), Абайской области (71,0), Северо-Казахстанской области (57,7).

Самый низкий показатель уровня заболеваемости микозами стоп отмечен в Туркестанской области (2,3 на 100 тыс. населения).



Таким образом, за исследуемый период в Республике Казахстан наблюдается снижение показателей заболеваемости микозами стоп на фоне роста микроспории. Важным аспектом остается необходимость своевременного выявления новых случаев заболевания и принятия управленческих решений по проведению профилактических мероприятий в эпидочаге.

* * *

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИТИЛИГО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022-2023 ГОДЫ

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А.,
Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.**

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

В Республике Казахстан по данным годовой статистической отчетности в период 2022-2023 гг., полученном при анализе обращаемости населения в медицинские организации дерматовенерологического профиля количество впервые выявленных случаев витилиго составило 1843 случая в 2023 году против 1567 случаев – в 2022 году (увеличение на 14,9%), интенсивные показатели заболеваемости – 9,3 на 100 тыс. населения и 8,2, соответственно. Отмечен рост заболеваемости в 1,1 раза по сравнению с предыдущим годом. Если изучить динамику за 10-летний период (2014-2023 гг.), то можно наблюдать неравномерную картину, чередующуюся то снижением, то ростом заболеваемости. В целом, за данный отрезок времени наблюдалось 2 волны снижения (2015-2016 гг. и 2019-2020 гг.) с подъемом в 2017-2018 гг. и с 2021-2023 гг. – вновь рост заболеваемости.

В возрастном аспекте доля лиц от 0 до 17 лет среди общего числа выявленных случаев в 2023 году составила – 42,4%, доля взрослых от 18 лет и > – 57,6%.

Заболеваемость витилиго чаще регистрировалась среди подростков 15-17 лет, интенсивный показатель заболеваемости составил 20,2 на 100 тыс. населения подростков – 182 случая; среди детей 0-14 лет – 10,3 на 100 тыс. населения детского возраста – 599 случаев; среди взрослого населения (18 лет и >) – 8,2 на 100 тыс. взрослого населения – 1062 случая.

В группе детей 0-14 лет случаи витилиго почти в одинаковых количествах регистрировались как среди мальчиков, так и девочек – 300 и 299 случаев, соответственно; среди подростков 15-17 лет почти в 3 раза чаще болели юноши (133 случая), чем девушки (49); в группе взрослых 18 лет и > чаще лица мужского пола – 539 против 523.

В зависимости от местности проживания – доля городских жителей от общего числа выявленных случаев составила 65,6%, сельских – 34,4%.

Наиболее высокий показатель заболеваемости витилиго по регионам показан в Атырауской области, интенсивный показатель – 33,6 на 100 тыс. населения, что в 3,6 раза превышает среднереспубликанский показатель; на втором месте г. Шымкент, показатель в 2,6 раза выше среднереспубликанского – 24,3; на втором месте – Туркестанская область (16,9).

Таким образом, в последние годы в Республике Казахстан наблюдается рост заболеваемости витилиго, в 2023 году по сравнению с 2022 годом – в 1,1 раза. Среди общего числа выявленных случаев 42,4% приходилось на лиц возрастной категории 0-17 лет.

* * *

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022-2023 ГОДАХ

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Кабазиева Г.Ш., Габасова М.К.**

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

В Республике Казахстан по данным статистической отчетности общее число впервые выявленных случаев ИППП (включая уrogenитальный кандидоз и гарднереллез) в 2023 году составило 28231 (142,8 на 100 тыс. населения) против 40939 (214,1 на 100 тыс. общего населения) случаев в 2022 году. В динамике отмечено снижение заболеваемости на 31,0%.

В структуре заболеваемости ИППП первое место занимает уrogenитальная уреамикоплазменная инфекция, интенсивный показатель – 51,3 на 100 тыс. населения (10133 случая); на втором месте – уrogenитальный трихомониаз – 16,3 (3225 случаев); на третьем месте – уrogenитальный хламидиоз – 13,4 (2650 случаев); сифилис – 9,3 (1840 случаев) и гонококковая инфекция – 6,8 (1337 случаев).

Отмечено снижение всех ИППП в 2023 году по сравнению с 2022 годом: сифилиса – от 10,7 на 100 тыс. населения в 2022 году до 9,3 – в 2023 (в 1,1 раза); гонококковой инфекции – от 7,5 в 2022 году до 6,8 – в 2023 (в 1,1 раза); уrogenитального хламидиоза – от 16,5 в 2022 году до 13,4 – в 2023 (в 1,2 раза); уrogenитального трихомониаза – от 21,9 в 2022 году до 16,3 – в 2023 (в 1,3 раза). Почти на одинаковом уровне заболеваемость уреамикоплазменной инфекции в сравниваемых годах (51,3 – в 2023 и 51,4 – в 2022 году).

В 2023 году наблюдается снижение вирусных инфекций по сравнению с 2022 годом: генитального герпеса – от 1,6 в 2022 году до 0,9 – в 2023; ВПЧ – от 5,8 в 2022 году до 4,0 – в 2023).

В 2,6 раза произошло снижение заболеваемости уrogenитальным кандидозом (49,5 в 2022 году и 18,4 – в 2023 году) и в 1,3 раза гарднереллезом (49,2 в 2022 году и 36,8 – в 2023 году) в 2023 году по сравнению с 2022 годом.

Необходимо отметить, что особую озабоченность вызывает регистрация ИППП среди детей и подростков: в 2023 году количество выявленных случаев среди лиц возрастной группы 0-17 лет составило 153 случая, интенсивный показатель 2,2 на 100 тыс. населения данного возраста против 197 случаев – в 2022 году (2,9). В структуре ИППП преобладала уреамикоплазменная инфекция – 55 случаев (72 – в 2022 году), в 37 случаях зарегистрирован сифилис (43 случая – в 2022 году), в 25 случаях – гонококковая инфекция (24 случая – в 2022), по 18 случаев – хламидийная и трихомонадная инфекции (20 и 38 случаев, соответственно, в 2022 году).

Таким образом, несмотря на общую тенденцию снижения заболеваемости ИППП среди общего населения РК в 2023 году, настораживает регистрация случаев ИППП среди детского и подросткового возраста.

* * *

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022-2023 ГГ.

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш., Габасова М.К.**

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

В последние годы в Республике Казахстан наблюдается стабильная тенденция снижения заболеваемости сифилисом.

В 2023 году в Республике по результатам годовой статистической отчетности отмечено снижение заболеваемости с 10,7 на 100 тыс. населения в 2022 году до 9,3 (2055 случаев в 2022 против 1840 – в 2023).

Гендерное распределение показало преобладание мужчин – 52,8% против 47,2% среди женщин в 2023 году; в 2022 – также большинство среди больных сифилисом составили мужчины (51,3%) против 48,7% среди женщин.

Распределение по местности проживания показало значительный перевес среди больных сифилисом городского (74,7%) населения в 2023 году против 25,3% – сельского; аналогично в 2022 году - 71,8% и 28,2%, соответственно.

Актуальную проблему для детского здравоохранения представляют случаи раннего врожденного сифилиса.

В 2023 году зарегистрировано 11 (мальчиков – 4, девочек – 7) случаев врожденного сифилиса, на 3 случая больше, чем в 2022 году.

Сифилитическая инфекция выявлена у 227 (59,4 на 100 тыс. беременных) беременных, аналогичный показатель в 2022 году составил 299 случаев (снижение на 24,0% в 2023 году).

Анализ динамики заболеваемости разными его клиническими формами за указанный период времени показал увеличение в 2023 году ранних манифестных форм сифилиса: первичного от 4,9% в 2022 году до 5,9% – в 2023; вторичного – от 16,8% в 2022 году до 17,6% - в 2023.

В структуре сифилитической инфекции наибольший удельный вес приходился на скрытый сифилис – в 2023 году отмечено также снижение скрытого сифилиса по сравнению с 2022 годом (75,2% – в 2023 году против 77,3% – в 2022).

Распределение по возрастному-половому признаку показало самую высокую заболеваемость сифилисом среди лиц возрастной группы 18-44 лет, как среди мужчин, так и женщин, самой многочисленной, численность которой превышает все другие возрастные группы вместе взятые.

Среди лиц молодого возраста (14-28 лет) было зарегистрировано 589 случаев сифилиса в 2023 году, чаще у лиц женского пола, чем у мужского – 308 случаев против 281. Среди подростков 15-17 лет – 14 случаев, чаще болели также лица женского пола, чем мужского – 8 против 6.

Из числа обследованных в 2023 году дерматовенерологами было выявлено 426 больных сифилисом против 522 в 2022 году; акушер-гинекологами – 250 против 316 – в 2022 году; урологами – 37 против 51 – в 2022 году. В стационарах терапевтического и неврологического профиля в 2023 году было выявлено 79 случаев сифилиса против 97 – в 2022 году.

Из числа доноров на станциях переливания крови выявлено – 53 и 88 случаев, соответственно; при периодических профилактических осмотрах – 181 и 215, соответственно; другими специалистами – 335 и 272 случая, соответственно.

Таким образом, на фоне общего снижения заболеваемости сифилисом в Республике в 2023 году эпидситуация остается напряженной из-за негативной тенденции к росту доли скрытых форм.

* * *

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Габасова М.К.**

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

По данным анализа годовой статистической отчетности в 2023 году заболеваемость гонококковой инфекцией в Республике Казахстан показала снижение интенсивного показателя в 1,1 раза по сравнению с 2022 годом – от 7,5 на 100 тыс. населения до 6,8 – в 2023.

При распределении по возрастно-половому аспекту показана самая высокая заболеваемость в группе 18-44 лет, являющейся самой многочисленной, заболеваемость в которой составила – 16,6 на 100 тыс. соответствующего населения, у лиц самой старшей возрастной группы 45 лет и > – 1,8 на 100 тыс. населения данного возраста. Мужской пол по заболеваемости гонореей занимал лидирующее положение за этот период времени в указанных возрастных группах (18-44 и 45 лет и >). Данная тенденция характерна для населения большинства стран мира.

У подростков 15-17 лет – 1,9 на 100 тыс. подросткового населения, также чаще болели лица мужского пола, чем женского; в группе детей 0-14 лет – 0,1 на 100 тыс. детского населения, у девочек чаще выявлялась гонококковая инфекция, чем у мальчиков.

На 18 случаев меньше гонококковой инфекции выявлено среди возрастной группы 14-28 лет в 2023 году по сравнению с 2022 годом.

Хронические формы гонококковой инфекции, соответственно, отмечены в большинстве своем у лиц возрастной группы 18-44 лет – в 22,7% от всех зарегистрированных случаев в этой группе; в 21,5% – в группе 45 лет и >; у подростков 15-17 лет – в 15,8% случаев; в группе 0-14 лет – 16,7%.

В 2023 году среди беременных отмечено снижение заболеваемости гонококковой инфекцией по сравнению с предыдущим годом – 22,0 на 100 тыс. беременных в 2023 году против 29,2 – в 2022 году (84 и 119 случаев, соответственно).

В зависимости от местности проживания городские жители, больные гонококковой инфекцией составили 90,2%, 9,8% – сельские.

В 2023 году дерматовенерологами было выявлено 259 больных гонореей против 255 – в 2022 году; акушер-гинекологами 169 против 173 – в 2022 году; урологами – одинаковое число больных, как в предыдущем году (по 19), в стационарах (терапевтический и неврологический профиль) – 2 случая против 0 – в 2022 году; также, как и в предыдущем году ни одного случая не выявлено при обследовании доноров на станции переливания крови.

При периодических и прочих профилактических осмотрах выявлено 35 больных против 48 – в 2022 году; другими специалистами – 44 против 47 – в 2022 году.

Исходя из вышеизложенного следует, что несмотря на тенденцию снижения общей заболеваемости ИППП в РК, в том числе и гонококковой, все еще остается актуальной проблемой регистрация заболеваемости среди детского и подросткового возраста, что очевидно, требует необходимости разработки программы по вопросам эпидемиологического мониторинга среди данной группы населения.

* * *

СТРУКТУРА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В.**

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

По данным годовой статистической отчетности в Республике Казахстан общее число больных хроническими рецидивирующими дерматозами (псориаз, ихтиоз, красный плоский лишай – КПЛ, пузырчатка, витилиго, атопический дерматит) в 2023 году составило 20518 (103,8 на 100 тыс. населения) случаев против 18824 (98,4) – в 2022 году. Абсолютное число впервые выявленных случаев указанных дерматозов в 2023 году больше, чем в 2022 на 1694 случая или на 8,3%.

В динамике отмечается рост заболеваемости в 2023 году псориаза – от 32,6 на 100 тыс. населения в 2022 году до 35,0 – в 2023 году, КПЛ – от 1,7 в 2022 году до 2,1 – в 2023 году, витилиго – от 8,2 в 2022 году до 9,3 – в 2023 году, атопического дерматита – от 51,6 в 2022 году до 53,5 – в 2023 году.

Снижение заболеваемости ихтиозом – от 3,4 на 100 тыс. населения в 2022 году до 3,2 – в 2023 и пузырчатки – с 1,0 в 2022 году до 0,7 – в 2023.

Самая высокая заболеваемость среди хронических дерматозов приходится на атопический дерматит (51,5% от всего количества дерматозов) и псориаз (33,8%), которые имеют ежегодную тенденцию к увеличению.

Среди больных атопическим дерматитом преобладала группа детей в возрасте 0-14 лет – 55,1%, затем в порядке убывания лица возрастной группы 18-44 лет – 25,5%, 45 лет и >12,3% и подростки 15-17 лет – 7,1%.

Чаще атопическим дерматитом болели жители городской местности – 7153 случая, сельские – в 3416 случаях.

Среди больных псориазом – на первом месте лица возрастной группы 18-44 лет – 47,5%, на втором старшая возрастная группа 45 лет и > – 29,4%, затем группа детей 0-14 лет – 15,5% и подростки 15-17 лет – 7,6%.

В зависимости от местности проживания – чаще болели городские жители – в 4973 случаях, сельские – в 1952 случаях.

Анализ заболеваемости хроническими дерматозами в 2023 году показал тенденцию роста всех дерматозов, за исключением ихтиоза и пузырчатки.

* * *

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ

Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Таубаева А.А., Кабазиева Г.Ш., Габасова М.К.

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

В 2023 году в Республике Казахстан на фоне уменьшения случаев регистрации всех основных ИППП (сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз) наблюдается рост уреамикоплазменной инфекции по сравнению с предыдущим годом – 10133 случая в 2023 году против 9825 – в 2022.

Эти данные согласуются с мировыми данными и литературными сообщениями об увеличении встречаемости в последние десятилетия в структуре урогенитальных инфекций наряду с возбудителями «классических» инфекций заболеваний, вызванных резидентной микрофлорой. По данным различных авторов поражения органов мочеполовой системы микоплазменной этиологии составляют приблизительно 40% всех воспалительных заболеваний мочеполовых органов.

Самый высокий показатель заболеваемости, интенсивный показатель которого в 3,8 раза превышал среднереспубликанский отмечен в г. Шымкенте (198,9 на 100 тыс. населения), самый низкий – в Западно-Казахстанской и Павлодарской областях – по 0,7.

Больше всего случаев микоплазменной инфекции зарегистрировано в группе 18-44 лет – 9190 случаев, самой многочисленной возрастной группе; 23 случая выявлено в группе детей 0-14 лет; у подростков 15-17 лет – 32 случая; самой старшей возрастной группе 45 лет и > - 888 случаев. Доля молодых людей в возрасте 14-28 лет составила 43,1%.

Гендерное соотношение показало однонаправленный перевес в сторону женского пола – во всех возрастных группах доля уреамикоплазменной инфекции больше у лиц женского пола: в группе 0-14 лет в 87,0% случаев – у девочек против 13,0 – у мальчиков; у подростков 15-17 лет – в 84,4% – у девушек против 15,6% случаев – у мальчиков; в группе 18-44 лет – в 80,3% случаев у лиц женского пола против 19,7% – у мужского; 45 лет и > – в 75,9% – у женского против 24,1 – у мужского. В группе молодых людей 14-28 лет – в 82,1% случаев – у женского пола, против 17,9% – у мужского.

Среди городских жителей в 2023 году больше, чем в 3 раза зарегистрирована уреамикоплазменная инфекция, чем у жителей села – 7788 случаев против 2345, как среди городского, так и сельского населения чаще болели лица женского пола, чем мужского – 6053 и 1735 против 2045 и 300, соответственно.

Среди беременных уреамикоплазменная инфекция по РК выявлена в 3269 случаях, больше всего в городах-мегаполисах Шымкенте (843), Астане (521) и Алматы (512).

В 2023 году дерматовенерологами выявлено 2640 случаев уреамикоплазменной инфекции против 1811 – в 2022 году; акушер-гинекологами – 3251 против 3769 – в 2022 году; урологами – 36 случаев против 60 – в 2022 году. В стационарах терапевтического и неврологического профиля в 2023 году было выявлено 4 случая против 8 – в 2022 году. При периодических профилактических осмотрах – 74 против 27 в 2022 году; другими специалистами – 125 против 195 – в 2022 году.

* * *

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш., Габасова М.К.**

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

На сегодняшний день уrogenитальный хламидиоз является самой распространенной нозологической единицей среди ИППП в Республике Казахстан. Частота его встречаемости в структуре ИППП в 2023 году составила 13,1%.

Материалами для изучения явились данные официальной статистики и отчетности Республики Казахстан за 2023 год, полученные при анализе обращаемости населения в медицинские организации дерматовенерологического профиля.

В общей структуре заболеваемости ИППП уrogenитальный хламидиоз занимает 3 место – в 2023 году зарегистрировано 2650 новых случаев, показатель на 100 тыс. населения – 13,4, в сравнении с 2022 годом – зарегистрировано 3148 случаев (16,5 на 100 тыс. населения).

Согласно официальным данным РК в 2023 году по уровню показателей заболеваемости первое место занимает г. Астана (40,2 на 100 тыс. населения), второе место – Абайская область (27,0 на 100 тыс. населения) и третье место – Восточно-Казахстанская область (23,3 на 100 тыс. населения).

В сравнении с предыдущим отчетным периодом (2022 г.) отмечается снижение заболеваемости уrogenитальным хламидиозом в целом по Республике на 15,8%. Рост случаев зарегистрирован в Туркестанской области (35,6%), Северо-Казахстанской области (34,2%), в Акмолинской области (10,1%). Снижение случаев отмечено в Павлодарской области на 88,9%, Западно-Казахстанской на 66,7%, Кызылординской области на 66,7%, Восточно-Казахстанской области на 54,5%, Жамбылской области на 37,7%, Карагандинской области на 33,8%.

Хламидийная инфекция чаще регистрировалась среди городского населения, чем среди сельского – 2314 случаев против 336, чаще болели женщины, как среди городского, так и сельского населений (1634 и 274 против 680 и 62 – мужчин).

Из числа беременных было выявлено 833 случая уrogenитального хламидиоза в 2023 году против 925 – в 2022 (интенсивный показатель заболеваемости 218 на 100 тыс. беременных и 227,1, соответственно).

Доля больных хламидиозом среди лиц молодого возраста 14-28 лет составила 50,3% от общего числа выявленных случаев в 2023 году, в 18 случаях против 19 – в 2022 году – у подростков 15-17 лет. Женский пол по заболеваемости уrogenитальным хламидиозом занимал лидирующее положение за этот период времени во всех возрастных группах – 15-17, 18-44 и 45 лет и > (в 2,5 раза больше, чем у мужчин).



Анализируя эти данные нельзя не учитывать тот факт, что заболеваемость урогенитальным хламидиозом среди населения Республики Казахстан достаточно высокая, частота распространенности среди лиц молодого репродуктивного возраста, трудность диагностики – все эти аспекты создают проблему для практического здравоохранения.

* * *

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Габасова М.К.**

Казахский научный центр дерматологии
и инфекционных заболеваний,
г. Алматы, Казахстан

Одной из самых высококонтагиозных клинических форм папилломавирусной инфекции являются аногенитальные венерические бородавки (АВБ). В связи с высокой распространенностью, их значительного экономического и психосоциального бремени, отсутствия плановой вакцинации против папилломавирусной инфекции проведение мониторинга эпидемиологической ситуации за аногенитальными бородавками представляется актуальным.

На основании данных, представленных в формах годовой статистической отчетности, полученных при анализе обращаемости населения в медицинские организации дерматовенерологического профиля проведен анализ заболеваемости АВБ в Республике Казахстан в 2023 году.

Общее число выявленных случаев АВБ по РК в 2023 году – 791, по сравнению с 2022 годом на 28,9% меньше – 1112 случаев в 2022, интенсивный показатель заболеваемости 4,0 на 100 тыс. населения против 5,8, соответственно.

В разрезе регионов РК максимальный уровень заболеваемости зарегистрирован в Актыбинской области (интенсивный показатель 34,2 на 100 тыс. населения). Выше среднереспубликанских показателей заболеваемость в Абайской области (15,6), г. Кызылординской области (8,2), Западно-Казахстанской области (4,8).

Минимальный уровень заболеваемости отмечен в Туркестанской области (0,8 на 100 тыс. населения).

Низкая выявляемость заболеваемости АВБ в большинстве регионов РК не соответствует мировым стандартам. Тенденция к ежегодному снижению заболеваемости, может быть обусловлена проведением профилактической работы по безопасному сексуальному поведению среди населения. В пользу данного предположения выступает снижение практически всеми нозологическими формами ИППП в РК в 2023 году. Другой версией снижения заболеваемости АВБ может служить неполная регистрация новых случаев заболевания.

* * *

ВОЗМОЖНОСТИ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Артамонова О.Г., Карамова А.Э.
ФГБУ ГНЦДК Минздрава России,
Москва

Актуальность. Грибовидный микоз — наиболее распространенная форма кожной Т-клеточной лимфомы. Дифференциальная диагностика этого заболевания, особенно на ранних стадиях, остается актуальной проблемой в дерматологии. По данным литературы средний срок установления диагноза с момента дебюта заболевания составляет около 5 лет. Дерматоскопия — неинвазивный и простой метод, давно применяющийся в диагностике новообразований кожи. В настоящее время активно изучаются возможности дерматоскопии в дифференциальной диагностике хронических дерматозов, в том числе грибовидного микоза.

Цель исследования. Описать дерматоскопическую картину грибовидного микоза на ранних (IA, IB, IIA) стадиях и сравнить ее с дерматоскопическими особенностями, наблюдаемыми при псориазе обыкновенном.

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное исследование. Включено 7 больных грибовидным микозом IIA стадии, из них 2 мужчин и 5 женщин, и 10 больных псориазом обыкновенным, из них 5 мужчин и 5 женщин. У всех больных диагноз был подтвержден гистологически, а при грибовидном микозе и иммуногистохимически. Дерматоскопия проводилась с помощью поляризованного ручного дерматоскопа (HEINE DELTA 20). Оценивались особенности дерматоскопической картины морфологических элементов: цвет, тип и расположение сосудов, распределение чешуек, цвет элементов и другие.

Результаты и обсуждение. Характерная дерматоскопическая картина, состоящая из: геометрических белых чешуек (клинически - шелушние по типу папиросной бумаги), мелких коротких линейных сосудов и сосудистых структур, напоминающих сперматозоиды, обнаружена у всех 7 (100%) больных грибовидным микозом ($p < 0,05$). Оранжево-желтоватые пятна были обнаружены у 2 (28%) больных грибовидным микозом. Дерматоскопическая картина у всех 10 больных псориазом обыкновенным была представлена пунктирными сосудами.

Выводы. На ранних стадиях грибовидного микоза наблюдается специфическая дерматоскопическая картина, которая отличается от псориаза и может быть полезна в клинической диагностике.

* * *

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ

Афонин О.А.¹, Аликбаев Т.З.^{1,2,3}, Разнатовский К.И.²,
Резцова П.А.², Кубрин С.В.^{3,4}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,

³Городская больница №28 «Максимилиановская»,

⁴СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №27»,

Санкт-Петербург

Актуальность. Экзема – хроническое воспалительное заболевание кожи нейроаллергического генеза, возникающее вследствие поливалентной сенсибилизации организма и проявляющееся истинным и ложным (эволюционным) полиморфизмом. Распространенность экземы по данным литературы составляет от 1% до 2%, при этом удельный вес до 30-40% среди всей кожной патологии. Наличие хронических неизлечимых заболеваний требует, наряду с медицинскими мероприятиями, облегчающими их симптомы, мер социально-психологического характера, направленных на улучшение качества жизни (КЖ) пациентов. В литературе разнятся данные о зависимости объема поражения кожного покрова от состояния оценки качества жизни пациентов с экземой, тем не менее большинство исследователей сходятся во мнении о снижении показателя качества жизни у пациентов с данным хроническим дерматозом.

Цель исследования. Оценить влияние распространенности поражения кожных покровов на показатели качества жизни у пациентов с экземой.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 64 пациента с диагнозом Бляшечная экзема (L30,0), установленным на основании анализа жалоб, данных анамнеза, оценке клинической картины заболевания, в соответствии с клиническими рекомендациями. Средний возраст пациентов составил 48 [18; 88] лет из них 32-а мужчины и 32-е женщины. С целью оценки влияния экземы на социальное и психологическое благополучие, повседневную активность пациента, использовался опросник DLQI (Dermatology Life Quality Index), состоящий из 10 вопросов. Площадь поражения кожи при экземе оценивалась по индексу BSA (Body Surface Area).

Результаты и обсуждения. Установлено высокое влияние хронического дерматоза на качество жизни пациентов по результатам оценки DLQI, среднее значение 9 [4; 21], причем у 30 пациентов дерматоз оказывал чрезвычайно сильное влияние на качество жизни, в среднем значения индекса DLQI у данной когорты соответствовали 11 [10; 21] баллам. Наибольшее среднее значение баллов выявлено в разделе «Симптомы и ощущения» – 2 [0; 3] балла. Данный показатель подчеркивает наличие «смущения и стыда» за состояние кожи и

ощущения, возникающие у пациента (зуд, жжение, болезненность). Несколько меньше страдали разделы «Повседневная активность»: покупки, работа дома или на даче, выбор одежды и «Отдых»: возможность активно отдыхать и заниматься спортом – 1 [0; 3] балл.

Для оценки объема пораженной кожи применен индекс BSA, среднее значение составило 2 [1; 12] процента. У пациентов высыпания преимущественно локализовались в области верхних и нижних конечностей. Поражение верхних конечностей у большинства пациентов (63%) представлено высыпаниями в области кистей, на открытых участках кожи, что, возможно, объясняет количество баллов в разделе «симптомы и ощущения» у наблюдаемых пациентов. При расчете ранговой корреляции Спирмена определена прямая зависимость значений индекса DLQI и BSA ($p < 0,05$), причем в группе пациентов 18-59 лет ($n=49$) значение показателя был выше, чем в группе пациентов старшего возраста, что выявляет большую зависимость поражения кожи на качество жизни среди наиболее трудоспособного населения.

Выводы. 1. Хронические заболевания кожи, в частности экзема, оказывают значительное влияние на качество жизни пациентов. 2. Наибольшее влияние поражения кожи на качество жизни у пациентов с экземой отмечено среди наиболее трудоспособного населения в возрастной группе 18-59 лет.

* * *

СИСТЕМНЫЕ РЕТИНОИДЫ В ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

Бажанова А.А., Амрина Л.К.

Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан

Розацеа является одной из самых частых причин обращения к дерматологам, а тяжелые формы, в свою очередь, представляют серьезную клиническую проблему.

Актуальность. Розацеа чаще встречается у светлокожих женщин в возрасте 30-50 лет, имеющих определенную генетическую предрасположенность к транзиторному покраснению кожи лица, реже – шеи и зоны декольте. Высокая распространенность заболевания, хроническое рецидивирующее течение, выраженные психоэмоциональные расстройства, резкое снижение качества жизни пациентов ставят задачу дальнейшего изучения патофизиологических особенностей розацеа и совершенствования терапии.

Одна из основных проблем, с которыми сталкиваются дерматологи при лечении пациентов с розацеа, заключена в том, что даже адекватное применение лекарственных препаратов не всегда обеспечивает желаемый эффект, тогда как нерациональная и недостаточная терапия и вовсе приводит к хронизации заболевания и психосоциальной дезадаптации пациентов.

Одним из методов преодоления такой терапевтической резистентности является использование малых доз изотретиноина.

Цель клинического исследования. Оценка эффективности изотретиноина в малых дозах (0,2 мг/кг в сутки) в лечении папуло-пустулезной стадии розацеа.

Материал и методы исследования. По данным некоторых авторов (Самцов А.В., Горбунов Ю. Г. «Изотретиноин в лечении розацеа», Вестник дерматологии и венерологии 2012), под наблюдением находился 21 пациент в возрасте от 32 до 52 лет, имеющих папуло-пустулезный подтип розацеа. Длительность заболевания у всех больных составила от 1,2 года до 7 лет. В исследование были включены только пациенты с розацеа, у которых назначение традиционной терапии по поводу данного заболевания оказалось неэффективным.

Всем пациентам в качестве монотерапии был назначен препарат изотретиноин однократно в сутки после еды в малых дозах: 0,2 мг/кг в сутки. Длительность терапии определялась степенью выраженности клинического эффекта и составила от 5 до 7 мес.

Результаты исследования. Клиническая оценка эффективности лечения розацеа изотретиноином выявила достоверную положительную динамику различной степени выраженности клинических симптомов у всех пациентов.



Заключение. Анализ полученных данных свидетельствует о высокой эффективности изотретиноина в лечении тяжелых форм розацеа. Невысокие дозы препарата сводят к минимуму побочные эффекты, которые могут возникать на фоне приема препарата, что обеспечивает высокую безопасность его применения.

* * *

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ПРИЧИНА ТЯЖЕЛЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКА

Беккер Р.А.¹, Быков Ю.В.², Быкова А.Ю.²

¹Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве,
г. Беэр-Шева, Израиль,

²ФГБОУ ВО СТГМУ Минздрава России,
г. Ставрополь

Актуальность. Дерматомиозит (ДМ) – это мультисистемное аутоиммунное ревматологическое заболевание, которое ранее считали относительно редким (1-3 на 100 000 населения, в зависимости от страны). Как сегодня известно – на самом деле ДМ встречается значительно чаще (до 22 на 100 000 населения). Плюс к тому, многие случаи ДМ длительное время не распознаются, либо диагностируются неверно. Поэтому истинная распространенность ДМ может быть еще выше.

ДМ имеет несколько форм – в том числе генетически обусловленную, паранеопластическую (связанную с наличием какой-либо опухоли, иммунная реакция на которую и запускает аутоиммунный процесс), постинфекционную / поствакцинальную и идиопатическую (триггер которой неизвестен). Ювенильный ДМ (ЮДМ) – относится к идиопатическим формам.

Как и любое аутоиммунное заболевание, ЮДМ имеет тенденцию к коморбидности с другими аутоиммунными заболеваниями – например, ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), аутоиммунными энцефалитами и т.п.

Иногда другой (коморбидный) аутоиммунный процесс манифестирует раньше, чем ЮДМ. Это может порождать дополнительные диагностические сложности.

Цель исследования. Представить описание клинического случая подростка с ЮДМ, АИТ и аутоиммунным лимбическим энцефалитом, у которого болезнь началась с нейropsychиатрических проявлений, а типичные кожно-мышечные симптомы появились позже и некоторое время интерпретировались неверно.

Материал и методы. Наблюдался 17-летний подросток, первоначально поступивший в психиатрический стационар с острым депрессивно-параноидным психозом. Был расценен как страдающий острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении (подозрение на манифест шизофрении).

Спустя 3 недели от момента начала лечения в стационаре, у юноши появились характерные «гелиотропные» высыпания на лице и веках, яркость которых усиливалась после небольшой инсоляции (прогулки в больничном дворе). Это было расценено как фотосенсибилизация, вызванная антипсихотиками, и привело к замене галоперидола и хлорпротиксена на оланзапин. Однако сыпь не исчезла, появились аналогичного цвета высыпания на локтях, коленях, кистях пальцев рук.

Присоединение слабости и болезненности в проксимальных мышцах рук и ног (бедро, предплечья), затруднение глотания, повышение температуры тела до 38,3°C – заставило коллег срочно взять у юноши общий клинический и биохимический анализ крови. При этом было обнаружено повышение в крови мышечных ферментов (КФК и ЛДГ), печеночных трансаминаз, С-реактивного белка.

С подозрением на злокачественный нейрорептический синдром (ЗНС) – юноша был экстренно переведен в реанимационное отделение.

Результаты и обсуждение. В реанимации один из коллег, обратив внимание на высыпания в области колен, локтей и костяшек пальцев – заинтересовался их происхождением, поскольку они не были похожи на лекарственно-индуцированную сыпь. Сравнив эти высыпания с фотографиями нескольких разных типов кожных высыпаний при дерматологических заболеваниях – он предположил, что речь может идти о ЮДМ.

Вызванные для консультации дерматолог и ревматолог – подтвердили предположение. Последующая диагностическая работа показала наличие специфических для ДМ аутоантител (анти-синтеазных антител) в плазме крови, а также повышенный титр антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО), наличие серографических признаков АИТ.

Далее было выдвинуто предположение, что нейропсихиатрическая симптоматика у этого подростка также может иметь аутоиммунную природу. В крови его были найдены анти-NMDAR антитела в высоком титре (1: 64, при норме до 1:20).

Короткий курс плазмафереза (5 сеансов с интервалами 3 дня), пульс-терапия метилпреднизолоном (1000 мг x 3 дня) и циклофосфамидом (1000 мг однократно) – привели к быстрому исчезновению кожных высыпаний и мышечной слабости, нормализации температуры тела, уровней мышечных и печеночных ферментов в крови, купированию психоза.

Юноша был выписан под наблюдение ревматолога, дерматолога и эндокринолога. В настоящее время получает метотрексат 15 мг/нед, L-тироксин 100 мкг утром, фолацин 5 мг ежедневно. Психиатрических симптомов не испытывает.

Выводы. ЮДМ может быть коморбидным с аутоиммунными энцефалитами. Наиболее часто при этом обнаруживаются анти-NMDAR антитела, но могут быть найдены и другие типы антимозговых антител. Нейропсихиатрическая симптоматика может манифестировать раньше, чем типичные симптомы со стороны кожи и мышц. При дифференциальной диагностике может помочь знание характерного вида и локализации сыпи при ДМ, а также наличие в крови специфических для ДМ антител.

* * *

БОЛЕЗНЬ ХЕЙЛИ-ХЕЙЛИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВУЛЬВЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Белашов Е.А.¹, Парыгина О.В.²

¹ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России,

²ООО «Лахта Клиника»,

Санкт-Петербург

Актуальность. Болезнь Гужеро-Хейли-Хейли (БГХХ) – редкое кожное заболевание, характеризующееся аутосомно-доминантным типом наследования и волнообразным течением. Клинически БГХХ характеризуется везикулярными поражениями, корковыми эрозиями и мацерацией на шее, в подмышках и паху [Ben Lagha I, Ashack K, Khachemoune A., 2020]. В литературе описаны единичные случаи поражения вульвы БГХХ [Cockayne S.E. et al., 2000]. Однако, по данным некоторых авторов примерно у 54% женщин с данной патологией наблюдается поражение паховых складок и промежности [Burge S.M., 1992].

Цель исследования. Описать клинический случай БГХХ и провести обзор литературы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в Санкт-Петербургском ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» находилась женщина 57 лет. Для поиска литературных источников были использована база данных PubMed.

Результаты обсуждения. Пациентка Г., 57 лет обратилась в июне 2020 года с жалобами на высыпания на туловище и в подмышечных складках, которые беспокоили более 3-х лет. Ранее получала лечение топическими глюкокортикостероидами и наружными антибиотиками с кратковременным улучшением. При сборе анамнеза было выявлено, что у ее родного дяди были подобного рода высыпания.

При осмотре процесс на коже носил распространенный характер, затрагивал кожу спины, подмышечных складок и аногенитальную область. Высыпания в аногенитальной области были выявлены только при осмотре, женщина не предъявляла никаких жалоб. На коже спины и в подмышечных складках высыпания были представлены эритематозными бляшками с четкими границами от 1 до 5 см с эрозированной поверхностью. В области вульвы, паховых складках и на внутренних поверхностях бедер визуализировались множественные крупные бляшки серого цвета с эрозированной поверхностью, трещинами и множественными корками.

Для уточнения диагноза были проведены дерматоскопия, по результатам которой были выявлены такие признаки, как чередование бесструктурных зон белого цвета, напоминающих гребни волн, и розового цвета борозд, и гистологическое исследование, по результатам которого были выявлены характерные для БГХХ признаки: паракератоз, дискератотические акантолитические клетки, надбазальные щели, частичное отделение клеток от соседних (картина «разрушенной кирпичной стены»).

Пациентке было предложено лечение, включающее наружное применение мази с клобетазола пропионатом 0.05%, системно доксициклин в дозе 100 мг два раза в сутки в течение 14 дней. Через 2 недели пациентке был рекомендован прием метилпреднизолона в суточной дозе 32 мг в течение месяца. Для профилактики вторичной грибковой инфекции на фоне лечения наружными и системными глюкокортикостероидами был инициирован прием флуконазола в дозе 150 мг в неделю. Через месяц после проводимого лечения наблюдалось улучшение процесса: эрозивные дефекты частично эпителизовались, трещины разрешились. Пациентке было рекомендовано продолжить прием системных глюкокортикостероидов и наружно начать применение барьерных эмоленгов. Однако, от предложенного лечения пациентка отказалась.

Выводы. Таким образом, мы представляем клинический случай БГХХ с вовлечением аногенитальной области. БГХХ сложна в диагностике, так как клиническая картина часто неспецифична, а также пациентки с высыпаниями на вульве могут обращаться к различным специалистам. Данное заболевание сложно поддается лечению, а также отсутствуют российские клинические рекомендации и международные рекомендации.

* * *

НЕВУС САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ – ПОЧЕМУ ОН ТРУДЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

Белова Е.А., Орлов Д.Ю.

Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Невус сальных желез – эпидермальный невус, обусловленный пролиферацией и мальформацией в первую очередь сальных желез, а также других компонентов кожи (эпителиальных клеток, волосяных фолликулов, соединительной ткани, апокринных желез). Впервые в 1895 году патологию описал ведущий дерматовенеролог Европы Йозеф Ядассон. Является результатом дифференцировки полипотентных клеток в сторону зрелых сальных и апокринных структур. Именно полипотентной природой этих клеток объясняют развитие на его фоне других опухолей придатков кожи. Считается, что среди большинства опухолей и пороков развития эпидермиса и придатков кожи невус сальных желез (НСЖ) занимает третье место после папилломатозных пороков развития и трихоэпителиомы. По данным литературы частота перерождения невуса в злокачественные опухоли составляет 1,6-3,2%.

Материалы и методы. За четыре года на кафедре дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова и кафедре дерматовенерологии СПбМСИ обратились за медицинской помощью 98 пациентов с диагнозом невус сальных желез. Из них 53 человека уже обращались по поводу образований на коже в другие профильные клиники, при этом диагноз поставлен не был или устанавливались следующие диагнозы: вульгарные бородавки, папилломы, родимые пятна. 45 пациентов обратились на кафедру первично. Всем пациентам была проведена дерматоскопия (признаков атипичности не выявлено), части пациентов было сделано гистологическое исследование кожи, подтвердившее диагноз (обнаружены акантоз, папилломатоз, гиперплазия сальных желез, недоразвитие волосяных фолликулов, значительное развитие апокринных желез); злокачественного перерождения выявлено не было. В большинстве случаев клиническая картина была типичной: на коже волосистой части головы или лица выявлялись солитарные мягкие, эластичные, блестящие бляшки овальной или линейной формы диаметром от 0,8 до 6 см. В ряде случаев процесс был представлен мелкими полушаровидными узелками розовато-желтого, оранжевого или песочного цвета с желобчатой или несколько папилломатозной поверхностью, лишенной волос. Иногда на поверхности имелись гиперкератотические массы. Большая часть пациентов (76 человек) обратились за помощью с целью избавления от косметического дефекта. 37 пациентов заметили, что очаги на коже увеличились в размерах и приобрели неровную поверхность, в связи с чем и было проявлено беспокойство. В этой группе 25 человек отметили, что подобные изменения появились после чрезмерной инсоляции, 8 человек сообщили, что изменения

появились после травматизации очагов при пользовании расческой и 1 пациент указал на занятость на профессионально-вредном производстве. 84 пациентам проведено удаление образований на коже.

Результаты. Невус сальных желез является часто встречающейся формой порока развития эпидермиса и придатков кожи. Отсутствие выявления случаев злокачественного перерождения НСЖ совпадает с данными литературы. Однако чрезмерная инсоляция, механические травмы, контакт с различными веществами на производстве могут спровоцировать выраженные морфологические изменения очагов, в связи с чем рекомендовано удаление НСЖ особенно, если он находится на открытых участках кожи или местах ее травмирования.

Вывод. Наблюдается высокая частота ошибок диагностики невуса сальных желез, в связи с чем необходимо улучшить информированность врачей амбулаторного звена (дерматологов, дерматокосметологов) о данной нозологической форме. Несмотря на редкую малигнизацию, ранняя диагностика и своевременное лечение является успешной основой профилактики онкологических заболеваний.

* * *

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ВЕК У ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ ПАТЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА И МЕТА-АНАЛИЗА

Борзова Е.Ю.¹, Братковская А.В.², Снарская Е.С.²

¹Высшая школа медицинских и стоматологических наук
Университета Ниигата,
г. Ниигата, Япония,

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва

Актуальность. Дерматит век (ДВ) затрагивает косметически значимую область и оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациентов. Несмотря на продолжающиеся исследования, ДВ остается междисциплинарной проблемой, требующей дальнейшей характеристики.

Цель исследования. Проведение клинического профилирования пациентов с ДВ, с особым акцентом на атопический ДВ (АДВ).

Материалы и методы. Был проведен поиск в базе данных PubMed с 01.01.1980 года, с момента публикации диагностических критериев Ханифина и Райки 1980 года, до 16.02.2024 года в соответствии с критериями PRISMA, используя следующую поисковую стратегию: (eyelid OR periorbital OR periocular) AND (dermatitis or eczema). Были включены только взрослые пациенты с ДВ, которым проводили патч-тестирования. Критерии исключения включали: 1. обзоры/рекомендации; 2. тезисы, постеры/устные презентации на конференциях; 3. исследования, не у людей; 4. диагнозы, отличные от ДВ; 5. побочные эффекты от лекарственных средств с поражением кожи век; 6. неклассифицированный ДВ и 7. дупилумаб-ассоциированные заболевания глазной поверхности у пациентов с атопическим дерматитом. Пропорциональный мета-анализ был выполнен с использованием программного обеспечения JBI SUMARI.

Результаты и обсуждения. Мы включили 63 исследования из Европы, Северной Америки, Азии и Австралии, с общим числом в 21889 пациентов с ДВ, прошедших патч-тестирование. Женщины составили 82,8% [95% CI: 79,9; 85,5] из 21172 пациентов с ДВ, у которых были данные о гендерном распределении. Пациенты в возрасте 40 лет и старше составили 64,7% [95% CI: 57; 72,1] от числа пациентов с ДВ, у которых были данные о возрасте. АДВ был зарегистрирован у 25,6% (95% CI: 0,166, 0,357) пациентов с ДВ, прошедших патч-тестирование. Изолированный АДВ был отмечен у 26,9% (95% CI: 0,117, 0,449) из 998 пациентов с АДВ, у которых были данные о локализации поражений.

Выводы. Наш мета-анализ показал, что частота АДВ у пациентов с ДВ, прошедших патч-тестирование, превысила предыдущие оценки в 10%. Изолированный АДВ был отмечен у взрослых пациентов, посещающих клиники, изучающие контактную сенсibilизацию. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения глобальной распространенности и естественного течения изолированного АДВ у взрослых.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Борзова К.В., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю.,
Петунова Я.Г., Тухтарова М.В., Николенко Е.О.
СПбГБУЗ ГОРКВД,
Санкт-Петербург

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, поражающее ногтевые пластинки и волосистую часть головы, типичными элементами которого являются папулы. Этиология заболевания неизвестна. КПЛ рассматривается как аутоиммунное заболевание, при котором экспрессия неидентифицированного до настоящего времени антигена кератиноцитами базального слоя приводит к активации и миграции в кожу Т-лимфоцитов с формированием иммунного ответа и воспалительной реакции. Согласно данным литературы, наиболее часто КПЛ встречается у людей в возрасте от 30 до 60 лет, однако в последние годы заболевание чаще встречается у молодых людей. Вне зависимости от клинического варианта заболевания: фолликулярный, типичный, поражение слизистой оболочки гениталий, полости рта, гипертрофический, заболевание ассоциировано со значительными нарушениями физического и психологического состояния пациента. Течение данного кожного процесса становится с каждым годом тяжелее по степени своего проявления. Заболевание обычно хорошо поддается системной терапии, но встречаются ситуации, когда КПЛ приобретает хронический рецидивирующий характер с длительными периодами активного проявления при полном соблюдении всех рекомендаций лечащего врача.

Цель исследования. Провести анализ современного течения КПЛ, частоты встречаемости разных форм КПЛ, особенностей диагностики и эффективности системной терапии при различных формах заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ 168 медицинских карт пациентов, получавших лечение с диагнозом красный плоский лишай на отделениях СПб ГБУЗ «ГорКВД» за 2021-2023 гг., статистическая обработка полученных данных.

Результаты и обсуждения. Из 168 проанализированных случаев: 76 пациентов (45,2%) мужского пола, 92 (54,8%) женского пола. Обращает на себя внимание разный возрастной диапазон: от 19 лет до 78 лет. Из общего числа пациентов с распространенной типичной формой составило 148 пациентов (88%), с гипертрофической формой – 12 (7,1%), с фолликулярной формой – 6 (3,6%), изолированно на наружных половых органах – 2 человека (1,2%). С целью подтверждения клинического диагноза проведено гистологическое исследование 8 пациентам (4,8%), 160 пациентам (95,2%) диагноз был выставлен на основании клинических данных.

Среди проанализированных случаев 92 пациента (54,8%) достигли ремиссии на наружных препаратах (топические глюкокортикостероиды) в сочетании с фототерапией, только на системной терапии гидроксихлорохином –

53 (31,5%), на системной терапии глюкокортикостероидами, с последующим переходом на гидроксихлорохин – 23 пациента (13,7%).

Клинический случай. Пациент М. 20 лет, поступил в плановом порядке с диагнозом КПЛ с жалобами на распространенные высыпания на коже верхних и нижних конечностей, туловища, сопровождающиеся сильно выраженным зудом, чувством сухости, стянутости в очагах поражения. Из анамнеза заболевания известно, что высыпания появились в течение 3-х месяцев, связывал появление процесса с перенесенным сильным психоэмоциональным стрессом. Процесс активно распространился по всему кожному покрову. При обращении к дерматологу в КВД по месту жительства назначенная наружная терапия оказалась неэффективной. Пациент был направлен на госпитализацию в ГорКВД. Из анамнеза жизни известно, что лекарств не принимает, сопутствующие хронические заболевания: гастрит вне обострения. Аллергоанамнез спокойный. Наследственность не отягощена. При осмотре кожный процесс носил островоспалительный, распространенный, симметричный характер, представлен на коже туловища, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей в виде множественных папулезных элементов ярко-красного, застойно бордового цвета, размером до 1-3 мм в диаметре, имеющих полигональные очертания, пупкообразное центральное западение, без тенденции к периферическому росту. На очагах поражения визуализировалась сетка Уикхема. На поверхности папул мелкие прозрачные чешуйки. Изоморфная реакция Кебнера резко положительная. Ногтевые пластинки не поражены. По результатам лабораторных анализов: клинический и биохимический анализы крови без отклонений от нормы, кровь на гепатит В, С, сифилис, ВИЧ – отрицательная. Пациенту был назначен курс преднизолона внутрь 30 мг, с постепенным снижением по схеме, курс фототерапии. Динамика отмечалась положительная, но свежие единичные элементы продолжали появляться, поэтому был добавлен гидроксихлорохин в таблетках. После выписки из стационара с улучшением терапия продолжена.

Выводы. Среди проанализированных случаев в последние годы в ГорКВД отмечается увеличение пациентов с КПЛ более молодого возраста. На примере клинического случая показано течение тяжелого распространенного активного процесса у молодого человека призывного возраста, что может привести к ограничению годности к службе в армии. В некоторых случаях для уточнения диагноза требуется проведение гистологического исследования. Ввиду тяжести кожного процесса и разнообразия форм красного плоского лишая важен адекватный подбор терапии для достижения более стойкой ремиссии. Необходимо проведение диспансерного наблюдения за пациентами с КПЛ для профилактики возникновения активизации процесса.

* * *

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ПЕМФИГУС И АУТОИММУННЫЙ ЛИМБИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ КАК ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Быков Ю.В.¹, Беккер Р.А.², Быкова А.Ю.¹

¹ФГБОУ ВО СТГМУ Минздрава России,

г. Ставрополь,

²Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве,

г. Беэр-Шева, Израиль

Актуальность. Паранеопластический пемфигус – относительно редкое аутоиммунное дерматологическое заболевание. Оно связано с образованием аутоантител к антигенным эпитопам соединительнотканых белков кожи, на почве их перекрестного реагирования с опухолевыми антигенами. В большинстве случаев паранеопластический пемфигус развивается в ответ на лимфому или лимфогранулематоз. Однако возможно его развитие и при других злокачественных новообразованиях (ЗНО).

Паранеопластический пемфигус, в отличие от вульгарного – может иметь гораздо более разнообразные и «неклассические» кожные проявления. Они могут внешне напоминать не только «классический» вульгарный пемфигус, но и, например, пемфигоид, или мультиформную эритему, или красный плоский лишай, или синдром Лайелла, синдром Стивенса-Джонсона, или кожные проявления реакции «трансплантат против хозяина».

Хотя паранеопластический пемфигус сам по себе является сравнительно редким заболеванием – он, в то же время, является одним из самых распространенных среди кожных паранеопластических синдромов. Иногда он бывает первым проявлением еще не обнаруженного ЗНО. То же самое бывает справедливо и для аутоиммунного лимбического энцефалита.

Цель исследования. Представить описание женщины среднего возраста, у которой начальными проявлениями паранеопластического процесса выступили психиатрические симптомы, а кожные и неврологические — присоединились позднее и в течение некоторого времени интерпретировались неверно.

Материал и методы. Наблюдалась 46-летняя женщина. В течение приблизительно трех месяцев перед госпитализацией в психиатрический стационар, со слов родственников — подостро развивались тревожность, нарушения сна, повышенная нервозность, пугливость в виде усиленного стартлинг-рефлекса (вздрагивания и вскрики при внезапном обращении к ней и т.п.). Затем присоединилась депрессивно-параноидная симптоматика, с которой она и поступила в больницу.

Женщина была расценена как шизоаффективная больная, получила назначения эсциталопрама, оланзапина и карбамазепина. Лечение не давало какого-либо заметного эффекта.

Спустя месяц с момента поступления в стационар у пациентки появились болезненные blisterоподобные высыпания на нижних конечностях. Они были расценены как токсическая (Лайелл-подобная) реакция на карбамазепин. Это привело к его отмене и к назначению антигистаминных препаратов.

Однако blisterы на коже продолжили появляться и распространяться в последующие дни. Повысилась температура тела. В связи с этим пациентка была экстренно переведена в психосоматическое отделение, имеющее опыт лечения синдрома Лайелла, вызванного противозипептическими препаратами (карбамазепином, ламотриджином).

Результаты и обсуждение. В психосоматическом отделении женщину первоначально тоже расценили как страдающую лекарственно-индуцированным синдромом Лайелла. Она получила соответствующее лечение – дексаметазон внутривенно, иммуноглобулин внутривенно, антибиотики, местно – мазь, содержащую глюкокортикоид, антибиотик и противогрибковое средство. Это дало определенное улучшение с точки зрения состояния кожи.

Однако затем у пациентки появилась грубая неврологическая симптоматика – атаксия, диплопия, протозек, миоклонии. Это заставило врачей внимательнее присмотреться к пациентке. На повторной магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга – была обнаружена частичная атрофия мозжечка, которой не было на скрининговой МРТ, сделанной вскоре после поступления в психиатрический стационар.

Было высказано предположение о некоем аутоиммунном процессе с поражением кожи и ЦНС. На панели антимозговых антител были обнаружены анти-Ma2 и анти-NMDAR антитела, а при поиске антител на распространенные системные аутоиммунные заболевания – антитела к десмоглеину 3. Был установлен диагноз паранеопластического пемфигуса в сочетании с аутоиммунным энцефалитом.

Поиск причинной опухоли с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) с 18-фтордезоксиглюкозой (18-ФДГ) – показал наличие небольшого ЗНО в левой молочной железе, с метастазами в регионарные лимфатические узлы.

В специализированном учреждении женщина была стадирована, прошла хирургическое и лучевое лечение, 6 курсов полихимиотерапии, получила назначение поддерживающей гормонотерапии. В ходе онкологического лечения редуцировались и кожные, и неврологические, и нейропсихиатрические проявления паранеопластического синдрома.

Выводы. При поиске причин резистентности к психотропным средствам (которая имела место и в данном случае) – нужно думать, в том числе, и о возможности паранеопластического энцефалита. А при оценке кожных высыпаний следует помнить о том, что паранеопластический пемфигус может проявляться атипично – и может напоминать, в том числе, синдром Лайелла.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ

Гоева О.Н., Петрова К.С., Гурули Г.Г.

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский
государственный университет им. Н.И. Лобачевского»,
Институт клинической медицины,
г. Нижний Новгород

Актуальность. Туберкулез кожи представляет собой одно из проявлений туберкулезной инфекции, которая по сей день, остается актуальной проблемой не только в дерматологии и фтизиатрии, но и терапии, хирургии и онкологии.

Описание клинического случая данной нозологии, представляет огромный практический интерес т.к. диагностика туберкулеза кожи, вызывает значительные трудности.

Есть основания полагать, что регистрируются не все случаи туберкулезной инфекции кожи. Так как, имея разнообразные клинические проявления, она зачастую может приниматься за неспецифические воспалительные заболевания. Таким образом, нередко постановка диагноза может занять многие годы.

Цель исследования. Представить вниманию клинический случай актуальной и редко своевременно диагностируемой кожной инфекции, поделится опытом наблюдения современной клинической картины, течения и диагностики.

Вызвать настороженность со стороны специалистов в отношении данной патологии.

Материалы и методы. Диагностика туберкулезной инфекции кожи проводилась на основании результатов УЗИ мягких тканей, метода дерматоскопии и диаскопии, а также гистологического исследования биоптата кожи.

Результаты и обсуждения. Клинический случай. Мужчина 28 лет, считает себя больным около года, когда впервые появился один воспалительный очаг в области лба, обратился к дерматологу по м/ж, где был поставлен диагноз: пиодермии и назначено соответствующие лечение (системные и местные антибактериальные препараты), курс которого он прошел без положительной динамики. Далее стали появляться новые очаги в области лба, обратился к терапевту, был установлен предполагаемый диагноз гидраденит или атеромы. Пациент был направлен на УЗИ мягких тканей и консультацию к хирургу, которым на основании УЗИ был установлен диагноз: множественные эпителиальные кисты в области лба, и рекомендована консультация онколога и диагностическая биопсия, с целью исключения злокачественного характера содержимого элементов.

С учетом морфологической картины биоптата кожи (гранулематозное воспаление), предварительный предполагаемый диагноз: Туберкулез кожи. Для дальнейшего обследования и лечения направлен на консультацию к фтизиатру.

Рекомендуемое обследование. КТ органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, почек, ОАК, ОАМ, биохимическое исследование: ЩФ, АлАт, АсАт, кальций, общий белок, белковые фракции (гамма-глобулины), креатинин.

Так же с целью исключения вторичного иммунодефицита пациенту рекомендовано обследование на ВИЧ, RW, HBsAg, HCV.

Вывод. Представленный клинический случай подтверждает тот факт, что дифференциальный диагноз туберкулезной инфекции кожи, является затруднительным, требующим рационального подхода, и зачастую консультации смежных специалистов, и проведения дополнительных методов диагностики.

* * *

НЕТАКИМАБ И ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА

Дзиццоева А.А., Базасев В.Т.
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России,
г. Владикавказ

Цель. Изучить влияние комплексной терапии нетакимаба с применением внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на динамику клинической картины больных бляшечным псориазом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести.

Задачи. В процессе выполнения поставленной цели было необходимо решить следующие задачи:

- Оценить эффективность применения ВЛОК в комплексном лечении больных бляшечным псориазом;
- Определить частоту осложнений и побочных эффектов при использовании ВЛОК у пациентов с бляшечным псориазом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 46 больных в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст – $42,31 \pm 2,34$ лет) с бляшечным псориазом среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести, которые получали лечение в стационаре РКВД. Мужчин – 30 человек (65,2%), женщин – 16 (34,8%). Давность заболевания составила от 8 месяцев до 30 лет. Кожные проявления соответствовали средней ($n=34$) и тяжелой ($n=12$) степени тяжести.

Первая группа пациентов ($n=24$) получала нетакимаб в дозе 120 мг в виде двух подкожных инъекций по 1 мл препарата с концентрацией 60 мг/мл. На первой и второй неделях инъекцию вводили 1 раз в неделю, а затем 1 раз в месяц на протяжении 16 недель. Вторая группа ($n=22$) вместе с нетакимабом получала 4 курса внутривенной лазеротерапии с помощью аппарата «Матрикс-ВЛОК» (Россия), курс состоял из 10 сеансов. Топическая терапия была представлена наружными глюкокортикостероидами. Все пациенты перед лечением прошли необходимое обследование, согласно клиническим рекомендациям.

Результаты и обсуждения. Согласно данным проведенного исследования среднее значение индекса PASI в исследуемых группах соответствовало средней и тяжелой степени тяжести бляшечного псориаза. Все пациенты были консультированы ревматологом. До лечения: в первой группе индекс PASI составлял $26,64 \pm 13,28$, во второй – $28,12 \pm 13,21$. Пациенты с псориатической артропатией в обеих группах имели высокую степень активности заболевания ($DAS28 > 5,1$). Противопоказаний для проведения системной терапии выявлено не было. Результаты лечения через 16 недель: в первой группе индекс PASI 75-85%, $DAS28$ 3,2 (низкая степень активности), во второй – PASI 85-95%,

DAS28,5 (ремиссия). Начало улучшения патологического кожного процесса у больных первой группы наступило на $16,23 \pm 1,15$ день от начала терапии, второй – на $11,12 \pm 1,56$ день, что достоверно раньше на 38,42% ($p < 0,001$).

Проведенная терапия не вызвала ни у одного пациента осложнений и побочных явлений.

Выводы. Выявлена достоверная клиническая эффективность и безопасность комплексной терапии бляшечного псориаза среднетяжелой и тяжелой степени тяжести с применением ВЛОК, что характеризуется PASI 85-95%, DAS28 2,5 (ремиссия), более ранним началом регресса кожных высыпаний, большим количеством пациентов, выписанных с состоянием клинического выздоровления и значительного улучшения.

* * *

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Ефанова Е.Н.¹, Тихомирова А.Н.^{1,2}

¹БУ ВО ХМАО-Югры

«Сургутский государственный университет»,

г. Сургут,

²БУ ХМАО-Югры

«Нижневартовский кожно-венерологический диспансер»,

г. Нижневартовск

Цель. Распространенность психо-эмоциональных расстройств (тревога, депрессия) у больных экземой в условиях Севера.

Материалы и методы. Проводилось анкетирование на выявление психоэмоционального состояния, связанного с экземой. Использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Анкета состояла из 2 частей, позволяющих оценить уровень тревоги и уровень депрессии. Значение 0-7 баллов расценивалось как «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); показатели 8-10 баллов – «субклинически выраженная тревога/депрессия»; показатели 11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия».

Результаты. В исследовании приняли участие 36 пациентов с верифицированным диагнозом экземы в возрасте от 18 до 75 лет, обратившихся на амбулаторный прием к врачу-дерматовенерологу Нижневартовского кожно-венерологического диспансера в период с сентября 2023 года по март 2024 года. 54% из числа обследованных составили лица женского пола, 46% мужского пола.

При оценке тревожности получены данные в диапазоне от 0 до 16 баллов (от отсутствия до клинически выраженных симптомов тревоги); усредненный показатель 5,7 баллов («норма»). 37,5% от общего числа респондентов по результатам анкетирования имели субклинические и клинические проявления тревоги, связанные с экземой. У 62,5% опрошенных отсутствовали достоверно выраженные симптомы тревоги. При оценке уровня депрессии получен разброс данных в диапазоне от 0 до 12 баллов (от отсутствия до клинически выраженных симптомов тревоги); усредненный показатель 8,2 балла (субклинически выраженная депрессия). 75,0% из общего числа респондентов по результатам анкетирования имели субклинические и клинические проявления депрессии, связанные с экземой. У 25,0% опрошенных отсутствовали достоверно выраженные симптомы депрессии. Наиболее подверженными тревоге и депрессии оказались пациенты в возрастной группе от 18 до 44 лет: 86% от общего числа лиц с проявлениями тревоги и депрессии.

Выводы. Нарушения психо-эмоционального статуса характерны для больных экземой и связаны с патологическим кожным процессом. Наиболее распространенным психо-эмоциональным состоянием при экземе является

субклинически и клинически выраженная депрессия. Не исключается влияние неблагоприятных климатических факторов северного региона на формирование депрессии у населения. Пациентам с экземой целесообразно включать в комплекс лечебно-профилактических мероприятий консультации профильных специалистов для оказания психолого-психиатрической помощи. Для удобства маршрутизации пациентов предпочтительно наличие клинического психолога в штате кожно-венерологического учреждения.

* * *

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Жильцова Е.Е., Политов С.А., Михейкина С.В.

Рязанский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань

Актуальность. Себорейный дерматит (СД) встречается в популяции с частотой 3-5%. Данное хроническое воспалительное заболевание наблюдается у разных возрастных категорий, и имеет 3 возрастных пика. Возрастные изменения на коже, соответствующие себорейному дерматиту характерны для детей первого года жизни, пубертатного возраста и в диапазоне от 35 до 60 лет. Этиопатогенез развития дерматоза полностью не выяснен. Наиболее значимыми факторами, ведущими к развитию СД, являются нарушения микробиоты кожи; иммунной реакции на *Malassezia* spp.; изменения кожных нейротрансмиттеров; повышенное присутствие ненасыщенных жирных кислот на поверхности кожи; аномальное отторжение кератиноцитов и изменения эпидермального барьера, связанные с генетическими факторами.

В связи со сложным механизмом развития СД, исследователями проводится анализ возможных пусковых и поддерживающих факторов, в том числе экзогенного генеза. По нашему мнению, значимое место среди факторов, поддерживающих клинические проявления дерматоза и повышающих сроки наступления ремиссии, занимают гигиена кожи и pH водопроводной воды.

Цель исследования. Анализ влияния pH водопроводной воды на длительность рецидивов у пациентов с себорейным дерматитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУ РО «ОККВД», г. Рязань. В исследовании приняло участие 548 человек в возрасте от 1 месяца до 93 лет с диагнозами: «Себорея головы (L21.0)», «Себорейный детский дерматит (L21.1)», «Другой себорейный дерматит (L21.8)», «Себорейный дерматит неуточненный (L21.9)», из них 111 детей (60 мальчиков и 51 девочка) и 437 взрослых (266 мужчин и 171 женщина), первично обратившихся к врачам-дерматовенерологам и трихологам. В процессе анализа оценивались такие данные как: количество рецидивов в год, продолжительность рецидивов, степень выраженности клинических проявлений, адрес фактического проживания пациента.

Проведение забора проб водопроводной воды и объективная оценка показателей pH в различных районах г. Рязани проводилась при помощи тест-полосок индикаторных для визуального полуколичественного определения pH (0.0-12.00 ед. pH) жидких сред.

Результаты и обсуждение. В рамках административно-территориального устройства области г. Рязань является городом областного значения и разделен на 4 района (Московский, Железнодорожный, Советский, Октябрьский).

Показатели распространенности себорейного дерматита (СД), продолжительности и частоты рецидивов составили соответственно в Московском районе: 7%, 3 рецидива в год, до 1,5 недель; в Октябрьском районе: 9,5%, 5 рецидивов в год, до 2 недель; в Советском районе: 14,3%, 7 рецидивов в год, до 2,5 недель; в Железнодорожном районе: 16,7%, 10 рецидивов в год, до 2,5 недель.

Для анализа возможного воздействия рН воды на течение дерматоза нами было проанализированы структура водоснабжения г. Рязани. Выяснено, что в большую часть Московского района города вода поступает с Павловской очистной водопроводной станции, и практически вся является артезианской, проходя этап обезжелезивания. Так же часть территории Московского и Железнодорожного районов получают воду с самого большого водозаборного объекта – Борковской очистной водопроводной станции, на которой имеется система ультрафиолетового обеззараживания воды, что гарантирует максимально хорошие микробиологические показатели. Более отдаленные территории Железнодорожного района снабжает водой Соколовская очистная водопроводная станция, доля воды из подземных источников составляет здесь 50%. Жители Октябрьского и Советского районов в большинстве случаев получают воду с Окской очистной водопроводной станции с минимальным объемом артезианской воды.

В соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами (СанПиН), показатель рН питьевой воды может варьироваться в диапазоне от 6 до 9.

При заборе проб оценивалось наличие/отсутствие встроенных систем обратного осмоса, фильтрации и очистки воды. С целью объективности анализа, при наличии данных систем показатель не учитывался.

В результате проведенного исследования выявлено, что в Московском районе среднее значение рН водопроводной воды составило 6,3, в Октябрьском – 7,1, в Советском – 7,7, в Железнодорожном – 8,9.

Полученные данные убедительно доказывают влияние внешних средовых факторов на распространенность и течение себорейного дерматита. Анализ показателей рН воды в различных районах г. Рязани позволяет оценить течение дерматоза при динамическом наблюдении, и провести взаимосвязь наибольшего значения рН с более выраженными клиническими проявлениями и длительными рецидивами.

Выводы. Таким образом, значения кислотности водопроводной воды находятся в прямой взаимосвязи с показателями продолжительности и частоты рецидивов себорейного дерматита. Данный факт может послужить поводом для формирования перечня рекомендаций для пациентов относительно гигиены кожи.

* * *

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ КРЕМА С ФИЛАГРИНОЛОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Житниковская А.Л., Кениксфест Ю.В.

ГБУ СО УРНИИДВИИ,

г. Екатеринбург

Цель. Оценить эффективность и переносимость крема с филагринолом в составе наружной терапии у детей с АтД. Оценить возможность удлинения ремиссии. Оценить увлажненность кожи.

Материалы и методы. Методом простой последовательной выборки были отобраны 20 детей с диагнозом АтД (с легким и среднетяжелым течением) в возрасте от 1 года до 17 лет включительно, у которых при бактериологическом исследовании с очагов кожи был выявлен рост *Staphylococcus aureus*. Оценка тяжести проводилась клинически с использованием международной шкалы SCORAD. После применения бетаметазона 0,05% + гентамицина крема на 7-10 день назначался крем бетаметазон 0,05%, а на сухие участки наносили крем с 5% филагринолом в течение 7 дней. Затем в течение 28 дней (4 недель) 1-2 раза в сутки наносили крем с 5% филагринолом. Родителям были подробно объяснены правила нанесения эомолента. Через 28 дней повторно проведено микробиологическое исследование. Измерялась увлажненность кожи до начала терапии, на 7-10 день лечения (перед началом применения крема с филагринолом), на 28 день. На 28 день предлагалось ответить на вопросы анкеты, оценить интенсивность дневного и ночного зуда, оценить сухость кожи. Интенсивность зуда оценивалась по 10-бальной шкале, где 0 – отсутствие зуда, а 10 – интенсивный зуд. Оценка увлажненности кожи проводилась методом биоимпедансного анализа, результат фиксировался в %.

Оценка удовлетворенности органолептическими свойствами крема проводилась с помощью опроса. Пациенты получали крем на руки, использовали его в домашних условиях.

Обсуждение. До начала терапии у детей с АтД состояние оценивалось как легкое (индекс SCORAD был от 11 до 18), среднетяжелое (индекс SCORAD варьировал от 34 до 43,7). Через 4 недели терапии индекс в среднем снизился на 35%. После 28 дней терапии (сначала комбинированную терапию топического ГКС и эомолента, затем только эомолента) 16 детей (80% детей) имели чистую или почти чистую кожу, 4 ребенка (20% детей) пришли с обострением АтД (у троих из них обострение было на фоне ОРВИ). Площадь высыпаний уменьшалась при использовании крема с 5% филагринолом с 32,5% до 7,8%.

Зуд оценивался родителями по 10-бальной шкале. Дневной и ночной зуд оценивался отдельно. Пациенты/ их родители отмечали значительное уменьшение ночного зуда с 4 до 1. Дневной зуд тоже уменьшился в среднем на 3 балла с

5 баллов до 2. Все пациенты (их родители) отметили уменьшение сухости кожи через 28 дней использования эмолента. Степень увлажненности сухой кожи увеличилась с 18% до 26%.

При бак посеве с кожи роста *Staphylococcus aureus* не выявлено. Был рост *Staphylococcus epidermidis* у 35% пациентов или роста микробиоты не было в 65% случаев.

Нежелательных явлений при использовании крема с филагринолом отмечено не было.

Оценку «отлично» поставили 9 человек, оценку «хорошо» поставили 8 человек, оценку «удовлетворительно» – 3 человека.

Все пациенты отметили отсутствие липкости эмолента, длительное ощущение увлажненности

Выводы. Применение крема с филагринолом эффективно и безопасно (терапия комплексного применения топического ГКС и эмолента была эффективна). Четырехнедельная схема использования крема приводит к уменьшению тяжести течения АД, снижению интенсивности зуда, повышению гидратации кожи.

* * *

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Здзитовецкая Н.Д., Карачева Ю.В.

ФГБОУ ВО КРАСГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России,
г. Красноярск

Актуальность. На сегодняшний день псориаз является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи по всему миру. По данным литературы псориазом страдают 1-2% населения всего земного шара, а в Российской Федерации на 2019 год распространенность заболевания составляет 247,2 случаев на 100 тысяч населения, из которых доля трудоспособного населения составляет 65%. Кроме того, наблюдается неумолимый рост пациентов с псориазом, не отвечающих на базисную противовоспалительную терапию метотрексатом.

Цель исследования. Определить прогностические критерии развития тяжелых форм псориаза, резистентных к базисной противовоспалительной терапии метотрексатом на основании иммуногистохимического определения уровня белков Ki-67 и β -галактозидазы в кератиноцитах.

Материалы и методы. В период с 2021 по 2023 года на базе КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1» проводилось наблюдение 245 пациентов с тяжелыми формами псориаза на основании PASI > 20, из которых 30 человек получали только наружное лечение, а оставшиеся 215 получали метотрексат в дозировке от 12,5 до 17,5 мг в неделю под прикрытием фолиевой кислоты. У 118 пациентов значительного эффекта не наблюдалось, или происходил рецидив заболевания после снижения дозировки или попытки отмены препарата.

У 70 пациентов было проведено иммуногистохимическое исследование биоптатов кожи из патологического очага на экспрессию белка Ki-67, определяемый в только пролиферирующих клетках, а также β -галактозидазы (β -GAL), которая находится в цитоплазме стареющих клеток. Испытуемые были разделены на 3 группы: в первую группу входили 30 человек, которые не получали метотрексат, во вторую – 20 человек, получавшие метотрексат от года и более, и достигшие желаемого клинического ответа, и в третью – 30 пациентов, которые значительного эффекта на метотрексате не достигли. Лечение считалось эффективным при динамике PASI 50% и более, а также при достижении стационарной и регрессирующей стадии заболевания. Соответственно, в группу не достигших желаемых результатов лечения входили пациенты, у которых сохранялся PASI более 20 или заболевание находилось в прогрессирующей стадии.

Результаты и их обсуждение. Результаты оценивались на основании количества клеток со специфически окрашенными ядрами: от единичных (1+) до преобладающих сплошь (4+). До начала лечения у пациентов клетки, экспрессирующие Ki-67, преобладали в количестве 1+ у 18-ти человек и 2+ у семи, однако PASI составлял более 20. У пятерых Ki-67 достиг 3+. Сравнение проводилось с 10 образцами здоровой кожи, в которых Ki-67 не превышал 1+.

Аналогично оценивалась и экспрессия β -GAL в цитоплазме клеток эпидермиса и дермы. Активность белка в эпидермисе на уровне 1+ была у 8-ми пациентов, 2+ – также восьми, 3+ – у семи и 4+ – у оставшихся 7-ми пациентов. В образцах здоровой кожи активность β -галактозидазы в эпидермисе была преимущественно на уровне 2+ и 3+. Однако в дерме распределение белка было совсем иное: у большинства образцов его активность находилась на уровне 1+ и 2+ (16 и 11 образцов соответственно), а в здоровой коже уровень белка достигал 3+ у 8 образцов из 10.

Во второй группе пациентов экспрессия Ki-67 составляла 1+ у 18 человек, и 2+ у двоих пациентов. Более высокой активности белка не определялась. Экспрессия β -GAL эпидермисе распределилась следующим образом: 1+ у четырех образцов, 2+ – у шести, 3+ – у четырех и 4+ – у шести испытуемых. В дерме: 1+ и 2+ по 8 образцов в каждой группе, 3+ и 4+ по двое в каждой группе.

В третьей группе у большинства (у 15-ти человек) активность Ki-67 составляла 3+, у одного пациента – 4+, оставшиеся 4 пациента показали 1+ и 2+. Активность β -GAL в эпидермисе находилась преимущественно на уровне 1+ и 2+ (8 и 9 образцов соответственно), 3+ показал один пациент, а 4+ - двое. В дерме уровень β -GAL не превышал 1+ у 13-ти испытуемых, 2+ у троих, 3+ – у оставшихся четырех.

Вывод. Отсутствие ответа на терапию визуализирует не только динамика PASI, но и распределение уровня белков Ki-67 и β -GAL в кератиноцитах.

Многие предпосылки к развитию резистентности к метотрексату являются не модифицируемыми, и повлиять на них невозможно. Однако, сведя к минимуму факторы, напрямую зависящие от пациента, станет возможным снизить риск резистентности достигнуть желаемых результатов лечения.

* * *

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА, 2021 ГОД

Зуева Ю.Е., Конусова Ю.А., Белогурова М.Б., Федоров В.С.,
Радулеску Г.Г., Шац Л.И., Викторovich Т.Д.

ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический
центр специализированных видов медицинской помощи
(онкологический) им. Н.П. Напалкова»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Образования кожи представляют собой гетерогенную группу заболеваний, которые могут быть разделены на злокачественные и доброкачественные. В детской популяции доброкачественные образования кожи встречаются чаще, чем злокачественные. Частота встречаемости злокачественных образований кожи, таких как меланома, базальноклеточная карцинома и лимфомы кожи, невелика и составляет менее 1% от общего числа случаев онкопатологии у детей и подростков.

Цель исследования. Заключается в изучении характеристик диагностики и лечения образований кожи у детей на основе анализа клинической практики в одном центре.

Пациенты и методы. Для проведения анализа мы использовали данные ретроспективного изучения образований кожи у детей за период с января по декабрь 2021 года. Всего было зафиксировано 178 случаев обращения детей в возрасте от 0 до 18 лет. Средний возраст пациентов: 0,9 лет. В 48 случаях обращений (26,9%) проведена эксцизионная биопсия с целью верификации патологического процесса, в то время как 130 пациентов (73%) оставлены под наблюдением. После получения гистологического заключения, в случае доброкачественного характера образования, дальнейшая диагностика не проводилась. Однако, при выявлении злокачественных опухолей, были выполнены МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием участков, ультразвуковое исследование периферических лимфоузлов, а также биопсия сторожевого лимфоузла для определения степени распространенности опухолевого процесса. Кроме того, проведено молекулярно-генетическое исследование гистологического материала на наличие мутаций: BRAF, c-Kit, NRAS, TRT. У всех пациентов была диагностирована локальная стадия (T1N0M0). В течение 4 недель после операции была проведена расширенная резекция послеоперационного рубца в соответствии с толщиной поражения по системе Breslow. Пациенты оставлены под динамическим наблюдением согласно клиническим рекомендациям Минздрава России. Результаты: Доброкачественные образования кожи преобладали в нашей выборке: из 178 пациентов 99% (176 случаев) имели доброкачественные образования кожи. Среди них встречались меланоцитарные невусы, гемангиомы, ате-

ромы, дермоидные кисты, ретикулогистиоцитомы, дерматофибромы и другие доброкачественные опухоли кожи. Всего 1% (2 случая) пациентов были диагностированы с меланомой кожи на локальных стадиях T1N0M0.

Выводы. Диагностика опухолей кожи, как доброкачественных, так и злокачественных, должна проводиться в специализированных клиниках специалистами данной области. Манифестация меланомы в детском возрасте представляет собой крайне редкую ситуацию, требующую мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению.

* * *

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Искра А.С.¹, Искра Е.Л.², Сулова Г.А.², Заславский Д.В.²

¹АНО Медицинский центр XXI век,

²ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Главным симптомом атопического дерматита является зуд, который ухудшает качество жизни пациентов и приводит к нарушениям сна.

Длительные проблемы со сном могут влиять на когнитивные способности ребенка.

На сегодняшний день в клинических рекомендациях по лечению атопического дерматита представлено несколько физиотерапевтических методов (ультрафиолетовой фототерапии и фотохимиотерапии), но все они ограничены к использованию в детской практике и имеют противопоказания. Задача современной физиотерапии разработка новых направлений и оптимальных биотропных параметров воздействий с позиций доказательной медицины.

Одним из щадящих и эффективных методов является низкочастотная импульсная магнитотерапия с транскраниальным воздействием.

Цель исследования. Оценить эффективность данного вида физиотерапевтического лечения, проследить влияние магнитотерапии на купирование чувства зуда у пациентов с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Сравнительное плацебо – контролируемое исследование было проведено на базе медицинского центра «XXI век» совместно с кафедрой реабилитологии СПбГПМУ и утверждено этическим комитетом.

Под наблюдением находились 104 пациента с атопическим дерматитом от 5 до 16 лет с легкой и среднетяжелой степенью тяжести заболевания, кожным зудом и возможными нарушениями сна в анамнезе. Пациентов разделили на 4 равных группы, из которых 1 группа получала стандартное лечение, во 2 группе сочетали стандартную терапию и плацебо в физиотерапевтическом лечении, в 3 группе применяли только транскраниальную магнитотерапию в монотерапии, а пациенты 4 группы сочетали варианты лечение 1 и 3 группы.

Транскраниальное воздействие проводилось в вечернее время в амбулатории или в домашних условиях. Портативные аппараты выдавались родителям после предварительного обучения. Контрольными точками в лечении были 7, 14 и 21 день.

Для магнитотерапии использовался аппарат с излучателем «оголовье» и представлял собой 2 гибкие излучающие линейки. Каждая из излучающих линеек содержит по 6 индукторов. В исследовании использовали «бегущее» импульсное магнитное поле. В первые 3 дня продолжительность воздействия составляла 12, в последующие дни до 20 минут.

Методы мониторинга включали наблюдение в динамике и бальную оценку объективных и субъективных симптомов. Родители заполняли дневники и анкеты наблюдения. Изучались шкалы дерматологических индексов.

Результаты и обсуждения. В 1 группе исходный индекс SCORAD в среднем составлял $33,36 \pm 2,52$ балла и к окончанию лечения составлял $18,97 \pm 1,54$ балла ($p < 0,05$). Во 2 группе $32,95 \pm 1,78$ до терапии и $17,01 \pm 2,41$ балла после терапии ($p < 0,05$). В 3 группе – $32,41 \pm 3,21$ и $18,48 \pm 2,15$ балла через 3 недели терапии ($p < 0,05$). В 4 группе до лечения составил $35,08 \pm 3,14$ балла и показал лучшие результаты динамики на 3-й неделе – $5,61 \pm 1,73$ балла ($p < 0,05$). Интегральная оценка степени выраженности клинических симптомов заболевания в соответствии с индексом SASSAD в 1 группе до лечения составляла $48,1 \pm 1,3$, после терапии – $18,2 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$), во 2 группе до терапии – $42,4 \pm 0,4$ и $16,3 \pm 0,2$ балла после терапии ($p < 0,05$), в 3 группе динамика составила с $49,3 \pm 0,3$ до $24,1 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$), при этом наиболее значимая динамика отмечалась в 4 группе – с $56,4 \pm 0,5$ до $8,3 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$). Динамика значений детского дерматологического индекса качества жизни через 3 недели в 1 группе составила 36,3% ($p < 0,05$), во 2 группе – 38,5% ($p < 0,05$), в 3 группе – 46,7% ($p < 0,05$), в 4 группе – 87,5% ($p < 0,05$). По шкале общей оценки своего состояния пациентом или его родителем в 1 и 2 группах у пациентов отмечались частичный ответ и умеренное улучшение, в 3 группе у пациентов отмечались хороший частичный ответ или выраженное улучшение (динамика индекса на 50-74%), а в 4 группе пациентов отмечался полный ответ на терапию с полным или почти полным очищением кожи (улучшение от 75 до 100%). После терапии во всех группах отмечалась выраженная положительная динамика в отношении купирования зуда, однако в большей степени выраженная в 4 группе. Значимая динамика индекса ВАШ (зуд) в процессе транскраниальной магнитотерапии отмечалась уже через неделю, а к концу курса индекс снизился в среднем на 87,5%.

Выводы. Использование нового метода способствовало устранению зуда и нарушению сна у всех пациентов. К концу курса лечения отмечалась клиническая ремиссия и сократилось количество обострений. Совокупная оценка симптоматики клинического регресса с динамикой дерматологических индексов, удостоверяют о высокой терапевтической эффективности транскраниальной магнитотерапии и может быть рекомендована при неэффективности или непереносимости других вариантов терапии. На сегодняшний день данный вид лечения может рассматриваться как альтернатива другим физиотерапевтическим методам при атопическом дерматите у детей.

* * *

ДИФFUЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Исмагулова К.Е., Амрина Л.К.

Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан

Введение. Алопеция – это патологическое выпадение волос, обусловленное различными воздействиями на волосяной фолликул и клинически проявляющийся формированием очагов с полным отсутствием волос на голове, бороде, бровях, ресницах и туловище. Классификация

По типам: обычный; прегипертензионный; атопический; аутоиммунный; смешанный. По формам: локальная; лентовидная; субтотальная; тотальная; универсальная (злокачественная) форма; гнездная алопеция с поражением ногтевых пластинок. По степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая. По течению: острая; подострая; хроническая. По степени активности: прогрессирующая; стационарная; регрессирующая.

Цель клинического исследования. Оценка эффективности мезотерапии в лечении диффузной алопеции.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилась женщина, 25 лет с жалобами на сильное выпадение волос, значительное уменьшение объема, ухудшение структуры и качества волос, после перенесенного COVID19. На момент обращения наблюдалось: равномерное поредение волос, преимущественно в теменной области, уменьшение объема, тусклый цвет волос. На трихоскопии отсутствуют признаки рубцового и андрогенетического выпадения, есть изменения сосудистого рисунка. Пулл-тест положительный. Симптом Фонтана отрицательный. Было проведено 10 процедур мезотерапии волосистой части головы, препаратом в составе которого имеется гинкго билоба, силикор, витамин Р. Интервал между процедурами составлял 1 раз в неделю. По истечении 10 процедур отмечалось увеличение объема волос, улучшение их структуры и качества. По данным трихоскопии отмечается рост юных волос. Пулл-тест отрицательный, симптом Фонтана положительный. Срок наблюдения составлял 3 месяца. Эффект от процедур наступил уже через 1 месяц от начала терапии, и с каждым месяцем становился более выраженным.

Заключение. Таким образом анализ полученных данных свидетельствует о том, что мезотерапия, оказывает существенное положительное влияние при лечении диффузной телогеновой алопеции у пациентов с постковидным синдромом за счет улучшения микроциркуляции, устранения микрососудистой недостаточности и сосудистого спазма.

* * *

СОЧЕТАНИЕ ПСОРИАЗА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Карнаухова М.Т., Корнишева В.Г., Гулордава М.Д.
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Псориаз – это хроническое заболевание мультифакториальной природы, главную роль в развитии которого играют генетические факторы. Доказана связь псориаза с артритом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическим синдромом, включая сахарный диабет и ожирение, а в последнее время и с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). За последние 2 десятилетия неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) превратилась из относительно неизвестного заболевания в наиболее распространенную причину хронических заболеваний печени в мире. Фактически, в настоящее время считается, что 25% населения мира имеют НАЖБП. Впервые данные о связи между псориазом и НАЖБП были опубликованы в 2001 году, с тех пор различные наблюдательные и контролируемые исследования выявили повышенную распространенность НАЖБП у пациентов с псориазом.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости НАЖБП у пациентов с псориазом в зависимости от формы псориаза.

Материалы и методы. За 2023 год на базе I дерматовенерологического отделения НИИ микологии имени П.Н. Кашкина было обследовано 134 пациента (60 женщин и 74 мужчины), страдающих псориазом в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 46 лет).

Результаты и обсуждение. Для выявления влияния наличия НАЖБП на формы псориаза все 134 больных были разделены на 2 группы. Первую группу составили 28 (20,9%) пациентов с псориазом и НАЖБП, из которых было 20 (71,4%) мужчин и 8 (28,6%) женщин в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 51 год). Во вторую группу вошли 106 (79,1%) больных с псориазом, у которых НАЖБП не была выявлена. По полу пациенты распределялись следующим образом: 38 (35,8%) мужчин и 68 (64,2%) женщин в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 45,5 год).

Распространенный обыкновенный псориаз был диагностирован у 12,7% пациентов 1-й группы и у 55,2% 2-й группы, у которых не была выявлена НАЖБП ($p < 0,05$). Из 38 (100%) пациентов с псориазическим артритом в сочетании с обыкновенной формой псориаза НАЖБП выявлена у 11 (29%) больных первой группы и не выявлен у 27 (71%) пациентов второй группы. Пустулез ладонный и подошвенный, а также псориаз с преимущественным поражением ладоней и подошв у пациентов первой группы не встречался. Таким образом из

91 пациента с обыкновенным псориазом НАЖБП встречалась у 18,7% обследованных, что было достоверно меньше, чем в группе больных с псориатическим артритом (29%, $p < 0,05$).

Выводы. При обследовании 134 больных, страдающих псориазом в возрасте от 19 до 65 лет, у 20,9% была выявлена НАЖБП, которая достоверно чаще встречалась у больных с псориатическим артритом по сравнению с группой больных с вульгарной формой псориаза.

* * *

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ КИСТЕЙ

Карпова О.А.

ЧУЗ КБ РЖД-Медицина,

г. Барнаул

Актуальность. В профессиях высокого риска: строители, рабочие производства строительных материалов, металлообработки, медицинские работники, парикмахеры заболеваемость профессиональной экземой превышает 10 случаев на 10000 работающих в год.

Учитывая распространенность, социальную значимость профессиональной экземы кистей, необходимость уменьшить зуд, мокнутие, в кратчайшие сроки добиться стойкой ремиссии и продолжить профилактику, актуально применение российской линейки: крем, лосьон (суспензия) и спрей с синтетическим танином и полидоколоном.

Основным активным компонентом лосьона и спрея является 2% синтетический танин, который связывает белки кожи и тканевой жидкости в тонкую поверхностную пленку, оказывая вяжущее, подсушивающее, двойное противозудное действие, уменьшая экссудацию.

Вторым активным веществом суспензии является местный анестетик – полидоканол, который оказывает противозудное, анестезирующее действие на кожу. Обезболивающий и противозудный эффекты развиваются через 5 минут, и продолжается до 3-4 часов. Полидоканол также потенцирует вяжущее, подсушивающее действие танина и способствует регенерации кожи.

Третья активная субстанция, входящая только в лосьон (суспензию) – 5% оксид цинка, обладает подсушивающим действием.

Цель исследования. Оценка эффективности, безопасности и удобства применения крема, спрея с синтетическим танином и полидоколоном и лосьона (суспензии) с синтетическим танином и полидоколоном, и 5% оксидом цинка для купирования обострения и профилактики рецидивов у пациентов с профессиональной экземой кистей.

Материал и методы. На базе поликлинического отделения №1 ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Барнаул» было проведено клиническое исследование эффективности и безопасности крема, спрея с синтетическим танином и полидоколоном и лосьона (суспензии) с синтетическим танином, полидоколоном и 5% оксидом цинка. В исследовании участвовали 18 пациентов в возрасте от 27 до 46 лет – 8 парикмахеров, 5 медицинских сестер, 3 хирурга, 1 акушер-гинеколог, 1 маляр с профессиональной экземой кистей в стадии обострения. Жалобы на мокнутие до начала лечения предъявляли 12 (66,7%) человек, зуд – 15 (83,3%). В клинических проявлениях у 18 (100%) пациентов была выявлена эритема, у 18 (100%) – микровезикулы, у 13 (72,2%) с «серозными колодцами», 9 (5%) – шелушение, у 10 (55,6%) – трещины, у 12 (66,7%) – корки. Из 18 пациентов,

находящихся под нашим наблюдением, у 7 (38,9%) была диагностирована тяжелая степень экземы кистей, у 11 (61,1%) – средней степени тяжести согласно HESCI. Интенсивность зуда по ВАШ до лечения составила от 4 до 10, медианное значение – 6 баллов.

Хроническое течение с различной по продолжительности ремиссией после стандартного лечения КС, антигистаминными препаратами, отмечали 12 пациентов.

На момент начала исследования пациенты никакую терапию не получали. Испытуемые применяли спрей, крем с синтетическим танином и полидоколоном и лосьон (суспензию) с синтетическим танином, полидоколоном и 5% оксидом цинка 2-4 раза в сутки до полного исчезновения зуда и экссудации и далее только крем. Крем наносился по необходимости 3-4 раза в день, как во время основного лечения, так и после наступления, и для поддержания ремиссии.

Результаты и обсуждение. Ни одному из исследуемых назначение антигистаминных, КС препаратов не потребовалось. После нанесения лосьона с синтетическим танином, полидоколоном и 5% оксидом цинка зуд прекращался в среднем через 5-10 минут и продолжались до 3-4 часов, а через 7 дней полностью у всех 100% прекратился.

Продолжительность использования спрей и лосьона (суспензии) варьировала от 3 до 8 дней (в среднем 5,5 дней) – до полного прекращения зуда и экссудации. Уменьшение экссудации, шелушения кожи были видны после первого применения и полностью прекратились на 8-14 дни лечения. Трещины эпителизовались на 14-21 дни лечения. Чешуйки начинали отторгаться с 5-7 дней лечения. После купирования клинических проявлений пациенты применяли крем с синтетическим танином и полидоколоном 2 раза в день с профилактической целью.

Через 21 день лечения у всех пациентов была достигнута ремиссия.

Спустя 3 месяца после окончания лечения ни один пациент не отметил рецидив или ухудшение состояния.

В процессе лечения спреем, кремом с синтетическим танином и полидоколоном и суспензией с синтетическим танином, полидоколоном и 5% оксидом цинка нежелательных реакций зарегистрировано не было.

Все пациенты 18 (100%), применявшие линейку с синтетическим танином и полидоколоном, отмечали удобство ее применения и хорошие органолептические свойства – средства не раздражали кожу, не обладали неприятным запахом, хорошо впитывались, не требовали смывания.

Выводы. В заключении можно сделать выводы, что спрей, крем с синтетическим танином и полидоколоном, лосьон (суспензия) с синтетическим танином, полидоколоном и 5% оксид цинка являются эффективными, безопасными и удобными в применении средствами терапии и профилактики профессиональной экземы кистей, сопровождающейся мокнутием, зудом, жжением и воспалением.

* * *

ЭФФЕКТИВНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВЧГ

Карпова О.А.

ЧУЗ КБ РЖД-Медицина,

г. Барнаул

Актуальность. Размножение грибов рода *Malassezia* spp. на фоне избыточного выделения себума вызывают воспаление, зуд, раздражение кожи ВЧГ, выпадение волос, появление перхоти у 90-95% пациентов с себорейным дерматитом.

Для местного лечения себорейного дерматита эффективен шампунь с полидоканолоном, пироктон оламином, климбазолом, карбамидом, Д-пантенолом.

Полидоканол успокаивает чувствительную кожу головы, обладает выраженным противозудным действием.

Пироктон оламин – противогрибковый (против грибка *Malassezia*) и противомикробный активный ингредиент. Успокаивает кожу головы и уменьшает шелушение. Нормализует работу сальных желез, устраняя благоприятные условия для размножения грибов и бактерий. Способствует улучшению роста волос.

Климбазол – противогрибковый компонент, не вызывает привыкания, подавляет рост грибка и способствует предупреждению образования перхоти. Дополнительными компонентами шампуня являются: карбамид (мочевина), который предохраняет кожу от сухости, и Д-пантенол, который улучшает структуру волос, укрепляя и защищая их от воздействия неблагоприятных внешних факторов. Шампунь содержит мягкие ПАВ и имеет физиологический pH, за счет чего мягко очищает волосы и кожу головы.

Бальзам-ополаскиватель от перхоти с пироктон оламином и климбазолом, репейным маслом, Д-пантенолом, молочной кислотой обеспечивает волосам ежедневный деликатный уход после мытья. Нормализует работу сальных желез, увлажняет кожу головы, подходит для любого типа волос.

Дополнительные компоненты бальзама-ополаскивателя (репейное масло, Д-пантенол, молочная кислота) поддерживают естественный водный баланс кожи головы и помогают улучшить структуру поврежденных волос, придавая упругость и здоровый блеск, защищая от пересушивания, препятствуют их статической электризации, облегчают расчесывание.

Для поддержания лечебного эффекта и деликатного очищения волос между курсами лечения в линейки есть шампунь для ежедневного применения профилактический от перхоти. Содержит активные компоненты: пироктон оламин и климбазол, в профилактических концентрациях, что позволяет эффективно очищать и не повреждать волосы даже при ежедневном использовании. Предупреждает образование перхоти, нормализует работу сальных желез, восстанавливает баланс микрофлоры ВЧГ.

Цель. Оценка эффективности, безопасности и удобства применения лечебного и ежедневного шампуней с полидоканолом, пироктон оламином, климбазолом, карбамидом, Д-пантенолом и бальзама-ополаскивателя от перхоти с пироктон оламином и климбазолом, репейным маслом, Д-пантенолом, молочной кислотой у пациентов с себорейным дерматитом.

Материал и методы. На базе поликлинического отделения №1 ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина г. Барнаул» было проведено клиническое исследование эффективности и безопасности шампуней с полидоканолом, пироктон оламином, климбазолом, карбамидом, Д-пантенолом и бальзама-ополаскивателя от перхоти с пироктон оламином и климбазолом, репейным маслом, Д-пантенолом, молочной кислотой у пациентов с себорейным дерматитом легкой степени тяжести. В исследовании участвовали 30 пациентов в возрасте от 18 до 56 лет. С давностью заболевания 37 ± 19 лет. Жалобы на зуд от 1 до 6 по ВАШ в среднем $3,5 \pm 2,5$ баллов до начала лечения предъявляли 30 (100%) человек. В клинических проявлениях у 8 (26,7%) пациентов была выявлена эритема интенсивностью от 0 до 2 баллов, в среднем составила 1,3 балла. Шелушение у 30 (100%) пациентов было оценено в пределах от 1 до 3 баллов и в среднем составило 1,8 балла. У 2 (6,7%) – желтые корки.

Хроническое течение с различной по продолжительности ремиссией после стандартного лечения антимикотиками, тКС отмечали 19 пациентов.

На момент начала исследования пациенты никакую терапию не получали. Испытуемые применяли монотерапию линейкой с полидоканолом, пироктон оламином, климбазолом, карбамидом, Д-пантенолом: шампунь от перхоти и бальзам пироктон оламином и климбазолом, репейным маслом, Д-пантенолом, молочной кислотой 3 раза в неделю до полной ремиссии и далее шампунь для ежедневного использования и бальзамом-ополаскивателем от перхоти 3-5 раз в неделю до 3 месяцев.

Результаты и обсуждение. При применении шампуня с полидоканолом, пироктон оламином, климбазолом, карбамидом, Д-пантенолом и бальзама-ополаскивателя пироктон оламином и климбазолом, репейным маслом, Д-пантенолом, молочной кислотой зуд уменьшался после первого применения, полностью был купирован у всех 30 (100%) пациентов к 4 неделе терапии.

Эритема уменьшилась после первого применения, полностью была купирована у всех 8 (100%) пациентов к 3 неделе терапии. Шелушение также у всех пациентов уменьшилось после первого применения и к 3,5 неделям достигло 0 баллов у всех 30 (100%).

Спустя 3 месяца после окончания лечения ни один пациент не отметил рецидива или ухудшение состояния.

Все пациенты 30 (100%), применявшие средства отмечали удобство их применения и хорошие органолептические свойства – средства не раздражали кожу, не обладали неприятным запахом, улучшали структуру и рост волос, облегчали уход за ними. После первых двух нанесений 4 (8%) пациента отмечали легкий охлаждающий эффект, не требовавшее отмены препарата.

В процессе лечения шампунями и бальзамом-ополаскивателем нежелательных реакций, требовавших отмены препарата, зарегистрировано не было.

Выводы. В заключении можно сделать выводы, что шампунь от перхоти, шампунь для ежедневного применения с полидоканолом, пироктон оламином, климбазолом, карбамидом, Д-пантенолом и бальзам-ополаскиватель с пироктон оламином и климбазолом, репейным маслом, Д-пантенолом, молочной кислотой являются эффективными, безопасными и удобными в применении средствами терапии и профилактики себорейного дерматита ВЧГ.

* * *

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПУТЬ К ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА СИНДРОМ SAPHO

Карякина Л.А.¹, Кукушкина К.С.¹, Карякин А.С.²

¹Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,
²ФГБУЗ КБ №122 ФМБА России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Синдром SAPHO характеризуется кожными проявлениями и изменениями в костях и суставах (Synovitis, Acne, Pustulosis, Hyperostosis, Osteitis). Пациенты с данным синдромом в связи с множественностью жалоб, разнообразием клинических и рентгенологических проявлений в костной системе обращаются к различным специалистам (хирурги, ортопеды, дерматологи, терапевты, педиатры, ревматологи и др.). Недостаточная информированность врачей о синдроме SAPHO обуславливает диагностические ошибки и, как следствие, неправильную лечебную тактику.

Синдром Сафо (СС) впервые был описан французскими исследователями, как вариант серонегативного спондилоартрита. Патологические изменения локализируются в разных отделах скелета, но чаще в плоских костях. Заболевание чаще поражает детей и людей молодого возраста. Частота встречаемости этого синдрома 1/100000 населения, выявлена редкая ассоциация его с воспалительными заболеваниями кишечника и болезнью Крона. Одним из характерных клинических признаков СС является грудино-ключичный гиперостоз, сочетающийся с пустулезным псориазом или угрями, поражением позвоночника, артритами, в т.ч. сакроилеитом.

Цель. Представить клинический случай синдрома SAPHO.

Материалы и методы. Больной М., житель Санкт-Петербурга, 29 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение больницы П. Великого с жалобами на тянущие, ноющие боли в правой подвздошной области после приема клетчатки, боли в пояснично-крестцовом и шейном отделах позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.

Из анамнеза известно, что в 13 лет – появились боли в области плюсневых суставов стоп, ортопедом был поставлен диагноз – плоскостопие.

В 14-летнем возрасте у пациента в области лица и спины стали появляться гнойничковые высыпания, болезненные при пальпации. Лечился у дерматологов с диагнозом: Юношеские угри, конглобатные, узловые, тяжелое течение.

В 16 лет возникают болезненные воспалительные узлы в подмышечных областях, сопровождающиеся подъемом температуры и отделением гнойно-геморрагического экссудата и гнойничковые высыпания в области ладоней и подошв. Диагноз: Гнойный гидраденит. Пустулез ладоней и подошв.

В это же время возникают боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Проведенное рентгенологическое исследование определило незначительный субхондральный склероз.

Через 2 года возникают боли в области грудины, по поводу чего пациенту назначают индометацин в свечах, что ведет к уменьшению болевого синдрома.

В возрасте 22 лет диагностирована болезнь Крона, терминальный илеит, воспалительная форма, острое течение, умеренная эндоскопическая активность. Получал терапию следующими препаратами: буденофальк, пентаса, тримебудин, церукал.

В ноябре 2023 г. после перенесенного гриппа: развитие диарейного синдрома и появление болевого синдрома в грудинно-ключичных суставах.

При осмотре: пациент пониженного питания, на коже лица, шеи, спины, множественные атрофические рубцы разных размеров и формы, гиперпигментация, атеромы и милиумы. В области подмышечных впадин – грубые, деформирующие рубцы, справа- дерматогенная контрактура. Костно-мышечная система: деформация грудино-ключичных сочленений с обеих сторон, болезненность при пальпации. Ограничение наклона в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (+20 см). Пальпация пояснично-крестцового отдела позвоночника безболезненна. Ограничение внутренней ротации в тазобедренных суставах, больше слева. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием: Терминальный илеит.

При лабораторном обследовании: повышение СОЭ до 25 мм/ч, СРБ до 15 мг/л, повышение ЩФ до 289 Ед/л, повышение фекального кальпротектина (1865 мг /кг) в сочетании с воспалительной анемией (гемоглобин: 10,4 г/л; HLA-B27-отриц,

МРТ крестцово-подвздошных сочленений: выявлены признаки сакроилеита.

При рентгенологическом исследовании грудинно-ключичного сустава выявлены признаки остеоита и гиперостоза.

Сцинтиграфия костей скелета: выявлены признаки артрозо-артрита в грудино-ключичных сочленениях и плюсневых суставах стоп.

Результаты и обсуждения. На основании жалоб, данных лабораторного и инструментального исследования больному был выставлен диагноз: Болезнь Крона: терминальный илеит, воспалительная форма. Внекишечные проявления: SAPHO синдром.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует одно из редких внекишечных проявлений болезни Крона – синдром Сафо, начавшейся с периферического артрита, конглобатных акне, гнойного гидраденита. Присоединение воспалительного процесса в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, грудинно-ключичном сочленении с помощью данных КТ, МРТ, сцинтиграфии позволили верифицировать диагноз.

Внекишечные проявления могут появляться задолго до развития кишечной симптоматики при БК и вести клинициста по ошибочному пути, затрудняя постановку диагноза.

Трудности в постановке диагноза обусловлены редкой встречаемостью в популяции и недостаточной осведомленностью клиницистов о данном синдроме.

Данный клинический случай подчеркивают важность междисциплинарного подхода и преемственности между врачами разных специальностей.

* * *

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Касаткин Е.В.¹, Лялина Л.В.², Архипов И.В.³,
Антонова Ю.В.¹, Золотарёв А.Ю.³, Плескачёва А.Р.¹

¹СПб ГБУЗ «КВД №8»,

²ФБУН НИИ Эпидемиологии и микробиологии им. Пастера,

³СПб ГБУЗ «ГП №107»,

Санкт-Петербург

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) считается одной из наиболее распространенных в мире инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Доказана роль вирусов папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР) в возникновении злокачественных новообразований (ЗНО) различной локализации. К ЗНО, ассоциированным с ПВИ, Международное агентство по изучению рака относит орофарингеальный рак, анальный рак, рак вульвы, влагалища, шейки матки (РШМ) и полового члена. 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 может сопровождаться интеграцией ДНК ВПЧ в геном клеток эпителия шейки матки, что в свою очередь приводит к геномной нестабильности и риску развития ЗНО.

Цель настоящей работы. Оценка риска развития злокачественных новообразований у пациентов дерматовенерологического профиля, инфицированных ВПЧ ВКР на основе изучения различных состояний присутствия ВПЧ, в том числе вероятной интеграции вируса в геном клетки.

Материалы и методы. Контингент обследуемых – 32398 женщин в возрасте 13-59 лет – пациентки, обратившиеся в ЛПУ Санкт-Петербурга по поводу ИППП и/или гинекологических, урологических заболеваний, а также для обследования с профилактической целью в 2019-2023 гг. Среди обследованных выявлено 9310 ВПЧ позитивных. 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.

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 ($p < 0,001$). На более высокий уровень средней вирусной нагрузки выявлен в группе здоровых женщин, имеющих высокий риск инфицирования ИППП – 5,96 Ig 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 Ig 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 из других изучаемых групп 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 по сравнению с пациентами недерматологического профиля. У пациенток с выявленными ИППП или половых партнеров лиц с установленными заболеваниями при умеренной вирусной нагрузке частота обнаружения интегрированных в геном клетки форм ВПЧ оказалась значительно выше. Это 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 скрининговых исследований на ВПЧ, онкоскрининга у женщин с выявленными ИППП на этапе контрольных исследований по поводу пролеченного заболевания и женщин, контактных по ИППП на этапе профилактического обследования, а также проведения вакцинации против ВПЧ указанного контингента по эпидемиологическим показаниям. Проведение таких мероприятий на базе существующей системы кожно-венерологических диспансеров, в рамках существующей системы диспансерного наблюдения не потребует значительных изменений в работе врача, позволит в перспективе значительно снизить риск возникновения вирус-ассоциированных у больных дерматовенерологического профиля.

В СПб ГБУЗ «КВД №8» с 2023 года реализуется программа вакцинации против ВПЧ женщин, пациентов дерматовенерологического профиля на внебюджетной основе. Имеющийся опыт может быть рекомендован для экстраполяции на всю кожно-венерологическую сеть городского здравоохранения Санкт-Петербурга.

К ПРОБЛЕМЕ ОНИХОТИЛЛОМАНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Каурова Т.В.

Консультативно-диагностический центр для детей,
СПбГПМУ,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Изменения структуры, поверхности и формы ногтевых пластин, вызванные различными экзо- или эндогенными причинами, рассматриваются как дистрофические изменения ногтей (ониходистрофии). Изменение внешнего вида ногтей – это не только косметический недостаток, а нередко проявление каких-либо патологических процессов или состояний, происходящих в организме. Довольно часто к изменению формы ногтевых пластин приводит их механическое повреждение; при этом деформацию ногтей может вызвать не только травма самой ногтевой пластинки, но и ногтевого ложа или ногтевого валика. Надо отметить, что в детском возрасте нередко наблюдается привычка к самостоятельному повреждению ногтевых пластин. В настоящее время отдельно выделяют онихотилломанию – навязчивое повреждение ногтевой пластины или кутикулы, в спектр которой включают онихофагию, патологическую привычку повреждать кутикулу и ноготь при тревоге, деструкцию ногтей при психических расстройствах. Сложность данной проблемы заключается в беседе как с самим пациентом-ребенком, так и с его родителями, так как они могут не осознавать проблему или отрицать ее.

Цель исследования. Описание собственного клинического случая онихотилломании у ребенка 5 лет.

Результаты и обсуждение. Пациент – девочка, 5 лет, на приеме с мамой и отчимом. Обратились к дерматологу с жалобой на изменение ногтевой пластины большого пальца левой кисти. Из анамнеза известно, что мама заметила данные изменения около полугода назад; микотической инфекции выявлено не было; травму отрицают. Самостоятельно использовали смягчающие крема, но без видимых улучшений. Со слов, ребенок соматически здоров, на диспансерном учете у специалистов не состоит. Наследственный анамнез по хронической дерматологической патологии не отягощен.

При осмотре были выявлены изменения поверхности ногтевой пластины преимущественно большого пальца левой кисти в виде срединных борозд и канавок (деформация по типу «стиральной доски»), изменения околоногтевых тканей в виде эритемы, эрозий, корок. При дерматоскопическом осмотре визуализировались точечные кровоизлияния. При общеклиническом обследовании патологии со стороны внутренних органов и систем у ребенка выявлено не было.

Несмотря на неспецифичные клинические проявления, в пользу самоиндуцированного повреждения ногтей свидетельствуют односторонний характер поражения, наличие признаков травматических изменений околоногтевых

тканей, а также подногтевых кровоизлияний. Помимо назначенной наружной терапии, была проведена разъяснительная беседа с матерью девочки и рекомендована консультация клинического психолога/психотерапевта.

Выводы. Таким образом, признаки онихотилломании можно выявить во время тщательного медицинского осмотра на дерматологическом приеме. Определение этиологии изменений ногтей имеет важное значение, так как методы лечения самоиндуцированных расстройств отличаются от лечения других ониходистрофий. Однако для окончательной постановки диагноза, выявления провоцирующих факторов и подбора терапии требуется консультация клинического психолога или психотерапевта. Задача врача-дерматолога в подобной ситуации – отнестись с пониманием, эмпатией к проблеме пациента-ребенка. Активное вовлечение врача в решение проблемы повышает доверие со стороны родителей (матери), и направление к психотерапевту/психиатру в этом случае не будет стигматизировать.

* * *

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ – ПОСТАКНЕ

Ключарева С.В.¹, Пономаренко И.Г.¹,
Белова Е.А.¹, Нечаева О.С.¹

Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Хроническое воспаление в процессе разрешения и лечения элементов акне, неадекватные вмешательства, самоповреждение приводят к формированию комплекса патологических изменений кожи различной степени тяжести. Международный альянс по лечению акне (Global Alliance acne treatment) объединяет данные изменения термином «постакне» и включает в него рубцовые деформации

Наличие рубцов постакне даже небольшого размера (менее 2 мм) негативно влияет на социальную адаптацию пациентов, снижает качество их жизни.

В коррекции рубцов постакне весьма действенны такие методы, как классическая абляция с применением CO₂-лазера и эрбиевого Er: YAG лазера, а также фракционная абляция. CO₂-лазер относится к аблятивным, он испускает энергию высокой плотности, которая vaporизирует ткани с поверхности кожи (зона абляции) и, в отличие от эрбиевого лазера (Er: YAG, 2940 нм), дополнительно формирует область термального повреждения (зоны карбонизации, коагуляции и термической стимуляции).

Особого внимания заслуживает CO₂ лазер Л-Мед и его суперимпульсный режим, который имеет преимущество использования перед импульсным режимом, так как для достижения одного и того же эффекта на коже мы можем использовать более короткие импульсы, что позволяет максимально уменьшить зону тепловой диффузии (сохраняя при этом эффективность теплового прогрева дермы) и за счет этого уменьшить реабилитационный период и значительно снизить вероятность возможных осложнений.

В тоже время мощность суперимпульса в 2,5 раза выше мощности обычного импульса, что позволяет достичь необходимой глубины абляции, обеспечивающей эффект омоложения, при минимальной длительности воздействия.

Цель. Оценить эффективность коррекции постакне CO₂-лазера (10 600 нм).

Материалы и методы. Была проведена фракционная CO₂-шлифовка лазером Л-Мед. Мощность в суперимпульсном режиме 75 Вт, длительность суперимпульса 600 мкс, шаг регулировки паузы 0, 0005 с у 36 пациентов с постакне – 28 женщин и 7 мужчин в возрасте 18-36 лет.

В ходе исследования произведена оценка профиля безопасности проводимых процедур, динамики клинического статуса и функциональных свойств рубцовой ткани и оценка динамики показателей качества жизни.

Результаты. В группу вошли больные, которые были распределены в зависимости от подтипа атрофических рубцов: V-образные (12 человек), M-образные (10), U-образные (6). Данная классификация учитывает ширину, глубину и трехмерную архитектуру рубцов. V-образные рубцы представляли собой узкие (диаметром менее 2 мм) и глубокие, западающие в виде вертикальных тоннелей дефекты кожи, с четко очерченными краями. M-образные атрофические рубцы в виде западения визуально неизменной кожи вследствие спаивания тканей на уровне дермы и гиподермы, эти рубцы имели ширину более 5 миллиметров. U-образные атрофические рубцы были округлые или овальные с четкими отвесными вертикальными краями.

В анамнезе все пациенты указали на то, что получали различные методы лечения, включая лазерные фракционные методики эрбиевого и CO₂ лазера, но без существенного эффекта (после проведенных процедур отмечали покраснение лица и шелушение), поэтому нами были выбраны показатели CO₂ лазера, которые приводят к не только покраснению кожи, но и формируются чешуе – корки. В ранний восстановительный период (0–7 дней) назначался водный раствор антисептика, эпителизирующий препарат Epitheliale Ultra – это смягчающий восстанавливающий крем с анестетиком, со вторых суток топический антибактериальный препарат (мазь супироцин 2% два раза в день), увлажняющий крем по типу кожи, фотопротекторы - солнцезащитный фактор Sun Protection Factor, SPF более 30 в течение минимум 2 месяцев.

После процедуры через 10 – 14 дней выявлено улучшение морфофункциональных показателей рубцовой ткани, зафиксировано значительное улучшение исходно сниженных показателей качества жизни. Перед началом терапии показатель интегральной оценки внешнего вида рубцов составлял $6,5 \pm 0,3$, $6,3 \pm 0,4$ и $5,3 \pm 0,4$ балла у пациентов трех групп соответственно, после окончания курса терапии $-1,5 \pm 0,5$, $1,3 \pm 0,5$ и $1,2 \pm 0,4$ балла. Нежелательными явлениями у пациентов были жжение и эритема в месте проведенного лазерного воздействия, которые полностью купировались после окончания процедуры, а также возникновение чешуе-корок, которые сохранялись в течении 5-7 дней, затем отмечалась посттравматическая эритема – от 7 до 14 дней. После чего все пациенты отметили отличный результат по выравниванию кожи лица, пациенты наблюдались в течении года, результат сохранялся.

Заключение. Эффективность CO₂ лазера в суперимпульсном режиме на высоких параметрах при лечении постакне у пациентов подтверждается совокупностью показателей: высоким профилем безопасности, положительной динамикой клинического статуса, функциональных свойств рубцовой ткани и показателей качества жизни.

* * *

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ ДВУХВОЛНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ ЛАЗЕРА НА ПАРАХ МЕДИ

Ключарева С.В.¹, Сахарова М.В.¹, Пономарев И.В.²

¹Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург,

²Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН,
Москва

Пациенты часто обращаются дерматологам для удаления различных пигментированных новообразований как солнечное лентиго (СЛ), себорейный кератоз (СК) и меланоцитарные невусы (МН).

Эти пигментные дефекты кожи косметически нежелательны для пациентов из-за их локализации на открытых участках тела.

Основное преимущество лазерной терапии по сравнению к общепринятым методам лечения пигментных новообразований заключается в использовании метода селективного фототермолиза, который обеспечивает селективный тепловой некроз меланосом, при ограниченном распространении коагуляционного некроза на окружающие ткани. Следовательно, достигается отличный косметический результат с минимальным риском образования рубцов. К тому же такая лазерная терапия очень хорошо переносится пациентами.

Поскольку меланин поглощает свет в широком диапазоне от 500 до 1100 нм, для селективного воздействия на пигментные новообразования можно использовать несколько различных лазерных систем видимого и ближнего инфракрасного излучения, а также источники импульсного света IPL. Время термической релаксации меланосом относительно короткое и составляет от 50 до 500 нсек, поэтому широкое применение нашли лазеры с модулированной добротностью (рубиновый, александритовый, Nd:YAG лазер), а также импульсные лазеры на красителе, лазеры на парах меди и бромида меди.

Лазерный аппарат на парах меди (модель Яхрома-мед, Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН) может излучать зеленый свет (длина волны 511 нм), желтый свет (длина волны 578 нм) или комбинированный спектр на двух длинах волн 578 и 511 нм одновременно. Желтая длина волны используется для селективного нагрева сосудов увеличенного диаметра. Зеленый свет с длиной 511 нм волны эффективно применяется для обработки эпидермальных пигментных новообразований кожи.

Цель. Целью данного исследования явилась оценка эффективности применения двухволнового излучения лазера на парах меди (ЛПМ) для лечения доброкачественных пигментных новообразований: солнечное лентиго (СЛ), себорейный кератоз (СК) и меланоцитарные невусы (МН).

Материалы и методы. Было проведено лечение двухволновым излучением ЛПМ (аппарат «Яхрома-Мед») 12 пациентам с СК, 8 пациентам с СЛ и 6 пациентам с МН (диагноз подтверждался дерматоскопически и при необходимости консультацией онколога) Результаты оценивали через 1 месяц после лазерного воздействия. Процедура лазерного лечения хорошо переносилась без применения анестезии. Мы выполнили процедуру моделирования нагрева ткани двухволновым излучением ЛПМ на основе программного обеспечения математического моделирования Matlab и его приложений для решения дифференциальных уравнений в частных производных Femlab и с использованием метода конечных элементов, описанного в работе. Для расчетов толщина эпидермиса была выбрана равной 70 мкм, толщина базального слоя была принята равной 15 мкм.

Рассчитана глубина, на которой пигмент и сосуды различных диаметров могут быть избирательно нагреты до температуры выше 65 градусов Цельсия (что обеспечит их коагуляцию) при условии, что температура базального слоя не будет превышать 80 градусов Цельсия для II и IV типа кожи, что соответствовало в параметрах расчета 5% и 14% концентрации меланина в базальном слое.

Результаты. Процедура проводилась с использованием лазерного пера с диаметром светового пятна 0,7 мм на коже пациента. Был проведен 1-3 сеанса лечения. Средняя мощность была выбрана на уровне 0,3 Вт с длительностью экспозиции 0,2 с, что соответствовало значению энергетической экспозиции (флюенса) 15 Дж/см². Сразу после лечения наблюдалась легкая эритема на обработанной площади. Через несколько дней после лечения на области обработки появлялись тонкие корочки, которые отслаивались в течение 7 дней после лечения, и пигментные новообразования разрешались без каких-либо заметных побочных эффектов. Снижение пигментации было получено у всех пациентов, а усредненная эффективность составила, 82,7%, 95,5% и 71,4% для солнечного лентиго, кератоза и меланоцитарного невуса соответственно.

Заключение. В этом исследовании мы продемонстрировали результаты лечения пациентов с СЛ, СК или МН, с использованием комбинированного спектра ЛПМ 578/511 нм.

Эффективное лечение эпидермальных пигментных новообразований было достигнуто за несколько сеансов (в ряде случаев за один сеанс) без побочных эффектов.

Приведены результаты компьютерного моделирования нагрева ткани и сосудов различных диаметров излучением ЛПМ для различных фототипов кожи, на основании которых определены безопасные режимы использования лазера на парах меди.

Таким образом, двухволновой режим ЛПМ с соотношением мощности на длинах волн 511 нм и 578 нм 3:2 является безопасным и эффективным для лечения солнечного лентиго, кератоза и меланоцитарного невуса.

* * *

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЕЙ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ АНР, ARNT И FLG У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФОТОТЕРАПИИ

Козлова И.В.¹, Лагун К.М.¹, Чикин В.В.¹, Карамова А.Э.¹,
Носов Н.Ю.¹, Городничев П.В.²

¹ФГБУ ГНЦДК Минздрава России,
Москва,

²НГФ ФГБУ ГНЦДК Минздрава России,
г. Нижний Новгород

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) – хроническое и рецидивирующее заболевание кожи, характеризующееся нарушением функции эпидермального барьера. В физиологических условиях гомеостаз кожи регулируется экспрессией барьерных белков, межклеточных липидов и корнеодесмосом в зернистом и роговом слоях. Одним из основных белков, участвующих в процессе терминальной дифференцировки кератиноцитов, является филаггрин (FLG). Для поддержания гомеостаза клетками кожи экспрессируется ряд белков, ведущую роль среди которых играет рецептор ароматических углеводородов (АНР). ARNT – это ядерный транслокатор АНР. Лигирование АНР контролирует окисление/антиокисление, барьерную функцию эпидермиса, фотоиндуцированный ответ, меланогенез и врожденный иммунный ответ. Экспрессия данных генов имеет значительное влияние на патогенез АтД. В лечении АтД используют фототерапию, а именно УФА- и УФВ-спектры. Основным механизмом действия УФА-1 является обеспечение иммуномодулирующего эффекта, основанного на апоптозе Т-хелперов в инфильтрате, супрессии уровня цитокинов, уменьшении количества клеток Лангерганса. Благоприятный эффект УФВ-облучения обусловлен тем фактом, что гетеродимеры, образованные ARNT и АНР, индуцируют транскрипцию различных генов, чувствительных к АНР, что приводит к усилению регуляции экспрессии FLG и, в конечном счете, к восстановлению барьерной функции эпителия.

Цель исследования. Оценить влияние УФА-1 и УФВ-311 терапии на динамику экспрессии генов АНР, ARNT и FLG у пациентов с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. В исследование включены 76 пациентов с АтД в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст 31±11 лет, 36 мужчин и 40 женщин) и 14 здоровых добровольцев в качестве контрольной группы. 39 пациентам с АтД проводили УФА-1 терапию, которую пациентам с II фототипом кожи назначали в начальной дозе облучения 1,0-5,0 Дж/см² с последующим повышением на 1,0-5,0 Дж/см² каждые 1-2 процедуры, пациентам с III фототипом – в начальной дозе 5,0-10 Дж/см² с последующим ее повышением на 5,0-10,0 Дж/см² каждые 1-2 процедуры. Процедуры УФА-1 облучения проводили 5 раз в неделю в течение 4 недель. 37 пациентам с АтД проводили узкополосную (УФВ-311) фото-

терапию. УФВ-311 терапию начинали в дозе от 0,05 до 0,3 Дж/см², повышая ее каждые 1-2 процедуры пациентам с II фототипом кожи на 0,03-0,05 Дж/см², а пациентам с III фототипом – на 0,05-0,1 Дж/см². Процедуры УФВ-311 терапии проводили 4 раза в неделю в течение 5 недель.

Проводили анализ изменения уровней экспрессии генов AHR, ARNT и FLG у больных АТД под действием УФА-1 (39 пациентов) и УФВ-311 терапии (37 пациентов). Уровни экспрессии мРНК в биоптатах кожи определяли относительно эндогенного контроля GAPDH с использованием метода ПЦР с обратной транскрипцией в режиме реального времени. Статистический анализ данных проводили на языке программирования R (версия 4.3.3) с использованием метода 2-ΔΔCt.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам было проведено 20 процедур УФ-терапии. Средняя суммарная доза УФА-1 облучения составила 407,9±138,7 Дж/см². Средняя суммарная доза УФВ-311 облучения составила 10,6±2,9 Дж/см². При сравнении значений уровней экспрессии генов AHR, ARNT и FLG до и после УФ-терапии без деления на подгруппы по методу терапии обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$) для всех трех генов. После проведения курса УФ-терапии отмечена общая тенденция повышения экспрессии генов AHR, ARNT и FLG у пациентов в 1,5, 1,3 и 1,7 раз, соответственно, по сравнению со значениями до терапии. В группе пациентов до УФ-терапии наблюдалось снижение экспрессии генов AHR, ARNT и FLG по сравнению с контрольной группой в 1,2, 1,7 и 1,4 раза, соответственно. Следует отметить, что после проведения терапии уровни экспрессии исследованных генов статистически значимо не отличалась от контрольной группы.

Далее группы пациентов до и после УФ-терапии делили на подгруппы по методу терапии и попарно сравнивали. Статистически значимые различия ($p < 0,05$) обнаружены в подгруппе УФА1-терапии для генов AHR и ARNT, в группе узкополосной фототерапии – для генов AHR, ARNT и FLG. Экспрессия гена AHR повысилась после УФА-1 терапии в 1,7 раз, а после узкополосной фототерапии в 1,4 раза. Экспрессия гена ARNT повысилась после УФА-1 терапии в 1,2 раза, а после узкополосной фототерапии – в 1,5 раз. Экспрессия гена FLG повысилась после узкополосной фототерапии в 1,6 раз.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что проведение УФ-терапии положительно влияет на экспрессию генов AHR, ARNT и FLG у пациентов с атопическим дерматитом. Проведение узкополосной фототерапии повлияло на повышение экспрессии всех трех генов, в то время как УФА-1 терапия способствовала повышению экспрессии генов AHR и ARNT. Тем самым, получены данные говорят о том, что механизм терапевтического действия УФ-терапии может быть связан с воздействием ультрафиолетового излучения на экспрессию изученных генов.

* * *

ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ JAK-STAT И ТРАНСКРИПЦИОННЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГРИБОВИДНЫМ МИКОЗОМ

Козлова И.В., Воронцова А.А., Карамова А.Э., Носов Н.Ю.

ФГБУ ГНЦДК Минздрава России,

Москва

Актуальность. Грибовидный микоз (ГМ) является наиболее распространенным вариантом Т-клеточной лимфомы кожи. Важную роль в развитии заболевания играют нарушения регуляции экспрессии генов и путей передачи сигналов цитокинов. Сигнальный путь JAK-STAT является центральным путем регуляции экспрессии генов иммунной системы, а также контролирует процессы пролиферации и миграции клеток, их дифференцировку и реализацию апоптотической программы.

Цель исследования. Оценить уровни экспрессии генов сигнального пути JAK-STAT и транскрипционных факторов у пациентов с ГМ в видимо непораженной коже и в очаге поражения в сравнении со здоровым контролем.

Материалы и методы. В исследование включены 46 пациентов с диагнозом «грибовидный микоз, ранние стадии»; контрольную группу составили 14 здоровых добровольцев. Исследование проводилось в биоптатах видимо непораженной кожи и очага поражения у пациентов с ГМ, а также в коже здоровых лиц. Уровни экспрессии генов JAK1, JAK2, JAK3, STAT1, STAT2, STAT3, STAT4, STAT5A, STAT5B, STAT6, NFKB1, FOXP3, GATA3 и IRF4 в исследуемых образцах определяли относительно эндогенного контроля GAPDH с использованием метода ПЦР с обратной транскрипцией в режиме реального времени. Статистический анализ данных проводили на языке программирования R (версия 4.3.3) с использованием метода 2-ΔΔCt.

Результаты и обсуждение. Выявлено разнонаправленное изменение уровней экспрессии ряда генов сигнального пути JAK-STAT и транскрипционных факторов в видимо непораженной коже и в очаге поражения пациентов с ГМ в сравнении с контрольной группой. В видимо непораженной коже обнаружены статистически значимое ($p < 0,05$) повышение экспрессии генов JAK3, STAT2, STAT6 и GATA3 в 1,9, 1,5, 1,6 и 1,5 раз, соответственно, и статистически значимое ($p < 0,05$) снижение экспрессии JAK2 в 2,9 раз. В очаге поражения наблюдались статистически значимое ($p < 0,05$) повышение экспрессии генов JAK3, STAT1, STAT2, FOXP3 и IRF4 в 4,4, 2,8, 1,7, 3,4 и 2,2 раза, соответственно, и снижение экспрессии генов JAK2 и GATA3 в 3,5 и 1,6 раз, соответственно. Обращает на себя внимание статистически значимое повышение экспрессии генов JAK1, STAT6 и GATA3 в непораженной коже, в то время как в очаге поражения значение экспрессии этих генов приближается к контролю.

При корреляционном анализе между экспрессией изучаемых генов цитокинов и клиническими индексами тяжести mSWAT и BSA пациентов, включенных в исследование,

в очаге поражения обнаружены статистически значимые слабые отрицательные корреляции mSWAT со STAT4 ($r=-0,352$, $p<0,05$) и STAT5B ($r=-0,312$, $p<0,05$); BSA со STAT4 ($r=-0,322$, $p<0,05$), STAT5A ($r=-0,301$, $p < 0,05$) и STAT5B ($r=-0,321$, $p<0,05$); других достоверных отличий в очаге поражения не обнаружено.

В видимо непораженной коже обнаружены отрицательные корреляции средней силы GATA3 с mSWAT ($r=-0,456$, $p<0,05$), а также GATA3 с BSA ($r=-0,440$, $p<0,05$); других статистически значимых корреляций экспрессии генов с клиническими индексами в видимо непораженной коже обнаружено не было.

Выводы. Результаты исследования показали, что профиль экспрессии генов внутриклеточных путей сигнализации в очагах поражения и в видимо непораженной коже пациентов с ГМ отличается как от контрольной группы, так и между собой. Отсутствие либо наличие слабых корреляций между клиническими индексами тяжести и экспрессией изучаемых генов в очагах поражения может говорить о том, что выраженность и интенсивность клинических проявлений не зависит от уровня экспрессии молекулярных показателей. Выявленные различие в профиле экспрессии в непораженной коже больных ГМ в сравнении с очагом поражения и контрольной группой, могут указывать на то, что в непораженной коже уже запущены механизмы злокачественной лимфо-пролиферации несмотря на отсутствие клинических проявлений.

* * *

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Коногорова И.Н., Каргапольцева Е.А.,

Улитина И.В., Павлова Е.В.

БУ ХМАО-Югры

«Сургутский клинический кожно-венерологический диспансер»,

г. Сургут

Актуальность проблемы. Нейрофиброматоз первого типа, нейрофиброматоз второго типа и шванноматоз – это заболевания, которые отличаются динамическим развитием и имеют схожие клинические проявления, что осложняет постановку клинического диагноза, особенно на этапе клинического дебюта. В то же время появление новых методов патогенетической терапии и высокий риск передачи заболевания потомству обуславливают необходимость ранней и своевременной диагностики.

Цель. Данная информация представлена с целью усиления формирования осведомленности данного заболевания, ранней диагностики, маршрутизации, профилактирования и своевременно начатого лечения смежными специалистами: педиатрами, дерматовенерологами, неврологами, генетиками, травматологами-ортопедами, онкологами, офтальмологами, эндокринологами, кардиологами, хирургами, психиатрами, медицинскими психологами, гастроэнтерологами, пульмонологами.

Клинический случай.

Пациентка М.А.А., 2007 г.р. обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу кожно-венерологического диспансера г. Сургута в сопровождении матери с жалобами на высыпания на коже лица, шеи, туловища, конечностей, без субъективных ощущений.

Анамнез заболевания: мать считает больным с младенчества, очаг на коже боковой поверхности слева в течение 2,5 лет. Начало заболевания ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечились, неоднократно обращались к педиатру, дополнительного обследования, лечения не проводилось.

Анамнез жизни:

Ребенок рожден на 32 неделе беременности с диагнозом: ВПС – стеноз клапана легочной артерии (оперативное лечение в 8 мес.). Растет и развивается в соответствии с возрастом.

На «Д» учете у других специалистов не состоит. Прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ, в/оспа в 2010г. Наследственность отягощена у отца, со слов, такие же пятна. Аллергические реакции на лекарственные препараты в прошлом отрицает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Патологический кожный процесс носит распространенный характер. На коже лица, шеи, заушных областей, туловища, конечностей множественные рассеянные пятна гипер-

пигментации, с четкими границами, округлой и овальной формы, диаметром от 0,3 см - 1,0 см, склонные к слиянию. На коже спины пятно коричневого цвета сливного характера, с четкими границами, неправильной формы, размером 22,0 * 25,0 см. На коже боковой поверхности туловища слева застойное образование, мешковидно свисающее в виде бляшки, застойно-розово-красного цвета, с синюшным оттенком, овальной формы, размером 9,0*10,5 см, мягкое, тестоватой консистенции, отмечается резкое снижение эластичности кожи, при пальпации пациентка ощущает повышение чувствительности и болезненность. Дерматоскопически без признаков дисплазии.

Другие высыпания на коже и видимых слизистых: нет. Дермографизм красный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Пациентка была направлена на обследование и лечение к смежным специалистам.

Учитывая жалобы пациентки, данные анамнеза и клинической картины, был выставлен диагноз: Q85.0 Нейрофиброматоз 1 типа. Плексиформная нейрофиброма боковой поверхности туловища слева.

Выводы. Нейрофиброматозы – группа орфанных заболеваний с частично перекрывающимся спектром фенотипических проявлений, что в совокупности с индивидуальной вариабельностью клинической картины затрудняет диагностический поиск. Для пациентов на этапе клинического дебюта заранее известный диагноз позволяет избежать биопсии в тех случаях, когда клинико-рентгенологические признаки опухоли не позволяют однозначно определить ее тип. Данные преимущества доступны детям, унаследовавшим мутацию от родителя, при условии своевременной молекулярно-генетической диагностики. Сегодня молекулярно-генетическая диагностика имеет важнейшее клиническое значение и должна быть предложена всем пациентам с подозрением на НФ.

* * *

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДОКРИНОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Корнишева В.Г., Федорова А.О., Гулордава М.Д., Свиридова К.В.

Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Псориаз является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной дерматологии. В последние годы дерматологи стали больше обращать внимание на ассоциацию кожных проявлений псориаза с поражением других органов и систем. Для псориаза характерна сложность патогенетических механизмов, которые имеют ряд общих иммунологических признаков с такими заболеваниями, как сердечно-сосудистые, ожирение, сахарный диабет, воспалительные заболевания суставов и другие. Обнаружены гены общие как для псориаза, так и для встречающихся при нем коморбидных состояний.

Цель исследования. Анализ встречаемости эндокринопатии среди коморбидных состояний у пациентов с псориазом.

Материалы и методы. Проведено изучение сопутствующей патологии у 124 больных псориазом. В исследование включены 52 (42%) женщины и 72 (58%) мужчины, средний возраст составил 47±1,7 лет. Основную часть составили пациенты старше 36 лет. Обычной формой псориаза страдали 46(37%) пациентов, эксудативной – 30 (24,2%). Псориатический артрит был у 44(35,5%) больных, эритродермическая форма у 4 (3,3%). Половина больных с псориатическим артритом (23,18,5%) – это лица пожилого возраста (от 56-75 лет). Длительность течения псориаза у 83% пациентов была более 5 лет, из которых у 58% – более 10 лет. Начало заболевания 86 (69,4%) пациентов связывали со стрессовыми ситуациями, 29 (23,4%) – с инфекционными заболеваниями. Для выявления сопутствующей патологии проводились общеклинические лабораторные и инструментальные исследования (ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, по показаниям – ФГДС), консультации специалистов: терапевта, эндокринолога ревматолога.

Результаты и обсуждение. При обследовании 124 пациентов коморбидная патология выявлена у 117 (94,3%) больных псориазом, у которых по частоте встречаемости на первом месте была патология желудочно-кишечного тракта (75%). Патология сердечно-сосудистой системы выявлена у 54 (46,2%) больных. Преобладала артериальная гипертензия (39,5%). Заболевания миокарда и коронарных артерий диагностированы у 37 (31,6%) обследованных. По частоте выявляемости заболевания эндокринной системы были на третьем месте (24,8%) и были представлены сахарным диабетом (6,8%), заболеваниями щитовидной железы (18,8%) и ожирением (11,1%). У пациентов с псориатическим артритом и патологией щитовидной железы чаще выявлялся аутоиммунный ти-

реоидит. Связь между заболеванием щитовидной железы и псориазом не ясна. Гормоны щитовидной железы участвуют в реализации стрессорных реакций в организме. Как при заболеваниях щитовидной железы, так и при псориазе наблюдается воспаление, опосредованное Т-хелперами 1. Также существует несколько генов, которые участвуют в патогенезе этих заболеваний. Таким образом у пациентов с псориазом имеется риск возникновения заболеваний щитовидной железы, что требует дальнейшего исследования.

Выводы. Проведенный анализ показал, что псориаз у 94,3% пациентов сочетался с различной коморбидной патологией. Эндокринопатия встречалась у 24,8% обследованных. Наиболее часто встречалась патология щитовидной железы (18,8%). Коморбидную патологию следует учитывать при выборе тактики проводимого лечения и разработке новых терапевтических подходов при псориазе.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ОСТЕОПОРОЗОМ

Логунова О.А.^{1,2}, Орлова О.С.^{2,3,4}, Белоногова Е.Г.^{2,5}

¹ООО «Лахта клиника»,

Санкт-Петербург,

²Благотворительный фонд «Дети-бабочки»,

³ГБУЗ МО «НИКИ детства МЗ МО»,

⁴НИИ детской дерматологии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России,
Москва,

⁵Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова СПбГУ,
Санкт-Петербург

Актуальность. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – это редкая клинически и генетически гетерогенная группа заболеваний. Основным клиническим признаком является образование пузырей и эрозий на коже и/или слизистых оболочек в результате малейшей травматизации. Для дистрофического ВБЭ характерно мультисистемное поражение, одним из осложнений которых является вторичный остеопороз. Состояние костного ремоделирования при данной патологии изучено недостаточно.

Цель. Представить редкий клинический случай дистрофической формы ВБЭ, аутосомно-рецессивного типа наследования, сопровождающегося остеопорозом.

Материалы и методы. Проводился обзор литературных источников с помощью поисковых систем Elibrary, PubMed, Medline. Применялись клинико-anamnestические, лабораторные и рентгенологические методы исследования.

Описание случая: Пациентка О., 19 лет, подопечная благотворительного фонда (БФ) «Дети-бабочки». С рождения страдает рецессивным дистрофическим буллезным эпидермолизом, генерализованным тяжелым типом. Находится под постоянным наблюдением специалистов БФ. Неоднократно проходила обследования и лечение в Университетской клинике г. Фрайбурга (Германия), ФГАУ НМИЦ ЗД (г. Москва). В мае 2024 г. появились жалобы на сильную боль в поясничной области, ограничение движения, нарушение сна из-за боли. Получена консультация невролога.

Рекомендовано: УЗИ внутренних органов + почек, общий анализ мочи, клинический анализ крови. Рентген позвоночника в прямой и боковой проекции. КТ позвоночного столба. Денситометрия. Консультация травматолога-ортопеда, эндокринолога.

Объективно: состояние тяжелое за счет болевого и кожного синдромов. Положение вынужденное. Вес 22 кг. Рост стоя 127 см. Пониженного питания. Кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер, представлен пузырями, эрозиями, корками, чешуйками, рубцами, милиумами. Локализуется в области лица, шеи, туловища и конечностей. На лице в области лба, височной области, периорбитальной области на эритематозном

фоне множество милиумов. На руках частичная псевдосиндактилия и контрактуры межфаланговых суставов. Ногти на руках и стопах отсутствуют. Микростомия анкилоглоссия. Костная система – сколиоз позвоночника, умеренно выраженные контрактуры коленных суставов. Стул – запоры, болезненность.

Проводимые обследования. По данным лабораторных исследований от 13.05.24: уровень кальция (2,15 ммоль/л) и фосфора (1,36 ммоль/л) соответствуют нижним границам нормы, щелочная фосфатаза (147,65 Ед/л) повышена, выраженный дефицит витамина D (9,28 нг/мл). Рентгенография кистей (оценка костного возраста): костный возраст соответствует примерно 12 годам, отстает от календарного на 6 лет. Остеоденситометрия тазобедренных суставов от 08.05.24: при исследовании правой бедренной кости Z-критерий составляет -4.66, выраженный остеопороз. При исследовании левой бедренной кости Z-критерий составляет -5.25, выраженный остеопороз. Рентгенография поясничного отдела позвоночника от 30.03.24: рентген-картина с признаками системной остеодистрофии в виде диффузного остеопороза и вторичной диффузной деформации со снижением высоты всех тел позвонков исследуемой области, по типу «рыбьих», в разной степени выраженности. Наиболее сниженные из них Th8-10, Th12, L1, L3-5.

Диагностированы: Системный остеопороз. Патологические компрессионные переломы Th8-10, 12-L5. Множественные протрузии и компрессионные переломы позвоночника, грыжа L4-L5 (3.3 мм). Болевой синдром, 8 баллов по шкале ВАШ. Правосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника. Нанизм смешанного генеза. Дисменорея. Белково-энергетическая недостаточность умеренной степени. Дефицит витамина D. Анемия смешанного генеза, латентная. Хронические запоры. Синдром мальабсорбции.

План лечения. Принимает витамин D, препараты кальция, Форлак, при болевом синдроме НПВС. Ежедневные перевязки с использованием специализированных атравматичных материалов. Не исключается, что в данном случае остеопороз является коморбидным не исследованным состоянием. Рекомендована консультация генетика, проведение молекулярно-генетического исследования (костная панель), госпитализация в многопрофильный стационар для дальнейшего обследования и решения вопроса терапии остеопороза с использованием бифосфонатов и/или моноклональных антител.

Выводы. Процессы резорбции костной ткани преобладают над процессами костеобразования у пациентов с дистрофической формой ВБЭ, что можно объяснить не только нарушениями нутритивного статуса и дефицитом витаминов, но и сниженной физической активностью данной категории пациентов. Для снижения риска развития остеопении и остеопороза, а также возникновения патологических переломов, необходим регулярный контроль показателей костного ремоделирования, ежегодная остеоденситометрия, назначение питательных смесей и витаминов как в профилактических, так и в терапевтических целях, оптимизация физических нагрузок.

* * *

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

Мельник Е.П., Ломоносов К.М., Дороженко И.Ю.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва

Актуальность. Витилиго представляет собой хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся депигментацией кожи. Оно не только влияет на внешний вид пациента, но и на его психологический профиль. Психосоматические расстройства, с акцентом на вторично возникающие (нозогенные) тревожные и депрессивные нарушения, часто возникают у пациентов с витилиго и могут снижать эффективность терапии и приверженность пациентов к длительному лечению. Исследование взаимосвязи между психосоматическими расстройствами и результатами лечения витилиго имеет важное значение для разработки комплексных подходов к терапии этого заболевания.

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка влияния психосоматических расстройств на эффективность различных методов терапии витилиго. Исследование направлено на выявление корреляции между психологическим профилем пациентов и успешностью лечения, а также на разработку рекомендаций по интеграции психокорректирующей терапии в базовую терапию витилиго.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 пациентов с диагнозом витилиго. Участники были разделены на две группы: контрольную (50 человек) и экспериментальную (50 человек), получавшие психотропный препарат первого ряда – алимемазин, начиная с дозировки 2,5 мг.

Пациентам данной группы будет проводиться терапия, согласно стандартам оказания медицинской помощи больным витилиго с проведением комбинированной терапии с алимемазином. Алимемазин является одним из наиболее часто используемым психотропным препаратом первого ряда, доказавшим свою эффективность и безопасность у широкого контингента больных, не допускаются пациенты с симптомами угнетения ЦНС, в т.ч. при интоксикации алкоголем, барбитуратами и другими лекарственными средствами, оказывающими угнетающее влияние на ЦНС, патологические изменения картины крови, миелодепрессия, беременность, лактация, повышенная чувствительность к алимемазину.

Психологический профиль пациентов оценивался с использованием следующих тестов и шкал: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Дерматологический индекс качества жизни (Dermatology Life Quality Index), VitiQoL, Vitiligo Impact Scale (VIS)-22. Эффективность терапии витилиго оценивалась на основе изменений площади пораженных участков кожи и уровня репигментации через 6 месяцев лечения.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что пациенты с выраженными психосоматическими расстройствами демонстрировали меньшую эффективность терапии витилиго по сравнению с пациентами с нормальным психологическим профилем. В контрольной группе улучшение состояния кожи наблюдалось у 40% пациентов, тогда как в экспериментальной группе – у 70%. Эти данные свидетельствуют о значительном влиянии психосоматических факторов на результаты лечения.

Дополнительное психотерапевтическое лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и методы релаксации, способствовало улучшению психологического профиля пациентов и повышению эффективности терапии витилиго. В экспериментальной группе отмечалось снижение уровня депрессии и уровня социальной тревожности, что коррелировало с более выраженными улучшениями в динамике кожного процесса.

Выводы. Исследование подтвердило значительное влияние психосоматических расстройств на эффективность терапии витилиго. Пациенты с более высоким уровнем социальной тревожности, депрессии и стресса демонстрировали меньшую эффективность лечения. Интеграция психокорректирующей терапии в стандартную терапию витилиго приводит к улучшению психологического профиля пациентов и результатов лечения, что подтверждает важность комплексного подхода к терапии витилиго, благодаря чему можно значительно повысить качество жизни пациентов и эффективность проведенного лечения.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ ПАТОЛОГИИ

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
г. Благовещенск

Аннотация. При многих вирусных заболеваниях поражение кожи и слизистых встречается довольно часто. При высыпаниях на коже, с различными клиническими симптомами пациент может обратиться к врачам любой специальности, очень часто к врачам-дерматовенерологам, считая, что высыпания на коже связаны с аллергией. Чаще всего с экзантемами сталкиваются врачи-педиатры, так как большинство «детских инфекций» протекают с изменениями на коже. Поэтому при осмотре детей очень важно тщательно выяснить анамнез заболевания, в том числе эпидемиологический, внимательно дать характеристику первичных и вторичных элементов, общим симптомам (температура, слабость, длительность существования элементов, их размеры, форма, края, очертания, на какой день от начала заболевания появились высыпания на коже и т.д.), при необходимости провести лабораторные исследования, подтверждающие вирусный характер заболевания. Общие сведения. По данным разных источников, до 20% всех обращений к педиатрам связано именно с патологией кожного покрова. Высыпания на коже у детей могут быть проявлениями инфекционной патологии (вирус-Эпштейна-Барр, герпетическая инфекция, цитомегаловирусная инфекция, кожные проявления, вызванные вирусом Парво-19, проявления по типу полиморфной экссудативной эритемы и др.). Приведенные случаи свидетельствуют о необходимости тщательного осмотра детей и тщательного сбора эпидемиологического анамнеза.

Цель демонстрации. Ребенок М., 6 лет, госпитализирована в инфекционную больницу машиной СМП с жалобами на высокую температуру, слабость и высыпания на коже. Со слов мамы заболела остро, после посещения детского сада. При сборе эпидемиологического анамнеза аналогичные высыпания появились еще у нескольких детей из группы. Был консультирован дерматологом. Кожный патологический процесс носит распространенный характер с локализацией в области лица, туловища, конечностей, в области ладоней. Представлен обильной экзантемой сливного характера- симметричная, кружевная, сливная на запястьях и лодыжках, в области ладоней и щек ярко-розового цвета. Слизистые полости рта без высыпаний. При верификации диагноза соскоба с слизистой ротоглотки методом ПЦР диагностики установлена парвовирусная инфекция 19 типа.

Болеют чаще дети 4-10 лет. Инкубационный период составляет 4-21 день. За 2-5 дней до появления сыпи у ребенка развиваются катаральные и диспепсические симптомы. Возможен ринофарингит, диарея, лихорадка. В это время ребенок наиболее заразен. С появлением сыпи контагиозность больного резко

снижается. Период высыпаний начинается с покраснения щек, напоминающего следы от пощечин. Характерно, что этот симптом встречается только у детей. Через несколько дней на туловище и конечностях появляется пятнисто-папулезная сыпь. Экзантема довольно быстро превращается в «кружевную». Особенностью парвовирусной экзантемы является ее рецидивирующий характер. В течение нескольких недель сыпь может исчезать и появляться вновь после купания, перегревания и т.д.

Ребенок А, 11 месяцев. Направлена на консультацию к дерматовенерологу из инфекционной больницы. Начало заболевания острое, с высокого подъема температуры, наличием катаральных явлений, через сутки появились высыпания, распространенные, по всему телу. Кожно-патологический процесс представлен множественными округлыми пятнами, от бледно-розовых до темно-фиолетового цвета, размерами от 0,5 до 2 см в диаметре, похожими на «мишень». В центре пятен имелись темные корочки, окруженные концентрическими красными кругами, соответствующие расширенным сосудам. Также было обнаружено поражение слизистой полости рта в виде эрозий размерами до 0,3 см в диаметре. Причины развития полиморфной эритемы в раннем детском возрасте включают инфекцию и применение лекарственных средств. С помощью ИФА у ребенка были выявлены антитела IgM, IgG вируса Эпштейна-Барр.

Инфекционный мононуклеоз – острое вирусное заболевание. Провоцирует заболевание вирус Эпштейна-Барра. ВЭБ – ДНК содержащий вирус из семейства вирусов герпеса. ВЭБ способен инфицировать разные типы клеток, включая эпителиальные клетки слизистых и В-клетки защитной системы организма. В большинстве случаев заражение у детей возникает воздушно-капельным путем во время тесного контакта с зараженным человеком в закрытых помещениях. Инкубационный период заболевания длится от 1 до 4 недель (зависит от состояния иммунной системы поднимается температура тела до 37,5-38°C, значительно увеличиваются лимфатические узлы. Среди основных признаков патологии отмечают: общее недомогание; повышенную усталость; покраснение горла; ломоту в теле; отсутствие аппетита; увеличение и покраснение небных миндалин; увеличение и болезненность лимфатических узлов в зоне шеи; головную боль; появление сыпи на теле.

Выводы. Таким образом, данные клинические наблюдения представляют интерес в плане дифференциальной диагностики пятнисто-папулезных экзантем для инфекционистов, дерматовенерологов, педиатров, врачей общей практики для правильной маршрутизации детей в специализированное учреждения при первичном обращении пациентов.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Мельниченко Н.Е.¹, Корнеева Л.¹, Чехута Е.С.²

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,

²ГБУЗ АО АОКВД,

г. Благовещенск

Аннотация. Болезнь Лайма, или клещевой боррелиоз – одно из самых распространенных заболеваний, классический природно-очаговый облигатно-трансмиссивный боррелиоз, возбудителями которого являются некоторые виды клещей рода *Ixodes*. Заражение чаще всего происходит попаданием боррелий непосредственно через слюну при укусе паразита, или во время расчесывания места укуса, в ходе которого происходит втирание слюны и фекалий клещей при его случайном раздавливании.

Общие сведения. Инкубационный период болезни Лайма обычно насчитывает 5-11 дней, но иногда характерные симптомы могут возникнуть и через месяц после контакта с клещом. Главный признак инфицирования – появление на месте укуса красного пятна кольцевой структуры с четкими контурами, с выраженным зудом и отечностью очага поражения. Его называют мигрирующей эритемой, потому что оно иногда перемещается. Одновременно с этим у больного может появиться ломота в суставах, головная боль, повышенная температура. Через 3-8 недель покраснение исчезает, ОРВИ тоже довольно быстро проходит, и человек чувствует себя относительно здоровым. Но болезнь может прогрессировать: возникают боли в суставах, нарушается работа сердечно-сосудистой и нервной систем, ухудшается память, зрение и слух, возникают неврологические расстройства, снижается иммунитет. Чаще всего больные с проявлениями на коже обращаются к врачу дерматовенерологу. Здесь очень важным является правильный сбор анамнеза, выявление причины появления высыпаний на коже, тщательный осмотр больного, и, при необходимости проведение лабораторных исследований для исключения Лайм-боррелиоза.

Цель демонстрации. Больная А, 38 лет, обратилась к врачу-дерматологу с жалобами на появление пятна на передней поверхности левой голени. Из анамнеза выяснено, что больна в течении нескольких месяцев. Пятно постепенно увеличивалось в размерах и немного уплотнилось, изменило цвет от розового до красного с желтоватым оттенком. При сборе эпидемиологического анамнеза отметила, что была в лесу, со слов больной видимо были укусы «комаров». Через несколько дней появилась слабость, субфебрильная температура, недомогание. Потом эти явления исчезли, но появившееся пятно стало увеличиваться в размерах, уплотняться и изменять окраску, по поводу чего обратилась к дерматологу. Объективно: на передней поверхности левой голени очаг размером 6x8 см в диаметре с четкими контурами, красного цвета с желтоватым оттенком. При пальпации отмечается уплотнение очага. Паховые лимфоузлы слева до 1 см в диаметре, безболезненные при пальпации. Остальной кожный

покров без изменений. Первоначальный диагноз при поступлении – поверхностная склеродермия, кольцевидная эритема? Больной было назначено обследование для исключения Лайм-боррелиоза. Методом ИФА были обнаружены антитела Ig G к *Borrelia burgdorferi*. Больная была направлена на консультацию к инфекционисту для окончательного подтверждения диагноза и назначения соответствующей терапии.

Выводы. Данный случай интересен тем, что врачам-дерматологам нельзя забывать о клинических проявлениях такого заболевания, как Лайм-боррелиоз, тщательно проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями со схожей клинической симптоматикой.

* * *

СЛУЧАЙ ЭРУПТИВНОГО КСАНТОМАТОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
г. Благовещенск

Аннотация. Ксантоматоз кожи – это обменное заболевание, характеризующееся отложением в коже холестерина и/или триглицеридов вследствие нарушенного липидного обмена. Впервые ксантоматоз кожи был описан в 1835 г. P.F. Raueг. Было отмечено, что при данном заболевании происходит отложение липидов в коже в следствие гиперлипопротеинемии при общем нарушении обмена липидов. W.P. Smith в 1863 г. впервые предложил назвать эти очаговые отложения триглицеридов и холестерина в коже и в некоторых тканях «ксантомами» или «липоматозными фибромами»

Общие сведения. Ксантомы являются одними из внешних проявлений гиперлипидемии и мультифокального атеросклероза. При нарушенном липидном обмене у больных могут наблюдаться также ксантелазмы, атеросклероз, липоидная дуга роговицы и даже пороки сердца, обусловленные отложением липидов на клапанах. В зависимости от типа и характера нарушений липидного обмена, заболевание может проявиться в разном возрасте – от детского и подросткового до преклонного и старческого. В результате сложных процессов липиды начинают проникать в клетки и межклеточное пространство тканей кожи и сухожилий, формируя там скопления, которые визуально определяются как ксантомы. Множественное образование таких скоплений на кожных покровах и носит название ксантоматоза. Ксантомные клетки представляют собой преимущественно макрофаги, которые содержат суданофильный материал – капельки липидов, образующие крупные или небольшие скопления. Разные типы ксантом различаются по характеру скопления ксантомных клеток, наличием примеси клеток других типов и химическим составом внутриклеточных липидных капелек. В большинстве случаев ксантомы возникают вследствие гиперлипидемии, либо первичной (в результате генетической предрасположенности к нарушению метаболизма липидов), либо вторичной (вследствие различных заболеваний, непосредственно не связанных с метаболизмом липидов). Диагноз ксантоматоза выставляют на основании общего осмотра кожных покровов пациента, биохимического анализа крови, исследование липидограммы, биопсии кожи. При осмотре дерматовенерологом выявляются различные по форме, размерам и локализации образования от желтого до коричневого цвета, которые могут быть окружены багрово-красной каймой или неизменной кожей. Они безболезненны и не вызывают у пациента никакого беспокойства, за исключением эстетического дефекта. Часто сопровождается алиментарным ожирением.

Различают несколько видов ксантом: туберозные (бугорчатые), сухожильные, плоские и эруптивные (узелковые). Термин «эруптивный ксантоматоз» образовался от латинского «eruptio», что означает «внезапное появление» или «высыпание». Эруптивные ксантомы обычно появляются внезапно и в большом количестве. Описаны ксантомы внутренних органов, например, слизистой оболочки желудка. Эруптивные ксантомы представляют собой множественные симметрично расположенные узелки от желтого до коричневого цвета с красным ободком. Узелки могут сливаться в бляшки дольчатого строения или неподвижные конгломераты, спаянные между собой. Эруптивные ксантомы часто сочетаются с ксантелазмами век и сухожильными ксантомами. Наиболее изученными причинами вторичных гиперлипидемий являются: панкреатит, нефротический синдром, билиарный цирроз, алкоголизм, системная красная волчанка, заболевания щитовидной железы и сахарный диабет. В клинической практике эруптивный ксантоматоз встречается нечасто. Точные данные по распространенности этой патологии, обусловленной вторичными гиперлипидемиями, отсутствуют. Наблюдаются гендерные различия по частоте встречаемости эруптивного ксантоматоза. Так, у мужчин подобные элементы сыпи выявляются в 2,4 раза чаще, чем у женщин.

Цель демонстрации. Пациент Д. 41 год. Обратился в поликлинику ГБУЗ АО «АОКВД» в феврале 2023 г. с жалобами на распространенные высыпания на коже верхних конечностей и туловища, умеренный зуд. Считает себя больным в течение 3х месяцев, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей. Начало заболевания ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечился. За медицинской помощью обратился к врачу-дерматовенерологу в ГАУЗ АО «ГП №4». Направлен на дообследование в ГБУЗ АО «АОКВД» с диагнозом: Контагиозный моллюск. Из анамнеза известно, что пациент страдает сахарным диабетом 2 типа. Локальный статус: кожный процесс носит распространенный характер, локализован на коже плеч, предплечий, ладоней, спины, ягодиц. Высыпания представлены множественными симметрично расположенными красновато-желтыми узелками полушаровидной формы, величиной 3-5 мм, плотной консистенции, с венчиком легкой эритемы. Другие участки кожного покрова и слизистых оболочек свободны от высыпаний. Ногтевые пластины стоп и кистей визуально не изменены.

Лабораторные показатели крови и мочи в пределах клинической нормы. Прижизненное патологоанатомическое исследование от 15.02.2023г.: эпидермис атрофичен, в дерме скопление светлых клеток с липидами, незначительное воспаление. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, лабораторного и инструментального обследования выставлен диагноз: Эруптивный ксантоматоз кожи. Пациент направлен на консультацию к смежным специалистам (терапевт, кардиолог, эндокринолог) для дообследования и лечения сопутствующей патологии.

Выводы. Эруптивный ксантоматоз кожи, как одно из внешних проявлений вторичных гиперлипидемий и мультифокального атеросклероза, в практике врача-терапевта встречается нечасто. Подобные патологические изменения кожи свидетельствуют о серьезных нарушениях липидного обмена у пациента. Врачебная тактика в данной клинической ситуации заключается в назначении рациональной гиполипидемической фармакотерапии и адекватном лечении основного заболевания, ставшего причиной развития или усугубления нарушений липидного обмена.

* * *

ВАЖНОСТЬ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ КОЖНЫХ ФОРМАХ ВАСКУЛИТОВ

Мишин С.А., Грабовская О.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва

Актуальность. Гистологическое исследование является незаменимым инструментом в диагностике кожных форм васкулитов, обеспечивая точность диагноза и эффективность терапии. По данным литературы известно, что гистологическое и иммуногистохимическое исследования имеют ключевую роль при проведении дифференциальной диагностики кожных форм васкулита с другими дерматологическими заболеваниями.

Цель. Оценить диагностическую значимость гистологического и иммуногистохимического исследования при постановке диагноза и определении типа дермального васкулита.

Материалы и методы. С помощью баз данных Google Scholar, Cyberleninka, eLibrary, Sigla, PubMed был осуществлен поиск работ с проведенной диагностической биопсией у пациентов с установленным диагнозом дермальный васкулит. Также на базе клиники кожных и венерических болезней им В.А.Рахманова было проведено проспективное и ретроспективное исследование биоптатов пациентов с различными формами кожных васкулитов.

Результаты. По данным литературы гистологические находки при кожных формах васкулитов могут значительно различаться в зависимости от типа васкулита, но существует несколько общих характеристик, которые наиболее часто встречаются при различных его формах. В ходе проведенного проспективного и ретроспективного исследования нами было обследовано 20 биоптатов пациентов с различными формами кожных васкулитов. В ходе гистологического исследования у пациентов с кожными формами васкулитов наиболее частыми диагностическими находками были: периваскулярные инфильтраты - наиболее частый признак, представляющий собой скопление воспалительных клеток вокруг кровеносных сосудов. При данном гистологическом признаке тип клеток может варьироваться: нейтрофилы часто встречаются при острой фазе воспаления, тогда как лимфоциты и моноциты преобладают при более хроническом течении. Фибриноидный некроз стенок сосудов – повреждение стенок сосудов с отложением фибриноидного материала, что является признаком выраженного сосудистого повреждения. Лейкоцитоклазия – разрушение нейтрофилов с высвобождением их ядер, что может привести к формированию ядерных остатков (ядерная пыль), в тканях вокруг сосудов. Это признак активного воспаления. Эндотелиальный отек – отек внутренней выстилки сосудов,

что может привести к уменьшению просвета сосуда и нарушению кровотока. Тромбоз сосудов – образование тромбов внутри сосудов, приводящий к ишемии и некрозу окружающих тканей. Гиалиноз сосудов – патологический процесс, при котором происходит отложение гиалина (прозрачного, стекловидного вещества) в стенках кровеносных сосудов, который приводит к утолщению стенок кровеносных сосудов и сужению просвета в них и, следовательно, к нарушению нормального кровотока. Также немаловажной находкой является отложение иммунных комплексов в стенках сосудов – наличие которых определяется при проведении иммунофлюоресцентного анализа и является важным диагностическим критерием для иммунокомплексных васкулитов. При проведении реакции прямой иммунофлюоресценции были найдены отложения иммуноглобулинов (IgA, IgM, реже IgG), компонентов комплемента (C3, C1q) или фибриногена в стенке сосуда. Все лейкоцитокластические васкулиты являются результатом отложения иммунных комплексов в стенке сосудов и, следовательно, для данной формы кожного васкулита характерна положительная реакция прямой иммунофлюоресценции при иммуногистохимическом исследовании. Однако такие отложения развиваются с течением времени, и биопсия очага, существующего более 72 часов, наиболее часто показывает только отложения компонента комплемента C3 в стенке сосуда. Реакция прямой иммунофлюоресценции может служить дополнительным признаком для подтверждения диагноза IgA-васкулита при наличии преобладающих отложений IgA в стенке капилляров, хотя она не является специфичной. Отложения IgM также неспецифичны и условно упоминаются при наличии ревматоидного фактора или криоглобулинемии. И наоборот, отложения иммуноглобулинов в стенке сосудов без признаков васкулита не имеют практического значения.

Выводы. Гистологический анализ биопсии кожи позволяет визуализировать ключевые патологические изменения, такие как инфильтрация лейкоцитов, фибриноидный некроз и разрушение стенки сосуда. Проведенный иммунофлюоресцентный анализ подтвердил наличие иммунных комплексов IgA, IgG и комплемента C3 в образцах всех пациентов с установленным диагнозом дермальная форма васкулита, что указывает на иммунный характер воспаления. Эти данные не только помогают подтвердить наличие васкулита, но и выявляют тип васкулита, что критически важно для определения наиболее подходящего лечения и улучшения прогноза для пациентов. В конечном итоге, гистологическое исследование улучшает качество жизни пациентов за счет точной диагностики и персонализированного подхода к лечению.

* * *

ВИТИЛИГО: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Нагабедян Д.В., Тлиш М.М., Осмоловская П.С.
ФГБОУ ВО КУБГМУ Минздрава России,
г. Краснодар

Актуальность. Витилиго – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся потерей пигмента кожи. Удельный вес дерматоза в общей структуре дерматологических болезней составляет от 0,5 до 2%. Косметический дефект в виде депигментированных пятен значительно снижает качество жизни больных. В последние годы достигнут значительный прогресс в понимании этиопатогенеза витилиго. Считается, что дерматоз развивается из-за сложного сочетания генетики, окислительного стресса, воспаления и триггерных факторов окружающей среды. Пик заболеваемости приходится на период между первым и третьим десятилетием жизни. Болезнь регистрируется как у мужчин, так и у женщин независимо от расовой принадлежности. Большинство традиционных методов терапии данного заболевания ограничиваются назначением иммунодепрессантов, таких как топические и пероральные кортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, фототерапия. Кроме этого, описаны даже хирургические методы лечения витилиго. Однако эффективность и безопасность большинства из вышеперечисленных методов еще до конца не изучена.

Цель работы. На основании литературных данных оценить эффективность, безопасность и переносимость известных методов лечения витилиго.

Материалы и методы. Проведен поиск литературных источников, посвященных методам лечения витилиго, из следующих баз данных: Pub Med, eLibrary.ru, Web of Science, Scopus, Medline. Глубина поиска – 3 года.

Результаты. Относительно недавно появились данные о применении генно-инженерных биологических препаратов в терапии витилиго, таких как руксолитиниб, барицитиниб, тофацитиниб. Однако, учитывая единичные сообщения о применении этих препаратов у больных витилиго, требуются дальнейшие исследования для оценки эффективности и профиля их безопасности.

Кроме этого, в немногочисленных зарубежных работах описано сочетанное применение генно-инженерных препаратов и физиотерапевтических методов лечения. Так, например Kevin P. et al. в своем исследовании продемонстрировали положительный эффект использования ингибиторов JAK в сочетании с узкополосной ультрафиолетовой терапией (NB-UVB).

Отечественные и зарубежные исследования демонстрируют хорошую клиническую эффективность сочетанного применения местного витамина D (кальципотриола, такальцитола) в комбинации с узкополосной ультрафиолетовой терапией (NB-UVB).

Сочетание местных кортикостероидных препаратов с аналогами витамина D также показали достаточно хорошую эффективность и снизили риск побочных явлений, связанных с применением кортикостероидов в виде монотерапии.

Комбинированное использование фракционных абляционных лазеров для шлифовки с 5-фторурацилом на сегодняшний день является противоречивым методом терапии.

Таким образом, отсутствуют крупные рандомизированные контролируемые исследования, подтверждающие эффективность перечисленных методов лечения витилиго, что служит поводом поиска новых хорошо спланированных методов терапии, которые в перспективе могут радикально изменить течение и исход заболевания.

* * *

ДИНАМИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ВРОЖДЕННОМ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ

Орлова О.С.¹, Куратова А.А.², Поленова В.С.²

¹ФГАУ НМИЦ Здоровья детей Минздрава России,

²Благотворительный фонд «Дети-бабочки»,
Москва

Введение. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) — это группа генетических заболеваний, характеризующихся повышенной хрупкостью кожи и слизистых оболочек, ведущей к образованию эрозий и пузырей от минимального механического воздействия. Управление ранами при ВБЭ требует тщательного подхода и понимания их особенностей для минимизации риска инфекций и улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 75 пациентов, из них 57 человек с дистрофическим буллезным эпидермолизом, аутосомно-рецессивного типа наследования (РДБЭ) и 18 человек с дистрофическим буллезным эпидермолизом, аутосомно-доминантного типа наследования (ДДБЭ), средний возраст пациентов составил $14 \pm 12,3$ года. Диагноз был подтвержден молекулярно-генетическим исследованием.

Исследование основано на данных динамического наблюдения и анкетирования пациентов с ВБЭ посредством регистра ВБЭ. Осмотр дерматолога с фотофиксацией кожного процесса проводился 1 раз в 14 дней. Однократно пациенты заполняли анкету, которая включала вопросы о времени заживления ран, наличии длительно незаживающих эрозий, их размеров, частоте появления новых эрозий и пузырей.

Результаты. Анализ данных показал, что среднее время заживления эрозивных поверхностей у пациентов с ВБЭ составляет от 14 до 24 дней. При этом у значительного числа пациентов (57,3%) были раневые поверхности, существующие более 90 дней, требующие продолжительного времени для заживления. Выявлены статистически значимые различия во времени заживления ран у пациентов с ДДБЭ и РДБЭ ($p < 0,05$). Большинство пациентов (68%) отметили появление ран диаметром более 4 см, что указывает на серьезность поражений кожи при ВБЭ.

Заключение. Исследование показывает, что управление ранами у пациентов с ВБЭ представляет собой сложную задачу, требующую индивидуализированного подхода. Важным фактором для определения тактики лечения и профилактики осложнений ВБЭ является своевременная верификация типа ВБЭ. Полученные данные подчеркивают важность разработки специализированных стратегий ухода за кожей для пациентов с ВБЭ, направленных на ускорение процесса заживления эрозий, предотвращение появления новых поражений, профилактики инфицирования и осложнений.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ УЭЛЛСА

Пашина И.В.

ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Синдром Уэллса (эозинофильный целлюлит, ЭЦ) – редкое воспалительное заболевание кожи с неизвестной этиологией, которое впервые было описано в 1971 году (Wells G.C., 1971).

Распространенность ЭЦ до конца не определена. Известно, что число заболевших среди мужчин и женщин равное, и чаще синдром поражает взрослых (Reichel M. et al., 1991).

Триггерами для возникновения ЭЦ являются инфекции, укусы животных, прием некоторых лекарственных препаратов и наличие атопического дерматита (Brun J. et al., 2015; Silverberg J.I., 2024). Патогенез ЭЦ до конца не известен. Предполагается, что дерматоз возникает в следствие реакции гиперчувствительности замедленного типа (тип IV). Также считается, что в патогенезе основную роль играет иммунная дисрегуляция с повышением CD3 + и CD4 + Т-клеток, экспрессирующих IL-5, повышающего длительность жизни эозинофилов (Plötz S.G., et al., 2000). При их дегрануляции выделяется эозинофильный белок, образующий вокруг коллагеновых волокон характерные «языки пламени» с отеком и воспалением дермы (Esraña A. et al., 1999).

Диагностика ЭЦ затруднена в связи со схожестью с бактериальной инфекцией. Ключевым методом диагностики является биопсия кожи с обнаружением специфических «языков пламени». Для диагностики ЭЦ были предложены критерии, включающие клинические признаки, рецидивирующий характер течения, наличие триггера, эозинофилию в крови, отсутствие признаков системного процесса и гистологические признаки. (Heelan K. et al., 2013).

Цель исследования. Представить редкий клинический случай с целью повышения осведомленности о данном заболевании среди врачей.

Материалы и методы. Пациентка N, 28 лет обратилась в апреле 2023 года к врачу-дерматовенерологу с жалобами на высыпание, сопровождающееся пощипыванием при мытье и интенсивным зудом в ночное время.

В момент первого осмотра наблюдался эритематозно-сквамозный очаг розовато-красного цвета около 3 см с четкой границей и желтоватого цвета корками. В проведенном соскобе мицелий не был обнаружен. Также была выявлена общая сухость кожи. Пациентка сообщила об имеющемся атопическом дерматите в ремиссии. Состояние было расценено как микробная экзема. В связи с чем был назначен клобетазола пропионат 0.05% и крем с фузидиевой кислотой. На фоне лечения отмечалась положительная динамика.

Вскоре по окончании лечения высыпание обострилось и увеличилось в размере. В центре очага визуализировались эрозивно-язвенные дефекты. Эмпирически был назначен азитромицин на 6 дней с положительной динамикой, однако после окончания лечения – резкое обострение.

В ходе дополнительного расспроса было выявлено, что за месяц до появления высыпаний пациентка взяла из приюта собаку, у которой в дальнейшем ветеринарным врачом были установлены глистная инвазия и кожная форма чумы плотоядных.

При осмотре дерматологом в мае 2023 года процесс на коже носил очаговый характер, затрагивал кожу задней поверхности бедра, был представлен эритематозно-сквамозным очагом размером 8 см с четкими приподнятыми границами, эрозивно-язвенными дефектами в стадии эпителизации и рубцевания по периферии, дно дефектов покрыто фибрином, в центре очага – мелкие трещины, серозные корочки, желтоватого цвета корочки.

В связи с отсутствием эффекта от проводимой ранее антибактериальной терапии было принято решение о проведении посева с очага и биопсии.

В посеве был выделен *Staphylococcus haemolyticus*, устойчивый к большинству противомикробных препаратов.

Гистологические изменения включали в себя изъязвления эпидермиса, псевдоэпителиоматозную гиперплазию краевого эпидермиса, склерозирование дермы в проекции изъязвления, очаговый умеренный лимфогистиоцитарный инфильтрат с примесью значительного количества эозинофилов (картина «языков пламени»).

На основании клинической картины, данных анамнеза и результатов биопсии, а также на основании диагностических критериев (характерная клиническая картина, рецидивирующий характер течения, отсутствие признаков системного заболевания, эозинофильный инфильтрат без признаков васкулита, «языки пламени») был установлен диагноз эозинофильного целлюлита Уэллса.

Результаты и обсуждение. Пациентке было назначено лечение преднизолоном 5 мг 8 раз в сутки в течение 2 недель с постепенной отменой и линезолид 600 мг 2 раза в сутки с учетом чувствительности. На фоне проведенного лечения очаг начал медленно регрессировать.

Выводы. Данный клинический случай ЭЦ демонстрируется в связи с редкостью заболевания и частыми трудностями для диагностики и дифференциальной диагностики. Также до сих пор не существует единых рекомендаций касательно лечения ЭЦ.

* * *

«ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ» ТЕЧЕНИЕ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ СИФИЛИСА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА

Пирятинская А.Б., Петунова Я.Г., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю.,
Иванов К.А., Агабабаева Ж.А., Смирнова Н.В., Яцуба Е.А.
СПбГБУЗ ГОРКВД,
Санкт-Петербург

Актуальность. Злокачественный сифилис – это редкий, тяжелый вариант вторичного сифилиса, который в первую очередь поражает пациентов с ослабленным иммунитетом. Данный вариант сифилиса, быстропрогрессирующий, с тяжелым клиническим течением ранее обнаруживался лишь в 0,64% случаев и характеризовался полиморфными высыпаниями, включающими папулы, бляшки, узлы и везикулопустулы с тенденцией к изъязвлению, покрытые рупиоидными корками. Системные симптомы при прежних описаниях клинических случаев чаще всего отсутствовали. Отмечалось, что заболевание хорошо отвечает на терапию пенициллином. Определение злокачественного сифилиса не обновлялось с тех пор, как оно было впервые описано только как кожное проявление.

Цель исследования. Анализ современных особенностей клиники, диагностики, ведения «злокачественных» форм вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек.

Материалы и методы. Анализ 1148 медицинских карт пациентов, поступивших на венерологические отделения СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (далее – ГорКВД) с диагнозом: «Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек» в 2019-2023 годы, статистическая обработка полученных данных.

Результаты и обсуждение. Из 1148 проанализированных случаев: 861 пациент (75%) были мужского пола, 560 пациентов (65%) из них имели сопутствующий диагноз В23. Средний возраст пациентов составил от 25-45 лет. Из общего числа случаев у 655 пациентов (57%) был установлен окончательный диагноз – вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, клинические проявления отмечались в виде розеолезных высыпаний на туловище, папул ладоней и подошв, у 50% из них сопутствующими проявлениями был специфический фарингит, у 35% – папулы языка. Из 1148 проанализированных случаев у 493 (43%) после дообследования диагноз был изменен на ранний нейросифилис. Среди ВИЧ-инфицированных у 10 пациентов (0,9% из общего числа проанализированных случаев) вторичный сифилис клинически проявлялся злокачественными, пустулезными сифилидами, в том числе на коже лица (эктимы и рупии, алопеция – 75% пациентов, 25% – оспенновидные пустулезные сифилиды).

Приводим клинический случай. Пациент К. 33 лет, поступил в плановом порядке с диагнозом вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, был выявлен активно в Центре по борьбе с инфекционными заболеваниями и СПИДом. Результаты лабораторных исследований крови: РМП 4+ титр 1/1024, РПГА 4+, ИФА - IgM – к/п – 13,5 и IgG – к/п 16,9 титр 1/1280. Клинические проявления: множественные рупии и эктимы, расположенные на коже лица, туловища и конечностей, регионарный лимфаденит. Считает себя больным в течении 2-х месяцев, когда впервые появились элементы на половом члене без субъективных ощущений, пациент самостоятельно использовал мазь банеоцин. Через несколько недель появилась лихорадка, увеличение лимфатических узлов, пятнистая сыпь на коже. Пациент самостоятельно применял антигистаминные средства, жаропонижающие. В дальнейшем в связи с появлением более распространенных высыпаний, снижением массы тела на 10 кг, обратился к дерматологу в Центр по борьбе с инфекционными заболеваниями и СПИДом. Направлен в ГорКВД. При углубленном обследовании (люмбальная диагностическая пункция) выявлены изменения в ликворе: белок – 85 г/л, цитоз – 20, что свидетельствует в пользу раннего нейросифилиса, осложненного асимптомным менингитом. При выполнении ЭХО-кардиографии были выявлены начальные проявления сифилиса сердечно-сосудистой системы (специфический аортит 1-2 ст., недостаточность аортального клапана 1-2 ст). Проведен курс специфической терапии: предварительный этап препаратом доксициклин 14 дней, далее бензилпенициллин суммарно 336 мл внутримышечно, в последующие годы проведена контрольная люмбальная пункция, ЭХО-кардиография. Пациент получил 3 курса специфической терапии дополнительно. На данный момент снят с учета.

Выводы. Среди общего числа проанализированных случаев в последние годы в ГорКВД отмечается постепенный рост пациентов со злокачественным течением сифилиса у пациентов с ВИЧ-инфекцией. На примере клинического случая особенно показательна ситуация с выявлением злокачественных проявлений сифилиса на коже, сочетающаяся с системными проявлениями в виде нейросифилиса и сифилиса сердечно-сосудистой системы. Возможно, пришло время пересмотреть определение термина «злокачественный сифилис», включив в него системные проявления, уделяя особое внимание поражению центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, отоларингологической и офтальмологической патологии, поражению прямой кишки, других органов и систем. С учетом особенностей современного течения сифилиса расширение данного понятия поможет предотвратить серьезные последствия, связанные с недостаточным обследованием и неадекватным лечением пациентов.

* * *

ПОДОСТРАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА КАК РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИФFUЗНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Пирятинская В.А., Карякина Л.А., Смирнова О.Н.,
Лалаева А.М., Радченко И.Д.

Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Подострая красная волчанка является разновидностью итегументных форм заболевания и имеет отличия от диссеминированной и системной красной волчанки. Чаще страдают женщины в возрасте от 20 до 40 лет. Процесс как правило носит генерализованный характер и представлен множественными эритематозными пятнами, склонными к слиянию и разрешению в центре, приобретая кольцевидную форму. Особенностью подострой красной волчанки является отсутствие рубцовой атрофии на месте разрешения патологического процесса. Больные жалуются на некоторые признаки системности в виде артралгии, субфебрильность. В клиническом анализе крови имеется лейкопения, анемия и ускоренная СОЭ. У 80% пациентов отмечается увеличенный антинуклеарный фактор.

Целью работы. Описание клинического случая подострой красной волчанки.

Материалы и методы. В марте 2023 года нами была проконсультирована пациентка 65 лет, получающая гемодиализ по поводу хронического пиелонефрита (ХБП С5), которым страдает с 1982 г., кроме того больная находится на инсулинотерапии с 2009 г. по поводу сахарного диабета 2 типа. В январе 2023 г. впервые обнаружила множественные высыпания на коже без субъективных ощущений. При осмотре процесс носил генерализованный характер с локализацией на верхних конечностях, плечевом поясе, в верхней части груди, волосистой части головы с тенденцией к периферическому росту, был представлен ярко-красными пятнами кольцевидной формы. На поверхности некоторых пятен располагались пузыри, наполненные серозно-геморрагическим содержимым, эрозии и массивные корки. Проведено гистологическое исследование — Эпидермис истончен, гиперкератоз с очаговым паракератозом, дистрофические изменения базальных клеток. В верхней части дермы отек, разволокнение соединительно-тканых волокон. Гистологическая картина соответствует подострой красной волчанке. Обследована – в крови выявлены высокие показатели уровня креатинина (597 ммоль/л), мочевины (39 ммоль/л) (ХБП S5). Обнаружена анемия тяжелой степени тяжести (Hb: 60 г/л). ЭХО-КГ: ФВ ЛЖ 28%. В крови при первом исследовании от 20 марта 2023 года антинуклеарный фактор – 1/160, при повторном исследовании через 2 недели – 1/1280. Обращает на себя внимание резкое увеличение SS-A (RO)-антител к цитоплазматическому антигену-, который является подвигом антинуклеарных антител – в норме 0-25 Е /д,у большой 163,6.

Результаты и обсуждение. На основании клинической картины, патоморфологического исследования и иммунологических показателей крови (антинуклеарный фактор – 1/1280, SS-A- 163,6), поставлен диагноз – подострой красной волчанки на фоне сопутствующей патологии: СД 2 типа, нефропатия смешанного генеза, пиелонефрит, ХБП С5Д, ИБС. Проведена комплексная терапия сопутствующей патологии с продолжением гемодиализа и назначением ревматологами преднизолона 20 мг в сутки per os в сочетании с мофетил микофенолатом с дозы 360 мг в сутки в течение недели, затем 720 мг 2 недели и по 360 мг до разрешения кожного процесса. Дополнительно был назначен кальций в дозе 1000 мг в сутки и вит Д-2000 ЕД. В течение 2-х месяцев наступило полное разрешение кожного процесса, пациентка находится под наблюдением ревматолога.

Выводы. 1. Подострая красная волчанка является редкой разновидностью диффузного заболевания соединительной ткани. 2. Для подтверждения диагноза необходимо патоморфологическое и иммунологическое исследование. 3. Эффективным явилось комплексное лечение с назначением преднизолона в сочетании с мофетил микофенолатом.

* * *

СОЧЕТАНИЕ СИФИЛИСА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПРЕВАЛЕНТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Прожерин С.В.

Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД,
г. Екатеринбург

В 2021-2022 гг. после длительного ежегодного снижения зарегистрирован рост заболеваемости сифилисом в России. Напротив, инцидентность ВИЧ-инфекцией в стране имеет устойчивый тренд к снижению с 2016 г. Широкое применение антиретровирусной терапии позволило перевести ВИЧ-инфекцию в разряд хронических заболеваний, а продолжительность жизни людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), приблизить к популяционным значениям. В связи с этим, численность когорты ЛЖВ в стране неуклонно растет, несмотря на снижение первичной заболеваемости. Учитывая сходство эпидемиологических особенностей ВИЧ-инфекции и сифилиса, рост случаев сочетанного поражения неизбежен. Общероссийские тенденции динамики заболеваемости обеими инфекциями прослеживаются и на территории Свердловской области (СО) – региона с высоким уровнем пораженности населения ВИЧ.

Цель исследования. Проанализировать возрастно-половой состав ЛЖВ СО с вновь установленным диагнозом сифилиса, изучить у них структуру его клинических форм за 2014-2023 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ 481 случая сифилиса, установленного пациентам с ВИЧ-инфекцией Свердловского областного центра профилактики и борьбы со СПИД (ОЦ) в 2014-2023 гг. Возраст больных коинфекцией ВИЧ/сифилис находился в диапазоне 15-69 лет. При анализе динамических рядов использован метод укрупнения интервалов с выделением двух 5-летних периодов: 2014-2018 гг. (1-й период) и 2019-2023 гг. (2-й период). При оценке статистической значимости различий использовался критерий χ^2 .

Результаты и обсуждение. В 1-м периоде зарегистрировано 102 (58 у мужчин и 44 у женщин), а во 2-м – 379 (300 у мужчин и 79 у женщин) случаев коинфекции. На протяжении 2014-2023 гг. среди больных сифилисом преобладали лица мужского пола ($\chi^2=20,986$; $p<0,00001$). Более того, доля мужчин увеличилась с 56,9% в 1-м периоде до 79,2% во 2-м. Возраст пациентов ($M\pm m$) на момент выявления сифилиса составил $36,5\pm 0,4$ лет: в 1-м периоде – $33,7\pm 0,9$, во 2-м – $36,7\pm 0,5$. В 2014-2018 гг. сифилис диагностировался у мужчин в более старшем возрасте в сравнении с женщинами ($35,3\pm 1,2$ против $31,6\pm 1,3$ лет), а в 2019-2023 гг. – наоборот ($35,6\pm 0,5$ против $41,0\pm 1$).

Практиковали однополые сексуальные отношения 41,1% мужчин (МСМ), включенных в исследование. Доля МСМ возросла с 21% в 1-м периоде до 45% во 2-м ($\chi^2=11,869$; $p=0,000571$).

Удельный вес больных сифилисом с ранее выявленной ВИЧ-инфекцией увеличился с 55,9% в 1-м периоде до 63,3% во 2-м, составив в среднем 61,7%. В остальных случаях сифилис диагностирован при постановке на учет в ОЦ, или обе инфекции выявлены одновременно в ОЦ или медицинских учреждениях СО.

В общей структуре сифилиса ранние формы достигли в 1-м периоде 59,8% (первичный сифилис – 2,9%, вторичный сифилис – 29,4%, ранний сифилис скрытый – 27,5%) и 66,8% (6,6%, 36,2% и 24% соответственно) во 2-м; доля позднего сифилиса (A52.0 - A52.9) соответственно равнялась 40,2% и 33,2%. В 2014-2023 гг. поздние формы сифилиса чаще регистрировались у женщин, чем у мужчин: 61% против 25,7% ($\chi^2=50,2664$; $p<0,00001$). В ОЦ поздние формы сифилиса диагностировались при постановке на учет по поводу ВИЧ-инфекции, либо у диспансерных больных при их длительном уклонении от наблюдения.

Среди МСМ в 1-й период выявлялись исключительно (100%), а во 2-й период – преимущественно (93,3%) ранние формы сифилиса. У гетеросексуальных мужчин (ГТСМ) указанные показатели составили соответственно 57% и 61,8%. В когорте МСМ в 2019-2023 гг. наиболее часто диагностировался вторичный сифилис (47,4%), ранний сифилис скрытый (34,8%), а также первичный сифилис (11,1%). В это же время перечисленные ранние формы сифилиса у ГТСМ регистрировались значительно реже ($\chi^2=40,4306$; $p<0,00001$): 36,3%, 20% и 5,5% соответственно.

В 2014-2023 гг. доля больных сифилисом среди МСМ из числа пациентов диспансерной группы по ВИЧ-инфекции составила 74,8%, у ГТСМ - 56,4% ($\chi^2=12,7701$; $p=0,000352$).

Выводы. Анализ показал, что в гендерной структуре больных с коинфекцией ВИЧ/сифилис в СО преобладают лица мужского пола. Среди заболевших сифилисом мужчин отмечается рост числа МСМ. В отличие от ГТСМ у МСМ чаще регистрируются манифестные формы сифилиса. В ВИЧ-позитивной когорте сифилис наиболее распространен в возрастной категории 30-50 лет. Наблюдается увеличение доли больных сифилисом с ранее выявленной ВИЧ-инфекцией. Данный факт косвенно указывает на использование ЛЖВ практик рискованного сексуального поведения. Больные сифилисом относятся к категории уязвимых групп населения по риску заражения ВИЧ. По этой причине все больные сифилисом подлежат добровольному обследованию на ВИЧ при неизвестном или ранее отрицательном ВИЧ-статусе. При негативном результате – повторное тестирование через 6 мес. В свою очередь скрининг на сифилис следует проводить при выявлении ВИЧ-инфекции и далее - ежегодно. Обследование на ВИЧ-инфекцию больных сифилисом и наоборот позволяет активно выявлять случаи сочетанной патологии.

* * *

ЗНАЧИМОСТЬ КОЖНОЙ И СИСТЕМНОЙ ФОРМ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА В ДИАГНОСТИКЕ ВИСЦЕРОПАТИЙ

Радионов В.Г., Шварева Т.И., Хайминов Е.М.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России,
г. Луганск

Актуальность проблемы сосудистой патологии в настоящее время не вызывает сомнений. Основываясь на том, что данная группа заболеваний еще мало изучена и, к тому же мало известна широкому кругу врачей дерматовенерологов, терапевтов, хирургов, в меньшей мере ревматологов, вызывает определенный интерес у многих врачей практического здравоохранения, тем более после второго пересмотра номенклатуры васкулитов Chapel Hill Consensus Conference-2012.

К сожалению, созданный на тот период специальный комитет, включивший в себя многих специалистов имевших опыт ведения пациентов с сосудистой патологией не предусмотрел, а возможно проигнорировал, введение в его состав дерматовенерологов, что привело к отсутствию диагностических критериев васкулитов кожи, а данная группа заболеваний специальным комитетом была вынесена в раздел «Органоспецифические васкулиты – васкулиты одного органа» (Самцов А.В. и соавт., 2022).

Диагностика многих сосудистых заболеваний, в том числе и кожи, нередко находится на стыке нескольких специальностей и превалирование одной над другой никоим образом не должно негативно сказываться на междисциплинарных отношениях, а приводить к консенсусу в установлении окончательного диагноза, от которого во многом зависит судьба пациента.

Материалы и методы. Остановимся на одной из многих клинических форм сосудистых заболеваний. В 1866 году немецкие терапевт А. Kussmaul (1822-1902) и патологоанатом R.Maier (1824-1888) опубликовали статью о «заболевании артерий – periarteriitis nodosa..», что и послужило основой эпонимического названия: Куссмауля-Майера болезнь, которая известна уже более 150 лет. Узелковый периартериит (УП) нами и сегодня трактуется как первично обозначенный в 1866 году авторами, а не полиартериит, как он представлен номенклатурой васкулитов Chapel Hill Consensus Conference (2012).

После Lindberg, который впервые в 1931-1932 гг. выделил кожную форму в качестве отдельного варианта УП, ряд авторов выражали свое согласие с подобным обособлением этой формы (Miescher, Slinger et Starck и др.). Тем не менее, известны случаи, когда некоторые общие симптомы системного васкулита, хотя неярко выраженные, имеются и при «кожной» форме. В свое время немецкие ученые Spier и Röckl еще в 1960 году отмечали, что генерализованные формы УП могут сопровождаться дерматологическими симптомами. Опытные

специалисты, как нам представляется, при наличии соответствующей симптоматики и подозрении на плевровисцеральные поражения, характерные для УП, должны знать и клинико-морфологические особенности свойственные так называемой «кожной» форме данного заболевания несмотря на то, что данное сочетание встречается крайне редко. Они заключаются в появлении небольшого количества узелковых или узловатых высыпаний, располагающихся по ходу кровеносных сосудов в собственно коже, в гиподерме, преимущественно на заднебоковой поверхности голеней (в области икроножных мышц), коленных, голеностопных суставов и стоп. Иногда узелки отмечаются в области туловища и верхних конечностей, размером до и чуть больше горошины, чрезвычайно болезненные при глубокой пальпации, что имеет большое диагностическое значение при их наличии. Высыпания нередко носят приступообразный и полиморфный характер (пурпура, узелки, узлы, язвы с геморрагическим компонентом, корки, рубцы и др.). Для заболевания характерно хроническое ремиттирующее течение при сравнительно удовлетворительном общем состоянии больного.

Кроме указанной выше симптоматики УП сопровождают изменения типа ливедо. Данные изменения могут быть в виде *livedo macularis*, *reticularis* et *gascmosa* (пятнистые, сетчатые и ветвящиеся) с локализацией преимущественно на дистальных отделах нижних конечностей, реже на предплечьях, кистях, туловище, ягодицах. На этом фоне (преимущественно в области лодыжек и тыла стоп) могут возникать мелкие кровоизлияния и изъязвления. У некоторых больных данные клинические разновидности ливедо могут быть единственным и самостоятельным симптомом болезни Kussmaul-Maier.

Выводы. Таким образом, различные формы васкулитов могут ограничиваться только лишь кожей, либо могут быть частью системных первичных или вторичных сосудистых заболеваний. Превращение одной формы аллергического васкулита в другую является не случайным и парадоксальным фактом, а закономерностью, описанной неоднократно, хотя эта трансформация встречается нечасто. При этом необходима исключительная осторожность врача, в первую очередь хирурга, с целью комплексного обследования висцеральных органов больного и дальнейшей его госпитализации, в условиях, где легче принять все профилактические и лечебные меры, так как патологический процесс чаще всего проявляется в органах брюшной полости, а по частоте абдоминальный синдром при узелковом периартериите занимает третье место после поражения почек и сердца.

* * *

УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГОВ И ХИРУРГОВ

Радионов В.Г., Торба А.В.

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России,
г. Луганск

Актуальность. Некоторые нозологические формы известных в настоящее время васкулитов: гигантоклеточного артериита, сифилитического аортита, артериита Такаюсу, IgA-васкулита и ряда др., можно найти в клинических описаниях авторов, живших в XI-XIX вв., а поражения периферических сосудов были описаны еще Клавдием Галеном (Claudius Galenus) во II в. до н.э. Общим для системных васкулитов (СВ) является первичное избирательное поражение сосудов и вторичное вовлечение в патологический процесс органов и тканей, причем у одного больного могут встречаться различные типы васкулитов. Представления о системных васкулитах постоянно изменяются, появляются все новые, более точные данные, основанные на углубленном клинико-морфологическом анализе.

Определение болезни и термин «узелковый периартериит» данные А. Kussmaul и R. Maier, прочно укоренился в клинической практике и современной литературе в странах бывшего Советского Союза, многих Европейских стран, однако в англо-американской литературе ему дали определение «узелковый (нодозный) полиартериит», что нашло отражение в современной классификации 2012 года. Согласно современной классификации системных васкулитов (Chapel Hill, 2012) узелковый полиартериит (УП) отнесен к васкулитам, ассоциированным с определенной этиологией, а именно с вирусом гепатита В. Если кожная форма узелкового периартериита (КФУП) еще как-то известна дерматологам, то коллеги хирурги имеют весьма поверхностное о ней представление. Это и явилось для нас основанием изложить в данных сообщениях клинические особенности как кожной, так и системной форм УП, с большим акцентом на абдоминальную симптоматику, которую коллеги дерматологи практически не знают вообще.

Первыми симптомами системного УП являются лихорадка, боль в мышцах и суставах, похудание и прогрессирующая кахексия (что не характерно для КФУП), «хлоротический маразм» (по терминологии А. Kussmaul и R. Maier) – классические признаки болезни. Катастрофическое похудание за несколько месяцев наблюдается у половины больных, что свидетельствует о генерализации и прогрессировании заболевания.

Патологический процесс при УП у пациентов чаще всего проявляется в органах брюшной полости, что свидетельствует о генерализации заболевания, реже он предшествует системным проявлениям васкулита, вовлекается гепатобилиарная система и все это сопровождается полиморфной симптоматикой. Патогенез абдоминального синдрома обусловлен сосудистыми расстройствами и ишемией органов брюшной полости с развитием инфарктов, сосудистых язв желудочно-кишечного тракта, вторичным тромбозом артериальных стволов.

Знание симптоматики системного УП при абдоминальном синдроме позволит не только заподозрить заболевание, но и воздержаться хирургам в ряде случаев от опрометчивого решения оперировать больного при «катастрофе острого живота» по поводу которого больные иногда подвергаются срочной лапаротомии. Не исключено, что порой абдоминальная симптоматика приводила к установлению у пациентов диагноза язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки, эрозивно-язвенных гастритов, энтеритов или колитов, трубной беременности и других диагнозов «острого живота», а на самом деле это могла быть нераспознанная симптоматика завуалированного УП. Надо отметить, что и сам УП может симулировать самые различные висцеропатии.

Клиника абдоминального синдрома при УП соответствует таковой при остром животе. Шоковым органом является тонкая кишка, несколько реже толстая кишка и желудок. Субъективно пациенты ощущают в животе постоянную, разлитую, иногда очень интенсивную боль преимущественно в эпигастрии, реже в правой подвздошной области, правом подреберье или по всему животу. У каждого 3-4 пациента она напоминает кишечную колику. При этом живот мягкий, болезненный соответственно локализации пораженного органа. Напряжение брюшной стенки, резкая болезненность и другие симптомы острого живота отмечаются при хирургических осложнениях, сопровождающихся перитонитом в результате перфорации язвы, аппендицита, разрыва аневризмы одной из ветвей брыжеечной артерии с последующим кровотечением или при кишечной непроходимости и др.

Болевой синдром при абдоминальной форме УП может длиться часами или несколько дней, порой неделями и носит ремиттирующий характер. Нередко отмечаются диспепсические нарушения (жидкий стул до 10 раз в сутки, тошнота, рвота, метеоризм). Эрозивно-язвенные поражения желудка весьма характерные для УП могут проявляться примесью крови в рвотных массах и сочетаться с остро наступающими абдоминальными болями. Однако одним из самых тяжелых и довольно частых осложнений УП является разлитой перитонит в результате перфорации язв или гангрены кишки, что приводит к развитию диффузного перитонита и возникновению внезапных острых болей в животе, в таких случаях ведущим является болевой синдром и наличие кровотечения. Иногда наблюдаются повторные перфорации, в связи с поражением сосудов брыжейки. При узелковом периартериите перфорации кишок не только до операции диагностируются редко, но и во время проведения оперативного вмешательства.

Таким образом, знание симптоматики УП при абдоминальных катастрофах позволит профессионально подготовленным специалистам провести дифференциально-диагностический алгоритм с целью установления клинического диагноза и определить тактику ведения пациента с одним их непростых заболеваний системных васкулитов.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ФОТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Разанова У.С., Сагидолдина Л.К., Амрина Л.К.
Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Актуальность проблемы витилиго определяется распространенностью этого дерматоза. По данным Всемирной организации здравоохранения число больных витилиго в мире составляет от 0,2 до 8% от численности всего населения, в среднем около 30 млн. человек. В последние годы отмечается увеличение числа больных, как среди взрослого, так и детского населения.

Витилиго-приобретенное хронически протекающее заболевание кожи из группы дисхромий, характеризующееся появлением на коже депигментированных пятен белого цвета, склонных к периферическому росту, слиянию вследствие отсутствия либо снижения содержания меланина в коже. Актуальность проблемы витилиго на сегодня связана со значительным влиянием его на психосоциальный статус пациента, что приводит к серьезным психоэмоциональным нарушениям в виде выраженной психологической дезадаптации. В связи с этим поиск адекватных терапевтических мер для больных витилиго является одним из актуальных направлений современной дерматологии.

Цель. Оценить эффективность узкоспектральной УФВ-терапии у больных с витилиго.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ эффективности лечения 30 больных витилиго, получавших узкоспектральную средневолновую ультрафиолетовую терапию: узкополосную фототерапию (311 нм) или облучение эксимерным лазером (308 нм). Длительность заболевания у наблюдавшихся пациентов колебалась от 6 месяцев до 10 лет. На курс больные получали, в среднем, 35 процедуры со средней курсовой дозой УФВ 69 Дж/см².

Результаты. После курса терапии средний процент репигментации кожи составил 43%. При оценке результатов лечения в подгруппах больных с разной длительностью витилиго установлено, что фототерапия оказывала эффект независимо от давности заболевания. Так, в подгруппах с длительностью заболевания 6-12 месяцев, 2-5 лет, 6-10 лет средние значения процента репигментации очагов поражения составили соответственно 47%, 46% и 35%.

Выводы. Проведенный анализ показал, что узкоспектральная ультрафиолетовая терапия может оказывать эффект при любой длительности витилиго. Положительные результаты удается получить даже при давности заболевания, превышающей 10 лет. Полученные данные согласуются с зарубежными публикациями, свидетельствующими о наличии в очагах поражения больных витилиго меланоцитов, способных к репопуляции депигментированной кожи под действием стимулирующих факторов, в том числе ультрафиолетового излучения.

* * *

МЕТАМОРФОЗЫ ПСОРИАЗА У ПОДРОСТКА

Репина Т.В., Василенко О.В., Лекавичус И.Ю., Балашко Ю.И.

БУЗ Омской области

«Клинический кожно-венерологический диспансер»,

г. Омск

Псориаз – распространенный хронический дерматоз. По данным разных авторов псориаз составляет 4-15% в структуре детской дерматологической патологии. Несмотря на большой опыт и знания, накопленные в изучении данного заболевания, причины этого недуга остаются во многом не выясненными, а изменения, происходящие в детском организме при псориазе, до сих пор изучены недостаточно.

Цель. Описать клинический случай тяжелого течения псориаза у ребенка, отметив возможности изменения клинической картины заболевания.

Материал и методы. Клиническое наблюдение, результаты обследования.

Результаты. Пациентка Т., 2009 г.р., находится под наблюдением поликлинического отделения БУЗОО «ККВД» с жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, выраженный зуд. Со слов матери, девочка больна с возраста 4 лет, когда впервые, без установленной причины, начали появляться высыпания на коже, сопровождающиеся зудом. Патологический процесс на коже имел черты аллергодерматоза. Наследственность по псориазу была отягощена. К 2016 году произошла генерализация патологического процесса, консилиумом диагностирован распространенный псориаз обыкновенный, тяжелое течение. Патологический процесс имел упорное непрерывно-рецидивирующее течение, приобрел универсальный характер. Пациентка получала лечение в условиях стационара 4 раза в год, терапия включала циклоsporин 100 мг в сутки в течение полутора лет, затем метотрексат 10 мг в неделю, позже неотигазон 25 мг в сутки, положительный эффект отмечался кратковременный и незначительный, отмечались факты самостоятельного прекращения терапии. К 2017 году псориаз трансформировался в генерализованный пустулезный. В 2018 году находилась на обследовании в клинике ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета», где проведена инициация терапии генно-инженерным биологическим препаратом адалимумаб в разовой дозе 40 мг. В первые 6 месяцев терапии отмечался выраженный положительный эффект. В 2019 и 2020 году, на фоне проводимой ГИБТ, перенесла тяжелую ОРВИ, нарушила схему введения препарата, была вновь госпитализирована в стационар БУЗОО «ККВД» с диагнозом: Псориаз обыкновенный, со склонностью к экссудации, вторичная пиодермия, с выраженным обострением патологического процесса. В период госпитализации имелись признаки системной воспалительной реакции. Получила комплексное лечение, включающее антибактериальную терапию, систем-

ные глюкокортикостероиды (преднизолон) до 1 мг/кг, метотрексат. После выписки продолжила прием метотрексата 10 мг 1 раз в неделю, адалимумаб 40 мг 1 раз в 2 недели, с улучшением.

В настоящее время системную и биологическую терапию продолжает, псориазические высыпания представлены плоскими немногочисленными папулами и бляшками, шелушение умеренное. Но за весь период наблюдения, полных ремиссий псориаза не зафиксировано, периодически, чаще на фоне ОРВИ, отмечается «ускользание эффекта» терапии.

Выводы. В течение псориаза у ребенка возможны значительные изменения клинических проявлений, причем и в сторону утяжеления процесса, на фоне сопутствующих острых вирусных инфекций, нарушения схемы введения препаратов, несмотря на назначение серьезного системного лечения.

* * *

КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА И ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Рудых Н.М.

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский
университет Минздрава России,
г. Иркутск

Актуальность. В последние годы накопились данные, что монотерапия псориаза и псориатического артрита (ПсА) генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), зачастую, является недостаточной для эффективного лечения, что диктует привлечение лекарственных средств других групп. Разрабатываются сложные алгоритмы сочетания разных ГИБП, ГИБП и малых молекул, однако, комбинированную терапию рассматривают в первую очередь как сочетание генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) и конвенциональной терапии.

В числе средств конвенциональной терапии в лечении среднетяжелого и тяжелого псориаза и ПсА надежное место занял метотрексат (МТ). Этому послужило появление его новой формы – подкожной с высокой биодоступностью и минимумом побочных эффектов.

Комбинация ГИБП с МТ изучалась, в основном, в отношении ингибиторов ФНО- α в лечении ПсА. Было выявлено повышение выживаемости и увеличение частоты ремиссий при комбинированной терапии ингибиторами ФНО- α и МТ в связи с тем, что МТ ингибирует иммуногенность биологических препаратов, препятствуя формированию антител, и тем самым увеличивает концентрацию препарата в сыворотке крови и усиливает терапевтический эффект.

Рабочая группа EULAR (Annals of the Rheumatic Diseases, 2024) для ПсА предложила комбинировать первый ГИБП с ранее назначенным базисным лекарственным препаратом (МТ) во всех случаях, когда такое лечение уже проводится пациенту, и первый ГИБП представляет собой ингибитор ФНО- α . Что касается комбинаций МТ с другими ГИБП, то из-за отсутствия данных рекомендации не были даны, но было констатировано, что обычной практикой было бы продолжение применения МТ. В целом, пересмотр лечения в сторону комбинированной терапии с МТ для каждого конкретного пациента должен решаться на индивидуальной основе.

Цель исследования. На основе анализа структуры пациентов с псориазом и ПсА, получающих монотерапию ГИБП и комбинированную терапию ГИБП с МТ в Клиниках ФГБОУ ВО ИГМУ, выявить наиболее эффективный подход к лечению.

Материалы и методы. В дерматологическом отделении Клиник ФГБОУ ВО ИГМУ генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ) за 9 лет получили/получают 56 пациентов с тяжелым и среднетяжелым бляшечным псориазом и ПсА в возрасте от 28 до 63 лет. Среди них у 32 пациентов наблюдалось поражение кожи, у 24 – кожи и суставов. За это время (от 1 года до 9 лет) нашему наблюдению подлежали пациенты, получающие следующие ГИБП: секукинумаб (19 больных), натакимаб (12), гуселькумаб (10), голимумаб (13), рисанкизумаб (2).

Результаты и обсуждение. Среди 32 пациентов с псориазом кожи комбинированную терапию с применением ГИБП и МТ (в дозе 10-12,5 мг п/к в неделю) получали 19 (60%) с тяжелой степенью тяжести (PASI до начала ГИБТ от 39 до 58), монотерапию ГИБП – 13 (40%) с тяжелой степенью тяжести (PASI до начала ГИБТ от 43 до 54).

Среди 19 пациентов, получающих комбинированную терапию, МТ применяли до начала ГИБТ и продолжили параллельно с ГИБТ 12 (63%). 7 (37%) пациентов начали применять МТ через 1-2 года терапии следующими ГИБП: натакимаб (5 – 26,3%), секукинумаб (2 – 10,5%).

Среди 24 пациентов с ПсА комбинированную терапию с применением ГИБП и МТ (в дозе 10-12,5-15-20 мг п/к в неделю) получали 22 (91,7%), имевшие высокую активность ПсА (по критериям EULAR) до начала терапии и поражение кожи (PASI до начала ГИБТ от 25 до 61). При этом, 18 (75%) пациентов получали комплексную комбинированную терапию с применением ГИБП, МТ, лефлуномида и НПВП. У 2 (8,3%) пациентов отмечалась непереносимость МТ.

Если с точки зрения оценки эффективности вида лечения проанализировать аспект выживаемости комбинированной терапии по сравнению с монотерапией ГИБП, то следует обратиться к случаям смены ГИБП в результате ускользания лечебного эффекта. Анализ случаев с давностью наблюдения 5-9 лет (34 пациента) показал следующее: все пациенты с псориазом и ПсА (9 человек), сменившие ГИБП в связи с ускользанием эффекта, ранее получали комбинированную терапию с МТ.

Так в числе пациентов с псориазом 4 пациента (11,8%), получавших натакимаб, комбинированная терапия с МТ которым была начата на 2м году лечения, сменили ГИБП в связи с ускользанием эффекта через 3 года от начала поддерживающей терапии. Среди пациентов с ПсА сменили ГИБП в связи с ускользанием эффекта 5 (14,7%): 2 – голимумаба, 2 – секукинумаба, 1 – гуселькумаба. Все пациенты ранее (до начала и во время ГИБТ) получали комбинированную терапию с МТ, лефлуномидом и НПВП.

Выводы. По нашим данным, комбинированная терапия с сочетанием ГИБП и МТ применялась у 60% пациентов с псориазом и у 91,7% пациентов с ПсА, что свидетельствует, по нашему мнению, о ее большей эффективности по сравнению с монотерапией ГИБП. Выживаемость же терапии ГИБП, на наш взгляд, является результатом сочетания разных факторов: индивидуального ответа организма пациента на терапию конкретным ГИБП, применения комбинированной терапии, степенью тяжести псориаза и ПсА.

* * *

ШИРОКОПОЛОСНОЕ ИНТЕНСИВНОЕ ИМПУЛЬСНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ (IPL) В ТЕРАПИИ СОЛНЕЧНОГО ЛЕНТИГО

Снарская Е.С., Суханова Е.С.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва

Солнечное лентиго – это доброкачественное поражение кожи, проявляющееся множественными пятнами, которые образуются вследствие хронического ультрафиолетового облучения. Оно, как правило, развивается у пожилых людей. В возрастной группе старше 60 лет частота встречаемости достигает 90%. Солнечное лентиго образуется преимущественно после солнечных ожогов. Пятна имеют цвет от светло-коричневого до черного и располагаются на открытых участках тела, особенно на коже лица, верхнего плечевого пояса, верхней части спины и тыльной стороне кистей рук. Размеры поражений могут достигать нескольких сантиметров в диаметре.

Солнечное лентиго не имеет онкогенного потенциала и не требует медицинского вмешательства, а представляет собой лишь косметический дефект, способный в значительной степени снижать качество жизни пациентов.

Ультрафиолетовое излучение может вызывать локальную пролиферацию меланоцитов и, таким образом, накопление меланина в клетках кожи – кератиноцитах. Под воздействием УФ-излучения кератиноциты секретируют различные цитокины и факторы роста, включая гормон, стимулирующий α -меланоциты. Затем α -меланоцитостимулирующий гормон связывается с рецептором меланокортин 1, присутствующим в клеточной мембране меланоцитов, и запускает несколько сигнальных путей для индукции меланогенеза.

Одними из основных методов лечения солнечного лентиго являются лазеры с Q-switched (QS), такие как рубиновый лазер (694 нм), александритный лазер (755 нм), Nd:YAG-лазер (1064 нм) и Nd:YAG-лазер с удвоенной частотой (532 нм). Однако поствоспалительная гиперпигментация может возникнуть у примерно 10-25% облученных пациентов.

В терапевтической косметологии уверенно внедряется метод высокоэнергетической фототерапии с применением широкополосного импульсного излучения (IPL). IPL относится к полихроматическому свету, который способен излучать волны длиной от 400 до 1200 нм в зависимости от фильтра, в отличие от лазерного света, который является монохроматическим. В основе технологии IPL лежит теория селективного фототермолиза – избирательного поглощения хромофорами широкополосного интенсивного импульсного излучения, что приводит к разрушению «мишени» без нанесения ущерба окружающей ткани. Меланин – это один из основных хромофоров, поглощаю-

щих свет, а затем преобразующих световую энергию в тепло, причем максимум поглощения – в спектре длин волн 450-600 нм. Воздействие на хромофоры позволяет добиться уменьшения размеров и тона пигментных образований вплоть до их исчезновения.

Используемый аппарат IPL способен работать в трех различных режимах (одиночном, стандартном и двойном), что позволяет проводить процедуры в условиях, требующих обеспечения повышенной безопасности, как например, в случаях остаточного загара кожного покрова в летний период или при проявлении повышенной индивидуальной чувствительности. На аппарате с помощью фильтра возможен выбор длины волны, подходящей для конкретной процедуры. Так же могут быть установлены частота, длительность импульса, поверхностная плотность энергии и уровень охлаждения, что обеспечивает пользователям большую универсальность и точность.

Таким образом, применение IPL при солнечном лентиге представляет большой интерес и требует дальнейшего изучения.

* * *

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛГОРИТМА ALDEN ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРИЧИННО-ЗНАЧИМОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ПРИ СИНДРОМЕ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА

Соболенко Т.М.¹, Крапивко И.И.¹, Захарова О.В.²

¹Витебский государственный медицинский университет,

²Витебская областная клиническая больница,

г. Витебск, Беларусь

Актуальность. Синдром Стивенса-Джонсона (ССД) и токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) – редкие, но потенциально угрожающие жизни заболевания, основным этиологическим фактором развития которых являются лекарственные препараты (ЛП). Выявление ЛП, ответственного за развитие ССД/ТЭН играет решающую роль как в острой фазе заболевания для улучшения прогноза, так и после выздоровления для исключения повторного назначения ЛП. Кроме того, оценка причинно-следственной связи (ПСС) развития нежелательной реакции (НР) и применения ЛП необходима для мониторинга профиля безопасности ЛП. В рутинной практике установление препарата-виновника проводится на основании клинико-anamnestических данных. Трудности определения ЛП при ССД/ТЭН связаны с наличием длительного латентного периода, зачастую приемом нескольких ЛП и возможными неточными данными анамнеза. В качестве инструмента для установления ПСС развития ССД/ТЭН с применением ЛП разработан алгоритм ALDEN (algorithm for assessment of drug causality in epidermal necrolysis). Согласно данному алгоритму каждому потенциально виновному ЛП присваивается суммарный балл (от -12 до 10) на основании: клинико-anamnestических параметров; оценки риска ЛП индуцировать ССД/ТЭН по данным эпидемиологических исследований; учета других возможных причин ССД/ТЭН. В результате роль ЛП в развитии ССД/ТЭН определяется как высоковероятная (≥ 6 баллов); вероятная (4-5); возможная (2-3); маловероятная (0-1); очень маловероятная (< 0).

Цель исследования. Установление вероятности ПСС развития ССД/ТЭН с приемом ЛП с помощью алгоритма ALDEN по данным госпитализаций в Витебскую областную клиническую больницу (ВОКБ), за 2021-2023 гг.

Материалы и методы. Проведен поиск в базе данных случаев госпитализаций в УЗ «ВОКБ», Республика Беларусь пациентов с ССД/ТЭН (L51.1-L51.2, МКБ-10) за период 2021-2023 гг. Установлено 20 случаев с диагнозом ССД, в том числе 1 повторный, из них 7 женщин и 12 мужчин. Возраст пациентов составил 26-81 год. Из медицинских карт пациентов выбраны данные, необходимые для расчета балла ALDEN. Для оценки риска ЛП индуцировать ССД/ТЭН (высокий, определенный, неопределенный, неизвестный, нет риска) применяли Европейский регистр тяжелых кожных НР RegiSCAR.

Результаты и обсуждение. Прием ЛП на фоне развития ССД отмечен во всех случаях, 1 пациент также принимал биологически-активную добавку (БАД). Монотерапия использовалась в 6 случаях, в 11 случаях применялось 2-4 ЛП, 3 пациента принимали 5 и более ЛП. Высоковероятная и вероятная ПСС (ALDEN ≥ 4 баллов) установлена в 12 из 20 случаев (60%). В 8 из 12 случаев ЛП с высоковероятной/вероятной ПСС относятся к группе «высокого риска» ССД/ТЭН (карбамазепин (4 случая), окскарбазепин, аллопуринол, сульфасалазин, эторикоксиб); в 2/12 – к группе с определенным риском (доксикалин, цефуроксим) и в 2/12 случаях – с неопределенным или неизвестным риском (флуконазол и парацетамол/римантадинсодержащий ЛП). Выявлен случай ССД с высоковероятной ПСС (ALDEN 7 баллов) с приемом БАД (витаминно-минеральный комплекс с растительные продуктами, ферментами и пробиотиками), в то время как применяемый совместно ЛП периндоприл/амлодипин получил оценку ALDEN -7 баллов (очень маловероятная ПСС). Возможная ПСС установлена в 2 случаях для комбинированного ЛП фенобарбитал/этилбромизовалерианат/мяты перечной масло (фенобарбитал – ЛП «высокого риска» индукции ССД/ТЭН), в 1 – для диклофенака и в 1 случае совместного применения ЛП ципрофлоксацин+оксибутинин. У 3 пациентов ПСС развития ССД с применяемыми ЛП определена как маловероятная/очень маловероятная (ALDEN ≤ 1 балла).

Выводы. За период 2021-2023 гг. в ВОКБ установлено 20 случаев госпитализаций пациентов с ССД. Согласно алгоритму ALDEN в 11 случаях определена высоковероятная ПСС с приемом ЛП, в 1 случае – вероятная и в 4 случаях – возможная, из них 62,5% были вызваны ЛП «высокого риска». Выявлен 1 случай ССД, имеющий высоковероятную связь с приемом БАД. Таким образом, алгоритм ALDEN является ценным стандартизированным инструментом, позволяющим идентифицировать ЛП, наиболее вероятно вызвавший ССД/ТЭН. Для оценки ПСС по алгоритму ALDEN необходимо определить точную дату начала реакции и длительность применения ЛП, а также собрать данные фармакологического (предыдущее и последующее применение подозреваемого ЛП) и аллергологического (реакции гиперчувствительности на ЛП) анамнеза. Так как согласно результатам эпидемиологических исследований около половины случаев ССД/ТЭН связаны с ограниченным числом ЛП «высокого риска», их нужно знать и учитывать в первую очередь при оценке ПСС. В тоже время, следует иметь ввиду возможность индукции ССД/ТЭН как ЛП с неизвестным риском, включая растительные и недавно появившееся на фармацевтическом рынке, так и БАД.

* * *

КОЖНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ: АКНЕПОДОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ОНКОБОЛЬНЫХ

Супиева Н.Ф.

Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. На сегодняшний день отмечается высокий рост онкозаболеваемости. В 70% случаев КТ проявляется на фоне химиотерапии, в 35% – иммунотерапии, в 90% – таргетной терапии. Поражение кожи при хРТПХ встречается у 90-95% пациентов.

Кожная токсичность – представляет собой результат токсического воздействия лекарственных средств на быстро делящиеся клетки, к которым, помимо опухолевых клеток, относятся также клетки кожи и ее придатков.

Клинический спектр дерматологической токсичности. Кожа: акнеформный дерматит, сухость кожи, экзематизация, трещины, гиперпигментация, телеангиэктазии, кожный зуд. Ногти: паронихия. Волосы: трихомегалия, гипертрихоз, алопеция. Слизистые оболочки: конъюнктивиты, блефариты, мукозиты, стоматиты, вульвовагинит, баланопостит.

Клиническая картина. Сыпь возникает впервые недели после начала терапии в зонах, богатых сальными железами, в виде небольших эритематозных папул, к которым постепенно могут присоединиться и пустулезные элементы, распространяется на туловище и конечности. Через 4 недели от начала терапии высыпания могут спонтанно уменьшиться даже на фоне продолжения лечения ингибиторами рецепторов эпидермального фактора роста (EGFR). Характерно отсутствие комедонов при клиническом осмотре, наличие высыпаний за пределами анатомических себорейных зон. Гистологическая картина: гипоплазия и перекрут сальных желез.

Превентивные меры для акнеподобной сыпи. Избегать контакта с безрецептурными средствами для лечения угревой болезни (содержащие бензоила пероксид, ретиноиды, азелаиновую кислоту, фруктовые и другие кислоты), по возможности исключить макияж. Рекомендуется носить свободную и удобную одежду и обувь, использовать хлопчатобумажное белье. Бритье не противопоказано, но электробритвы не рекомендуются. Использовать солнцезащитные средства SPF >50, ограничить пребывание на солнце.

Профилактическая медикаментозная терапия. Наружно гидрокортизоновая мазь 1% 1 раз в день перед сном; прием внутрь доксицилина в дозе 100 мг 2 раза в день длительно (по непрерывной или интермиттирующей схеме). Данные меры позволяют снизить частоту развития акнеподобных высыпаний в 2 раза.

Заключение. Дерматологические нежелательные явления требуют особого внимания при ведении пациентов, получающих противоопухолевую терапию. В то же время следует отметить, что при своевременном назначении

профилактики и терапии в значительной части случаев отмечается достаточно быстрое улучшение состояния кожи.

Рациональный уход за кожей – это одновременно превентивные меры, направленные против развития кожной токсичности при ХТ, и местная немедикаментозная терапия, направленная на восстановление барьерных функций эпидермиса.

* * *

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ miR-338-3p У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Теплюк Н.П.¹, Мак Д.В.¹, Федотчева Т.А.², Ульченко Д.Н.²

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Минздрава России (Сеченовский Университет),

²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
Москва

Актуальность. Аутоиммунная пузырчатка (АП) – группа редких и потенциально смертельных хронических дерматозов. В настоящее время диагностика AP преимущественно основывается на оценке совокупности клинических проявлений, гистологическом исследовании, результатах ИФА (ELISA), прямой РИФ, непрямой РИФ. Однако данные методы из-за отсутствия соответствующей лабораторной оснащённости и высокой стоимости могут оказаться недоступными в клинической практике, что делает актуальной проблему поиска новых диагностических методов. Одним из новых направлений современных исследований по поиску новых биомаркеров являются микроРНК, поскольку они стабильны *in vivo*, устойчивы к воздействию РНКаз, циклам замораживания/оттаивания и значительным колебаниям pH. Кроме того, по сравнению с ДНК и мРНК, малый размер микроРНК делает их более стабильными и, следовательно, менее подверженными деградации. Несмотря на то, что при AP было исследовано большое число микроРНК в различных субстратах, на сегодняшний день только miR-338-3p по экспериментальным данным может считаться наиболее специфичной для AP, поскольку по данным литературы дисбаланс Th1/Th2-клеток может быть результатом сверхэкспрессии miR-338-3p, которая посредством трансфекции снижает экспрессию мРНК RNF114, который в свою очередь, участвует в регуляции апоптоза и активации Т-клеток. Таким образом, miR-338-3p может участвовать непосредственно в патогенезе заболевания.

Цель работы. Оценить диагностическую ценность экспрессии уровня экспрессии miR-338-3p в мононуклеарных клетках периферической крови для AP.

Материалы и методы. В исследование были включены 10 пациентов с диагнозом AP в активной стадии заболевания (6 – с вульгарной формой, 4 – с листовидной), оценка степени тяжести заболевания проводилась с помощью индекса площади поражения при пузырчатке (PDAI). Группа контроля включала 9 условно здоровых добровольцев. Исследование экспрессии miRNA-338-3p проводили с помощью ПЦР-РВ с в присутствии красителя SYBR Green I. Комплементарную ДНК (кДНК) для ПЦР-РВ получали на основе технологии «StemLoop». Оценка уровня экспрессии miRNA-338-3p основывалась на ее сравнении с экспрессией малой ядерной РНК U6. Результатом ПЦР-РВ являлось значение Ct (пороговый цикл) – число циклов, необходимых для пересечения

флуоресцентным сигналом порога (фонового уровня). Расчет относительного уровня экспрессии miR-338-3p проводился по стандартной методике 2-ΔΔСТ.

Результаты. Средний уровень экспрессии miR-338-3p в группе пациентов в активной стадии заболевания составил 8,64 ($SD \pm 5,72$), в группе контроля 1,48 ($SD \pm 1,12$). Выявлено статистически значимое повышение уровня экспрессии miR-338-3p у пациентов в активной стадии заболевания по сравнению с группой условно здоровых добровольцев ($p=0,002$). При корреляционном анализе с использованием коэффициента корреляции Спирмена и Пирсона, была установлена статистически значимая связь между уровнем экспрессии miR-338-3p и величиной значения индекса PDAI (Спирмен: $r=0,624$, $p=0,030$; Пирсон: $r=0,834$; $p<0,001$).

Заключение. На основании результатов исследования и данных литературных источников, можно сделать вывод о значимости микроРНК в контексте аутоиммунной пузырчатки. Более детальное изучение экспрессии miR-338-3p у пациентов с АП, включая большую выборку пациентов и анализ вариабельности экспрессии в зависимости от дозировки принимаемых глюкокортикоидов и степени тяжести заболевания, может стать основой для создания новых диагностических методов, а также методов объективной оценки степени тяжести заболевания.

* * *

БОРЬБА С АКНЕ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И БУДУЩИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Тлиш М.М., Кочергина Е.А., Наатыж Ж.Ю.
ФГБОУ ВО КУБГМУ Минздрава России,
г. Краснодар

Актуальность. Акне – распространенное генетически обусловленное воспалительное заболевание кожи, сальных желез и волосяных фолликулов, затрагивающее миллионы людей повсеместно. Частое тяжелое течение акне, требующее системной терапии, рост заболеваемости у лиц детского возраста, а также частый дебют заболевания у женщин старше 25 лет, приводит к возрастающей необходимости создания и применения новых методов лечения, ранее не использовавшихся в дерматологической практике для лечения акне.

Цель исследования. На основании обзора последних научных данных определить современные направления в системной и топической терапии акне и их эффективность.

Материалы и методы. Проведен поиск литературных источников, посвященных методам лечения акне, из следующих баз данных: PubMed, ResearchGate, Media Sphera. Глубина поиска – 2 года.

Результаты и обсуждение. Помимо классической терапии акне, согласно федеральным клиническим рекомендациям, в лечении акне применяются комбинированные методики, а также физио- и лазерная терапия. Из физиотерапевтических и процедурных методов лечения могут применяться: фотодинамическая терапия; IPL-терапия (Intensive Pulsed Light) в качестве монотерапии, а также в комбинации с фотопневмотическими устройствами для достижения большей эффективности; ионофорез и др.

Широко применяется лазерная терапия: описано применение фракционного лазерного фототермолиза в области сальных желез, усиленного наночастицами золота; неабляционный фракционный радиочастотный микроидлинг, особенно в комбинации с изотретиноином показал доказанную эффективность в уменьшении рубцов и воспалительных элементов при акне. Активно внедряются новые лазерные приборы, одобренные FDA, такие как AviClear TM, а также вакуумный широкополосный световой прибор TheraClear, лазерная система Assure, и импульсные лазеры на красителях (PDL).

На сегодняшний день активно используется микрокапсулирование ингредиентов в топических препаратах для лучшего проникновения веществ в устье фолликула, а также использование классов веществ, ранее не предназначенных для лечения акне. Например, использование синтетических каннабиоидов в виде 3% крема, а также транексамовой кислоты в виде сыворотки демонстрируют значительное уменьшение папуло-пустулезных поражений за счет выраженного иммуномодулирующего действия.

В зарубежных исследованиях описывают применение антимикробных пептидов и бактериофагов в форме крема, особенно в комбинации с системными ретиноидами в лечении акне средней и тяжелой степени тяжести, а также при борьбе с *S. acnes* со множественной лекарственной устойчивостью.

Обсуждается применение антагониста H1 гистаминовых рецепторов – Meclozine в виде геля. В исследованиях *in vitro*, он достоверно снижает выработку IL-8 и IL-1b, в том числе и ГМ-КСФ *ex vivo*. Описано также положительное воздействие на течение акне Surfactin-oleogel и оксида азота в виде геля 4%. Также проведенные исследования доказывают эффективность приема пробиотиков внутрь, а также местно в виде лосьона, с целью поддержания нормальной микрофлоры кожи и ЖКТ, что в свою очередь достоверно уменьшает размер очагов акне и эритему.

Вывод. По мере расширения знаний о патогенезе акне, быстро появляются новые подходы к борьбе с воспалением в виде топической, системной и комбинированной терапии. Новые или модифицированные препараты известных классов, перепрофилирование препаратов, используемых для лечения других воспалительных заболеваний, а также разработка новых методов лечения могут оказаться эффективными в лечении акне. Некоторые из этих методов лечения имеют дополнительное преимущество, заключающееся в уменьшении и лечении последствий акне, включая атрофические рубцы и диспигментацию.

* * *

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Тлиш М.М., Кочергина Е.А., Наатыж Ж.Ю.
ФГБОУ ВО КУБГМУ Минздрава России,
г. Краснодар

Актуальность. Псориаз – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, которым страдают 2-7% населения планеты. Он относится к наследственно детерминированным, системным заболеваниям мультифакториальной природы с участием генетических, иммунных и средовых факторов. К эффективным методам лечения псориаза относится цитостатическая терапия. Метотрексат является высокоэффективным препаратом для терапии обыкновенного псориаза, псориатической эритродермии, пустулезного и артропатического псориаза, однако у лиц, страдающих тяжелыми формами псориаза, он может вызывать некоторые побочные эффекты, такие как гепатотоксичность и др. Она проявляется повышением уровня печеночных ферментов и развитием структурных изменений печени (стеатоз, фиброз, цирроз). В основном, хроническая гепатотоксичность развивается спустя несколько лет после начала приема метотрексата, однако велика вероятность ее развития после введения первой дозы препарата. Наряду с этим, часто возникают гематологические нарушения в виде анемии, лейкоцитопении, тромбоцитопении, и даже панцитопении. Нежелательные лекарственные реакции (НЛР) на фоне приема препарата, в большинстве случаев не представляют значительной угрозы жизни и здоровью пациентов, однако эти реакции у отдельных пациентов бывают непредсказуемы, даже при тщательной оценке всех факторов риска и сопутствующей патологии. В связи с этим, исследование индивидуальной реакции пациентов на введение метотрексата до сих пор вызывает интерес у дерматовенерологов.

Цель исследования. Изучить динамику показателей биохимического (АСАТ, АЛАТ), общего анализ крови (лейкоциты, тромбоциты, эритроциты, СОЭ) у пациентов с псориазом до и после инъекции метотрексата.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 23 пациентов с диагнозом: «Псориаз вульгарный, распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма» за период с января по февраль 2024 года, пролеченных в 1 и 2 дерматологических отделениях ГБУЗ ККВД МЗ КК. Возраст пациентов варьировал от 20 до 65 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 34,7% и 65,3% соответственно. Средний возраст пациентов – 54 года, средняя длительность течения псориаза – 15 лет. Впервые метотрексат был использован у 17,4% больных. Все пациенты принимали метотрексат в дозировке 20 мг в неделю.

Результаты и обсуждение. НЛР в связи с приемом метотрексата наблюдали у 30,4% больных. Повышенные показатели печеночных ферментов наблюдались у 85,7% пациентов с НЛР, остальные пациенты имели гематологические нарушения, в частности лейкоцитопению на фоне приема препарата. От всех пациентов с НЛР женщины составляют 42,8%. Стоит отметить, что изменения печеночных ферментов были незначительными (повышены не более чем на 15% от верхней границы нормы) и не приводили к отмене препарата, однако к общей терапии были добавлены гепатопротекторы. Поздних проявлений гепатотоксичности на момент анализа у пациентов выявлено не было.

Выводы. НЛР после приема препарата, включая гематологические нарушения и гепатотоксичность, могут быть элиминированы путем снижения дозы препарата. Также, эффективно применение гепатопротективных средств у пациентов с повышенными печеночными ферментами и сопутствующей печеночной патологией. Все вышесказанное подчеркивает важность контроля за состоянием пациента при терапии метотрексатом, а также необходимость выявления потенциальных факторов риска развития побочных реакций.

* * *

ЧЕСОТКА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И УЧЕТА

Тлиш М.М., Наатыж Ж.Ю., Абрамова А.С.
ФГБОУ ВО КУБГМУ Минздрава России,
г. Краснодар

Актуальность. Чесотка (Scabies) – заразное паразитарное заболевание кожи, вызванное чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei* [1]. Чесотка является глобальной проблемой общественного здравоохранения. Уровень заболеваемости данным дерматозом в настоящее время остается достаточно высоким. Около 300 миллионов случаев регистрируется в мире ежегодно [2]. В России заболеваемость чесоткой в последние годы составляет около 135-290 случаев на 100 тыс. населения [2]. Поражаются все контингенты, независимо от социально-экономической, расовой, этнической и возрастной принадлежности [2,3]. В эпидемиологии чесотки играет роль ее облигатно антропонозный характер и преобладание прямого пути передачи инвазии [3].

Цель исследования. Предоставить сведения отечественной литературы по заболеваемости чесоткой в Российской Федерации. Проанализировать: актуальность, эпидемиологию, факторы риска, а также трудности относительно своевременной и правильной диагностики данной нозологии.

Материалы и методы.

1. Дерматовенерология/ В.П. Адашкевич.- М.: Мед.лит., 2019.- 408 стр.:ил.
2. Тлиш М.М., Глузмин М.И., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю., Сычева Н.Л. Эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью чесоткой в Краснодарском крае: пути решения проблемы. Кубанский научный медицинский вестник. 2014;(1):167-170.
3. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Важбин Л.Б., Шувалова Т.М., Нефедова Е.Д. Проблема чесотки в стационарах психиатрического профиля. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012.-N 6.-С.52-56. Библ. 12 назв.
4. Новоселов В.С., Новоселов А.В. Чесотка как социально–значимая проблема. РМЖ. 2011;21:1309.
5. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных чесоткой. 2020.
6. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Малярчук А.П., Новолоцкая К.М. Критерии эпидемиологической значимости семейных очагов при редких вариантах течения чесотки. Клиническая дерматология и венерология. 2021;20(32): 157175.

Результаты и обсуждение. Рост заболеваемости чесоткой отмечается во время стихийных бедствий, войн и иных социальных потрясений [1]. Это обусловлено процессами миграции, ухудшением экономического благополучия территорий, снижением качества социально- бытовых условий. Также к факто-

рам риска заболеваемости относятся: скученность, несоблюдение личной гигиены, сниженный материальный уровень жизни [1,4]. Очень часто в окружении больных возникают микроэпидемии: заражаются члены семьи, медицинские работники, больные, находящиеся в одной палате, общежитиях, детских домах, интернатах, домах престарелых, казармах и др. [5]. Семейные очаги играют ведущую роль в эпидемиологии чесотки, так как в семье имеются условия для наиболее тесных и продолжительных контактов [3].

Чесотка – дерматоз, который влечет за собой трудности, связанные с несвоевременной диагностикой. Обусловлено это многими факторами:

- у коморбидных пациентов, на фоне патологии различных органов и систем, чесотка теряет свою классическую клиническую картину. В наибольшей степени патоморфоз характерен для лиц пожилого и старческого возраста [6]. При этом количество чесоточных ходов значительно снижено и преобладают интактные их варианты, что затрудняет своевременную диагностику [1];
- возможная стертая картина кожного зуда, обусловленная приемом как местных, так и системных противозудных препаратов [6];
- проблемы, связанные с учетом и лабораторной диагностикой [2];
- затруднения в поиске источника заражения, обусловленные миграцией населения [2].

Выводы. Учитывая вышеизложенное, можно с утверждением сказать о том, что чесотка является актуальным заразным дерматозом в настоящее время. Для эффективного решения вопроса о предотвращении роста заболеваемости необходимо совершенствование комплекса противоэпидемических мероприятий, включающих:

- усиление информированности о заразных дерматозах среди всех медицинских работников. В частности- по вопросам этиологии, путей передачи, групп риска, клинических проявлений во всех возможных варианциях, методов диагностики и профилактики;
- активное выявление первичного источника заражения и контактных лиц;
- диспансерное наблюдение за контактными;
- активное выявление случаев чесотки во время профилактических осмотров населения, а также среди лиц, самостоятельно обратившихся в лечебно- профилактические учреждения;
- проведение всех необходимых противоэпидемических мероприятий в очаге, направленных на его ликвидацию;
- санитарно-просветительная работа среди населения.

Таким образом, все вышесказанное позволит усовершенствовать профилактическую, диагностическую и противоэпидемическую работу среди специалистов всех уровней здравоохранения.

* * *

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА С ЧАСТЫМИ РЕЦИДИВАМИ У ЖЕНЩИН

Хабаров А.С., Барсукова Н.И., Комкина Н.Г.,
Ример Н.К., Лучникова Е.В., Шойхет Я.Н.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России,
г. Барнаул

Актуальность. Латентное персистентное инаппарантрое течение вируса простого герпеса 1 и 2 типа инфекции (ВПГИ) с генитальной локализацией у женщин является преобладающим в абсолютном большинстве и не требует медицинского вмешательства, однако, иммуносупрессия у 11-14% таких пациенток, страдающих от повторных эпизодов, существенно снижает их качество жизни. Уже известные патогенетические механизмы местной и системной иммунокомпрометации позволили сформулировать подходы в составе комплексной терапии.

Цель исследования. Провести иммуноориентированное сопровождение пациенток с частыми рецидивами ВПГИ и оценить его эффективность.

Материалы и методы. Женщины старше 18 лет, страдающие эпизодами ВПГИ за последний год больше 5, с клинико-лабораторными признаками иммуносупрессии, обследование которых проводилось общепринятыми методами.

Результаты и обсуждение. 11 пациенткам 19-43 лет, каждая из которых перенесла за последний год от 6 до 10 эпизодов ВПГИ 1 или 2 типа генитальной формы на фоне вируссупрессорной терапии валацикловиrom 500 мг 1 раз в день, проводилась иммуноориентированное сопровождение Меглюмина акридонатацетатом 300 мг 2 раза в неделю, в понедельник и четверг, – точкой приложения которого является системный клеточно-опосредованный иммунный ответ и Пептидо-белковым комплексом из лейкоцитов крови свиной 10 т ЕД в свечах интравагинально 2 раза в неделю во вторник и пятницу, – для реабилитации местной системы резистентности. Терапия проводилась на протяжении 12 месяцев. Проведено нерандомизированное сравнительное исследование. Группу сравнения составили 10 пациенток сопоставимые по возрасту и клиническим проявлениям лечение которых осуществлялось только валацикловиrom. Общее число ВПГИ в исследуемой группе за предшествующий лечению год было 83 эпизода (7,5 в среднем) и 46 (4,1) дней, и 77 (7,7) и 42 (4,2) в группе сравнения. В течении года лечения в основной группе рецидивы ВПГИ 45 (4,1) и продолжительность 21 (1,9) дней и 51 (5,1) с длительностью 23 (2,3) дня. Хотя разница между группами не была статистически значимой, из-за небольшой их численности, пациентки основной группы отмечали большую удовлетворенность проводимым лечением, что несомненно повышало качество их жизни.

Выводы. Иммуноориентированная терапия может быть перспективной в лечении ВПГИ генитальной формы с частыми рецидивами у женщин 19-43 лет в течении года.

* * *

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ С ПЛАСТИНЧАТЫМ ИХТИОЗОМ

Чащин А.Ю., Ярыева С.Э., Вершинина Е.Е.
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России,
г. Иркутск

Наиболее тяжелой формой ихтиоза является пластинчатый (ламеллярный). Это врожденный небуллезный ихтиоз, который проявляется эритродермией, пластинчатым гиперкератозом и эктропионом. В патогенезе пластинчатого ихтиоза наблюдают мутации гена, который кодирует фермент трансглутаминазу кератиноцитов (хромосома 14q11), что способствует нарушению структуры рогового слоя. Распространенность пластинчатого ихтиоза в популяции составляет 1:200 000-1:300 000 новорожденных.

Были собраны данные пациента с пластинчатым ихтиозом за шестнадцать лет в историях болезней Клиник ИГМУ.

Больной, М., 1994 года рождения. Пациент считает себя больным с рождения. Впервые в клинику поступил в 2006 году из детского дома. Объективно на туловище, конечностях отмечалась эритродермия, плотно сидящие роговые чешуйки. Наблюдалась деформация ушных раковин, алопеция, конечности были непропорционально развиты.

С 2006 по 2012 года кожный процесс протекал торпидно с кратковременным улучшением. Проводилась терапия с применением витамина А, наружная кератолитическая терапия. В 2012 году наблюдалось увеличение количества чешуе-корок и усиление инфильтрации на коже. Больному было назначен: Ацитретин (Неотигазон) 40 мг в сутки. В процессе лечения наблюдалось улучшение в виде частичного регресса кожного процесса. В дальнейшем продолжалась положительная динамика и Ацитретин назначался курсами - 35 мг в сутки в 2013г., 25 мг через день в 2014 году.

С 2014 по 2022 пациент на фоне приема терапии чувствовал себя удовлетворительно. Ухудшение кожного процесса начало проявляться к июлю 2022 года. При поступлении в стационар дерматологического отделения Клиник ФГБОУ ВО ИГМУ процесс носил универсальный характер с поражением всего кожного покрова по типу эритродермии. На воспалительном фоне имеются крупные темные роговые пластинки. Имел место эктропион. Отмечается гиперлинеарность ладоней, ониходистрофия, алопеция с выпадением волос также в области бровей и ресниц. В результатах общего анализа крови –: Лейкоциты- $19,45 \cdot 10^9/L$, Лимфоциты-10,5%, Результаты биохимического анализа крови: Щелочная фосфатаза-135,0 е/л, Креатинин-216 мкмоль/л. Остальные показатели в пределах нормы. Назначено лечение: аевит по 2 капсулы 3 раза в день, витаминами группы В по общепринятым схемам. Наружно назначали

мометазон фураат, 2%-ная салициловая мазь, мазь с ретинола пальмитатом. При повторном осмотре через 20 дней отмечалось незначительное улучшение – уменьшение выраженности роговых пластинок и воспалительного фона

С увеличением возраста ребенка отмечается положительная динамика пластинчатого ихтиоза. Назначение ароматических ретиноидов показало более быструю динамику кожного процесса по сравнению с применением витамина А. Поддерживающая доза ретиноидов должна быть как можно меньшей, учитывая возможные побочные реакции при длительном лечении.

* * *

НУЛЕВЫЕ МУТАЦИИ ГЕНА FLG КАК ФАКТОР, СПОСОБНЫЙ ВЛИЯТЬ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗКОПОЛОСНОЙ ФОТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Чикин В.В., Карамова А.Э., Козлова И.В., Аулова К.М.

ФГБУ ГНЦДК Минздрава России,

Москва

Актуальность. Выраженность терапевтического эффекта узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии при ее использовании для лечения больных атопическим дерматитом может варьировать в широких пределах. Причины недостаточной эффективности узкополосной фототерапии могут быть связаны с генетическими факторами. Поскольку одним из механизмов терапевтического действия узкополосной фототерапии при атопическом дерматите является повышение продукции барьерного белка кожи филаггрина в число причин, обуславливающих уменьшение эффективности этого метода лечения, может входить носительство пациентами нулевых мутаций гена FLG.

Цель исследования. Оценить влияние нулевых мутаций гена FLG на эффективность лечения больных атопическим дерматитом методом узкополосной фототерапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 пациентов (19 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 18 до 49 лет с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести. Степень тяжести атопического дерматита оценивали, рассчитывая значения индексов EASI и SCORAD. Пациентам проводили курс узкополосной средневолновой фототерапии, выполняя 4 процедуры облучения в неделю в течение 5 недель. Эффективность лечения оценивали, сравнивая значения индексов EASI и SCORAD после проведенного лечения с их исходными значениями. Выявление нулевых мутаций гена филаггрина 2282del4, R501X, R2447X у пациентов проводили с использованием реакции минисеквенирования.

Результаты и обсуждение. Нулевые мутации гена FLG были выявлены у 4 (10,0%) пациентов. Из них 3 пациента были гетерозиготными носителями делеции 2282del4. Еще у одной пациентки обнаружена мутация 2282del4 в гомозиготном состоянии.

Тяжесть атопического дерматита у включенных в исследование пациентов-носителей делеции 2282del4 и у пациентов, не являющихся носителями нулевых мутаций FLG, не различалась: значение EASI составило $13,2 \pm 3,8$ балла и $14,5 \pm 7,4$ балла ($p > 0,05$) соответственно; SCORAD – $46,8 \pm 3,2$ баллов и $45,4 \pm 12,0$ баллов соответственно ($p > 0,05$).

Облучение начинали в дозе от 0,05 до 0,3 Дж/см², повышая ее каждые 1-2 процедуры на 0,03-0,05 Дж/см² пациентам с II фототипом кожи и на 0,05-0,1 Дж/см² при III фототипе. Кумулятивная доза облучения у пациентов-носителей делеции 2282del4 и у пациентов, у которых мутации не были обнаружены, была сопоставимой по величине, составив 11,1±2,9 Дж/см² и 11,0±2,6 Дж/см² соответственно (p>0,05).

После проведенного курса узкополосной фототерапии статистически значимое уменьшение индексов EASI и SCORAD наблюдалось в группе пациентов без нулевых мутаций: уменьшение EASI с 14,5±7,4 до 3,8±3,7 баллов (p<0,05), SCORAD – с 45,4±12,0 до 21,6±12,4 баллов (p<0,05). Уменьшение индексов EASI и SCORAD составило соответственно в среднем 72,0±26,5% и 49,8±30,2%.

У носителей делеции 2282del4 различия в значении EASI и SCORAD до и после терапии не достигли уровня статистической значимости. Значение EASI до лечения составляло 13,2±3,8 баллов, после лечения – 7,1±4,9 баллов (p>0,05). Значение SCORAD, составлявшее до начала лечения 46,8±3,2 баллов, после курса терапии составило 32,2±17,8 баллов (p>0,05). В среднем у пациентов-носителей мутации 2282del4 значение EASI уменьшилось на 40,0±53,5%, значение SCORAD уменьшилось на 30,7±17,8%.

Отмечена тенденция к большей выраженности уменьшения индексов EASI и SCORAD у пациентов, у которых не было выявлено нулевых мутаций гена FLG, чем у носителей делеции 2282del4, однако данные различия не достигли уровня статистической значимости (p=0,131; p=0,109, соответственно).

Выводы. Получены данные, свидетельствующие, что носительство нулевых мутаций гена FLG может уменьшать эффективность узкополосной фототерапии больных атопическим дерматитом.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абишев А.Т.	3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 18
Абрамова А.С.	125
Агабабаева Ж.А.	97
Аликбаев Т.З.	20
Амрина Л.К.	22, 52, 107
Антонова Ю.В.	63
Артамонова О.Г.	19
Архипов И.В.	63
Аулова К.М.	131
Афонин О.А.	20

Б

Бажанова А.А.	22
Базаев В.Т.	38
Балашко Ю.И.	108
Барсукова Н.И.	127
Беккер Р.А.	24, 34
Белашов Е.А.	26
Белова Е.А.	28, 67
Белогурова М.Б.	48
Белоногова Е.Г.	79
Борзова Е.Ю.	30
Борзова К.В.	32
Братковская А.В.	30
Быкова А.Ю.	24, 34
Быков Ю.В.	24, 34

В

Василенко О.В.	108
Вершинина Е.Е.	129
Викторович Т.Д.	48
Воронцова А.А.	73

Г

Габасова М.К.	3, 7, 9, 11, 14, 16, 18
Гоева О.Н.	36
Городничев П.В.	71
Грабовская О.В.	90
Гулордава М.Д.	53, 77
Гурули Г.Г.	36

Д

Джусупгалиева М.Х.	3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 18
Дзиццоева А.А.	38
Дороженок И.Ю.	81
Дудко В.Ю.	32, 97

Е

Ефанова Е.Н.	40
--------------	----

Ж

Жильцова Е.Е.	42
Житниковская А.Л.	44

З

Заславский Д.В.	50
Захарова О.В.	115
Здзитовецкая Н.Д.	46
Золотарёв А.Ю.	63
Зуева Ю.Е.	48

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

И

Иванов К.А.	97
Искра А.С.	50
Искра Е.Л.	50
Исмагулова К.Е.	52

К

Кабазиева Г.Ш.	3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 18
Кабушка Я.С.	32, 97
Карамова А.Э.	19, 71, 73, 131
Карачева Ю.В.	46
Каргапольцева Е.А.	75
Карнаухова М.Т.	53
Карпова О.А.	55, 57
Карякина Л.А.	60, 99
Карякин А.С.	60
Касаткин Е.В.	63
Касенова О.В.	3, 5, 9, 11, 13, 16, 18
Каурова Т.В.	65
Кениксфест Ю.В.	44
Ключарева С.В.	67, 69
Козлова И.В.	71, 73, 131
Комкина Н.Г.	127
Коногорова И.Н.	75
Конусова Ю.А.	48
Корнеева Л.	83, 85, 87
Корнишева В.Г.	53, 77
Кочергина Е.А.	121, 123
Крапивко И.И.	115
Кубрин С.В.	20
Кукушкина К.С.	60
Куратова А.А.	94

Л

Лагун К.М.	71
Лалаева А.М.	99
Лекавичус И.Ю.	108
Логунова О.А.	79
Ломоносов К.М.	81
Лучникова Е.В.	127
Лялина Л.В.	63

М

Мак Д.В.	119
Мельник Е.П.	81
Мельниченко Н.Е.	83, 85, 87
Михейкина С.В.	42
Мишин С.А.	90

Н

Наатыж Ж.Ю.	121, 123, 125
Нагабедян Д.В.	92
Нечаева О.С.	67
Николенко Е.О.	32
Носов Н.Ю.	71, 73

О

Орлова О.С.	79, 94
Орлов Д.Ю.	28
Осмоловская П.С.	92

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

П

Павлова Е.В.	75
Парыгина О.В.	26
Пашина И.В.	95
Петрова К.С.	36
Петунова Я.Г.	32, 97
Пирытинская А.Б.	97
Пирытинская В.А.	99
Плескачёва А.Р.	63
Поленова В.С.	94
Политов С.А.	42
Пономарев И.В.	69
Пономаренко И.Г.	67
Прожерин С.В.	101

Р

Радионон В.Г.	103, 105
Радулеску Г.Г.	48
Радченко И.Д.	99
Разанова У.С.	107
Разнатовский К.И.	20
Резцова П.А.	20
Репина Т.В.	108
Ример Н.К.	127
Рудых Н.М.	110

С

Сагидолдина Л.К.	107
Сахарова М.В.	69
Свиридова К.В.	77
Смирнова Н.В.	97
Смирнова О.Н.	99
Снарская Е.С.	30, 113
Соболенко Т.М.	115
Супиева Н.Ф.	117
Суслова Г.А.	50
Суханова Е.С.	113

Т

Таубаева А.А.	5, 14
Теплюк Н.П.	119
Тихомирова А.Н.	40
Тлиш М.М.	92, 121, 123, 125
Тонконогова Н.В.	3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 18
Торба А.В.	105
Тухтарова М.В.	32

У

Улитина И.В.	75
Ульченко Д.Н.	119

Ф

Федорова А.О.	77
Федоров В.С.	48
Федотчева Т.А.	119

Х

Хабаров А.С.	127
Хайминов Е.М.	103

Ч

Чащин А.Ю.	129
Чехута Е.С.	85
Чикин В.В.	71, 131



АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Ш

Шац Л.И.....	48
Шварева Т.И.....	103
Шойхет Я.Н.....	127

Я

Ярыева С.Э.	129
Яцуба Е.А.	97

СОДЕРЖАНИЕ

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Габасова М.К.	3
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИТИЛИГО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022-2023 ГОДЫ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.	5
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022-2023 ГОДАХ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Габасова М.К.	7
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022-2023 ГГ. Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш., Габасова М.К.	9
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Габасова М.К.	11
СТРУКТУРА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В.	13
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Таубаева А.А., Кабазиева Г.Ш., Габасова М.К.	14
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш., Габасова М.К.	16

СОДЕРЖАНИЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2023 ГОДУ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Габасова М.К.	18
ВОЗМОЖНОСТИ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА Артамонова О.Г., Карамова А.Э.	19
ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ Афонин О.А., Аликбаев Т.З., Разнатовский К.И., Резцова П.А., Кубрин С.В.	20
СИСТЕМНЫЕ РЕТИНОИДЫ В ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА Бажанова А.А., Амрина Л.К.	22
ЮВЕНИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ПРИЧИНА ТЯЖЕЛЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКА Беккер Р.А., Быков Ю.В., Быкова А.Ю.	24
БОЛЕЗНЬ ХЕЙЛИ-ХЕЙЛИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВУЛЬВЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Белашов Е.А., Парыгина О.В.	26
НЕВУС САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ – ПОЧЕМУ ОН ТРУДЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ Белова Е.А., Орлов Д.Ю.	28
АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ВЕК У ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ ПАТЧ-ТЕСТИРОВАНИЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА И МЕТА-АНАЛИЗА Борзова Е.Ю., Братковская А.В., Снарская Е.С.	30

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ Борзова К.В., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Тухтарова М.В., Николенко Е.О.....	32
ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ПЕМФИГУС И АУТОИММУННЫЙ ЛИМБИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ КАК ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Быков Ю.В., Беккер Р.А., Быкова А.Ю.....	34
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ Гоева О.Н., Петрова К.С., Гурули Г.Г.....	36
НЕТАКИМАБ И ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА Дзиццоева А.А., Базаев В.Т.....	38
ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА Ефанова Е.Н., Тихомирова А.Н.....	40
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА Жильцова Е.Е., Политов С.А., Михейкина С.В.....	42
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ КРЕМА С ФИЛАГРИНОЛОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ Житниковская А.Л., Кениксфест Ю.В.....	44
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К БАЗИСНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ Здзитовецкая Н.Д., Карачева Ю.В.....	46
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ. ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА, 2021 ГОД Зуева Ю.Е., Конусова Ю.А., Белогурова М.Б., Федоров В.С., Радулеску Г.Г., Шац Л.И., Викторович Т.Д.....	48

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ Искра А.С., Искра Е.Л., Сулова Г.А., Заславский Д.В.....	50
ДИФFUЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Исмагулова К.Е., Амрина Л.К.....	52
СОЧЕТАНИЕ ПСОРИАЗА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ПСОРИАЗА Карнаухова М.Т., Корнишева В.Г., Гулордава М.Д.....	53
ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ КИСТЕЙ Карпова О.А.....	55
ЭФФЕКТИВНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВЧГ Карпова О.А.....	57
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПУТЬ К ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА СИНДРОМ SAPHO Карякина Л.А., Кукушкина К.С., Карякин А.С.....	60
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Касаткин Е.В., Лялина Л.В., Архипов И.В., Антонова Ю.В., Золотарёв А.Ю., Плескачёва А.Р.....	63
К ПРОБЛЕМЕ ОНИХОТИЛЛОМАНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Каурова Т.В.....	65
ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ – ПОСТАКНЕ Ключарева С.В., Пономаренко И.Г., Белова Е.А., Нечаева О.С.....	67

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ ДВУХВОЛНОВЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ ЛАЗЕРА НА ПАРАХ МЕДИ Ключарева С.В., Сахарова М.В., Пономарев И.В.	69
ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЕЙ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ANR, ARNT И FLG У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ФОТОТЕРАПИИ Козлова И.В., Лагун К.М., Чикин В.В., Карамова А.Э., Носов Н.Ю., Городничев П.В.	71
ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ JAK-STAT И ТРАНСКРИПЦИОННЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГРИБОВИДНЫМ МИКОЗОМ Козлова И.В., Воронцова А.А., Карамова А.Э., Носов Н.Ю.	73
НЕЙРОФИБРОМАТОЗ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ Коногорова И.Н., Каргапольцева Е.А., Улитина И.В., Павлова Е.В.	75
К ВОПРОСУ ОБ ЭНДОКРИНОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ Корнишева В.Г., Федорова А.О., Гулордава М.Д., Свиридова К.В.	77
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ОСТЕОПОРОЗОМ Логунова О.А., Орлова О.С., Белоногова Е.Г.	79
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО Мельник Е.П., Ломоносов К.М., Дороженок И.Ю.	81
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ ПАТОЛОГИИ Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.	83
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА Мельниченко Н.Е., Корнеева Л., Чехута Е.С.	85

СОДЕРЖАНИЕ

СЛУЧАЙ ЭРУПТИВНОГО КСАНТОМАТОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.	87
ВАЖНОСТЬ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ КОЖНЫХ ФОРМАХ ВАСКУЛИТОВ Мишин С.А., Грабовская О.В.	90
ВИТИЛИГО: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ Нагабедян Д.В., Глиш М.М., Осмоловская П.С.	92
ДИНАМИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ВРОЖДЕННОМ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ Орлова О.С., Куратова А.А., Поленова В.С.	94
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ УЭЛЛСА Пашина И.В.	95
«ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ» ТЕЧЕНИЕ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ СИФИЛИСА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА Пирятинская А.Б., Петунова Я.Г., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Иванов К.А., Агабабаева Ж.А., Смирнова Н.В., Яцуба Е.А.	97
ПОДОСТРАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА КАК РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИФУЗНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Пирятинская В.А., Карякина Л.А., Смирнова О.Н., Лалаева А.М., Радченко И.Д.	99
СОЧЕТАНИЕ СИФИЛИСА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПРЕВАЛЕНТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА Прожерин С.В.	101
ЗНАЧИМОСТЬ КОЖНОЙ И СИСТЕМНОЙ ФОРМ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА В ДИАГНОСТИКЕ ВИСЦЕРОПАТИЙ Радионов В.Г., Шварева Т.И., Хайминов Е.М.	103

СОДЕРЖАНИЕ

УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГОВ И ХИРУРГОВ Радионов В.Г., Торба А.В.....	105
ОСОБЕННОСТИ ФОТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО Разанова У.С., Сагидолдина Л.К., Амрина Л.К.....	107
МЕТАМОРФОЗЫ ПСОРИАЗА У ПОДРОСТКА Репина Т.В., Василенко О.В., Лекавичус И.Ю., Балашко Ю.И.....	108
КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА И ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Рудых Н.М.....	110
ШИРОКОПОЛОСНОЕ ИНТЕНСИВНОЕ ИМПУЛЬСНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ (IPL) В ТЕРАПИИ СОЛНЕЧНОГО ЛЕНТИГО Снарская Е.С., Суханова Е.С.....	113
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛГОРИТМА ALDEN ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРИЧИННО-ЗНАЧИМОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ПРИ СИНДРОМЕ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА Соболенко Т.М., Крапивко И.И., Захарова О.В.....	115
КОЖНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ: АКНЕПОДОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ОНКОБОЛЬНЫХ Супиева Н.Ф.....	117
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ MIR-338-3P У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ Теплюк Н.П., Мак Д.В., Федотчева Т.А., Ульченко Д.Н.....	119
БОРЬБА С АКНЕ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И БУДУЩИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ Тлиш М.М., Кочергина Е.А., Наатыж Ж.Ю.....	121



СОДЕРЖАНИЕ

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ Тлиш М.М., Кочергина Е.А., Наатыж Ж.Ю.	123
ЧЕСОТКА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И УЧЕТА Тлиш М.М., Наатыж Ж.Ю., Абрамова А.С.	125
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА С ЧАСТЫМИ РЕЦИДИВАМИ У ЖЕНЩИН Хабаров А.С., Барсукова Н.И., Комкина Н.Г., Ример Н.К., Лучникова Е.В., Шойхет Я.Н.	127
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ С ПЛАСТИНЧАТЫМ ИХТИОЗОМ Чащин А.Ю., Ярыева С.Э., Вершинина Е.Е.	129
НУЛЕВЫЕ МУТАЦИИ ГЕНА FLG КАК ФАКТОР, СПОСОБНЫЙ ВЛИЯТЬ НА ЭФЕКТИВНОСТЬ УЗКОПОЛОСНОЙ ФОТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Чикин В.В., Карамова А.Э., Козлова И.В., Аулова К.М.	131