

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
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

XVII

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ

26-27 октября 2023

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

Санкт-Петербург
2023



Научное издание

XVII Научно-практическая конференция
дерматовенерологов и косметологов с международным участием
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ

Материалы: / Под редакцией проф. Самцова А.В., проф. Соколовского Е.В.
СПб.: 2023. – 141 с.

Рецензент: проф. Аравийская Е.Р.

Материалы публикуются в авторской редакции

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

МАТЕРИАЛЫ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИТИЛИГО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2021-2022 ГОДЫ

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В., Петренко И.И.**

Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний,
г. Алма-Ата, Казахстан

Проблема хронических дерматозов на сегодняшний день остается одной из наиболее значимых. Хронические дерматозы достаточно широко распространены в популяции, при этом пациенты, страдающие данными заболеваниями, нуждаются в долговременном, зачастую пожизненном лечении.

Одной из таких нозологий является витилиго – иммуноопосредованное, многофакторное заболевание, в патогенезе которого важную роль играют генетическая детерминированность и факторы внешней среды. Нельзя не отметить высокую медико-социальную значимость этого дерматоза, обусловленного влиянием на психологическое состояние пациента и качество его жизни.

В Республике Казахстан по данным статистической отчетности в период 2021-2022 гг., полученном при анализе обращаемости населения в медицинские организации дерматовенерологического профиля количество впервые выявленных случаев витилиго составляло 1567 случаев – в 2022 году и 1508 – в 2021, уровни интенсивных показателей – 8,2 на 100 тыс. общего населения и 8,0, соответственно. Отмечен незначительный рост по сравнению с предыдущим годом – на 3,8%.

В возрастном аспекте доля детей от 0 до 17 лет среди общего количества выявленных случаев составила 43,3%, доля взрослых от 18 лет и старше – 56,7%.

Заболеваемость витилиго чаще регистрировалась среди подростков 15-17 лет – 22,6 на 100 тыс. населения подростков (184 случая); среди детей от 0 до 14 лет – 8,7 на 100 тыс. населения детей соответствующего возраста (494 случая), среди взрослого населения (18 лет и >) – 7,0 на 100 тыс. взрослых (889 случаев).

В группе детей 0-14 лет случаи витилиго чаще регистрировались среди девочек, чем мальчиков (260 и 234, соответственно).

В 2021 году при распределении по возрасту и полу доля детей от 0 до 17 лет среди общего количества выявленных случаев составила 38,9%, доля взрослых от 18 лет и более – 61,1%.

Чаще заболеваемость регистрировалась среди подростков 15-17 лет – 20,4 на 100 тыс. населения подростков (158 случаев); среди детей 0-14 лет – 7,7 на 100 тыс. населения детей (428 случаев), и среди взрослого населения (старше 18 лет) – 7,3 на 100 тыс. взрослых (922 случая).

МАТЕРИАЛЫ

В регионах в 2022 году самый высокий показатель заболеваемости витилиго был зарегистрирован среди населения г. Шымкента (32,8 на 100 тыс. населения), Туркестанской (22,0) и Атырауской (21,4) областей.

Самые низкие показатели – среди населения Алматинской (0,3 на 100 тыс. населения) и Жамбылской (0,3) областей.

За анализируемый период (2021-2022 гг.) в Республике Казахстан отмечен незначительный рост (на 3,8%) заболеваемости витилиго, среди общего числа выявленных случаев 43,3% приходится на детей 0-17 лет.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В 2013-2022 ГГ.

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В., Петренко И.И.**

Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний,
г. Алма-Ата, Казахстан

В Республике Казахстан уровень заболеваемости гонококковой инфекцией (ГИ) в последнее десятилетие (2013-2022 гг.) имеет выраженную тенденцию к снижению.

Если в 2013 году в Республике было зарегистрировано 4729 случаев ГИ (интенсивный показатель – 27,8 на 100 тыс. населения), то в 2022 году – 1442 случая (интенсивный показатель – 7,5). Снижение заболеваемости за десятилетний период в 3,7 раза.

В 2022 году на долю хронических форм ГИ приходилось 30,9%.

В гендерном отношении в 2022 году ГИ чаще выявлялась у мужчин (937 случаев), чем у женщин (505).

В зависимости от места проживания, чаще ГИ регистрировалась среди городских (1289) жителей, чем у сельских – 153 случаев.

Лица мужского пола как среди городских (846) жителей, так и сельских (91) чаще болели ГИ, чем женщины – 443 и 62, соответственно.

В 2022 году среди беременных выявлена высокая заболеваемость гонококковой инфекцией, интенсивный показатель почти в 2,5 раза выше показателя 2021 года – 29,2 на 100 тыс. беременных против 12,0 (119 и 51 случай соответственно).

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость гонореей в стране, как и ожидалось, зарегистрирована в возрастной группе 18-44 лет как среди мужчин, так и женщин, что и следовало ожидать от группы, чья численность превышает другие возрастные группы вместе взятые. Мужской пол по заболеваемости гонореей занимал лидирующее положение за этот период времени в старших возрастных группах (18-44 и 45 лет и>). Данная тенденция характерна для населения большинства стран мира.

МАТЕРИАЛЫ

В 2022 году было зарегистрировано 650 (лиц мужского пола – 435, женского – 215) случаев гонореи среди лиц молодого возраста (возрастная группа – 14-28 лет); при этом 21 случай (мужского пола – 11, женского – 10) приходился на подростков 15-17 лет – на 7 случаев больше выявлено гонореи среди подростков в 2022 году по сравнению с 2021 годом (21 против 14).

Основными смежными специалистами, в компетенции которых находятся больные ГИ (как и другими ИППП), являются акушеры-гинекологи и урологи.

В 2022 году дерматовенерологами было выявлено 255 больных ГИ (в 2021 году – 253), акушер-гинекологами – 173 (в 2021 – 75), урологами – 19 (в 2021 – 54).

На протяжении 2013-2022 гг. в Республике Казахстан отмечается стабильная тенденция к снижению числа зарегистрированных больных ГИ.

Таким образом, самая высокая заболеваемость ГИ в 2022 году отмечена в возрастной группе 18-44 лет. При анализе гендерного распределения больных ГИ в структуре заболеваемости было выявлено значительное преобладание лиц мужского пола в сравнении с женским полом среди всех возрастных групп.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022 ГОДУ

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

Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний,
г. Алма-Ата, Казахстан

Заболеваемость сифилисом в Республике Казахстан с 2015 года имеет стабильную тенденцию к снижению: с 28,4 на 100 тыс. населения в 2015 году до 10,7 – в 2022 году; в 2021 году этот показатель составил – 12,6.

Гендерная характеристика показывает определенное преобладание женщин среди больных сифилисом за весь исследуемый период (с 2015-2021 год), лишь в 2022 году, наоборот, большинство составили мужчины – 51,3% против 48,7% среди женщин.

Распределение больных сифилисом по месту проживания показывает совершенно определенную тенденцию – со значительным перевесом в сторону городского населения: в 2022 году – 71,8% и 28,2%, в 2021 году – 72,7% и 27,3% соответственно.

Особую проблему для детского здравоохранения представляют случаи раннего врожденного сифилиса, которые характеризуются тяжелой полиорганной патологией у детей и высокой летальностью у новорожденных, заболеваниями с серьезными последствиями в виде психоневрологических и соматических нарушений, ранней смертностью, инвалидизацией.

В 2022 году было зарегистрировано 8 случаев врожденного сифилиса – на 11 случаев меньше, чем в 2021 году. Заболеваемость врожденным сифилисом напрямую связана с дородовым наблюдением беременных женщин в женских консультациях. Сохраняется высокий процент беременных, больных сифилисом, не

МАТЕРИАЛЫ

наблюдающихся в женских консультациях в период беременности или встающие на учет на поздних сроках, вследствие этого не охваченных дородовым наблюдением, получением неполного курса специфической и профилактической терапии.

Все это негативно отражается не только на исходах беременности, но и приводит к рождению детей больных врожденным сифилисом.

В 2022 году сифилитическая инфекция была выявлена у 299 беременных.

Аналогичный показатель в 2021 году составил 364 случая (снижение на 17,9% в 2022 году).

Из ранних манифестных форм сифилиса наблюдалось значительное снижение первичного (4,9% в 2022 году против 7,9% в 2021 году) и вторичного (16,8% – в 2022 году против 18,9 – в 2021 году) форм сифилиса. В структуре сифилитической инфекции наибольший удельный вес приходится на скрытый сифилис – в 2022 г. зарегистрировано увеличение скрытого сифилиса по сравнению с предыдущим годом – 77,3% – в 2022 году против 71,9% – в 2021.

В возрастном-половом аспекте самая высокая заболеваемость сифилисом зарегистрирована в возрастной группе 18-44 лет как среди лиц мужского, так и женского пола. Высокая заболеваемость сифилисом среди указанной группы, т.е. наиболее сексуально активного населения свидетельствует о низкой информированности данных возрастных групп о путях передачи сифилитической инфекции.

В 2022 году было зарегистрировано 610 (муж. – 274, жен. – 336) случаев сифилиса среди лиц молодого возраста – возрастная группа 14-28 лет, 15 случаев сифилиса выявлено среди подростков, в 2 раза больше у лиц женского пола (муж. – 5, жен. – 10). Следует отметить увеличение сифилиса среди подростков в 2022 году по сравнению с 2021 годом – 15 случаев против 3 соответственно.

Таким образом, несмотря на снижение общей заболеваемости сифилисом в 2022 году, эпидситуация в Республике Казахстан остается напряженной за счет увеличения скрытых форм сифилиса.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД 2013-2022 ГГ.

**Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А.,
Тонконогова Н.В., Габасова М.К.**

Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний,
г. Алма-Ата, Казахстан

В настоящее время на фоне снижения уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, наблюдается высокая частота выявления воспалительных заболеваний мочеполовой системы, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами, и одно из ведущих мест в структуре которых занимают генитальные микоплазмы. Но, несмотря на высокую частоту выявления микоплазм, их

МАТЕРИАЛЫ

истинное этиологическое значение в развитии воспалительных процессов и репродуктивных нарушений не установлено, поскольку широко распространено здоровое носительство микоплазм, их обнаруживали как в качестве моно-инфекции, так и в сочетании с другими микроорганизмами, генитальные микоплазмы выявляли в клиническом материале как при репродуктивной патологии, так и при физиологически развивающейся беременности.

Заболееваемость уреамикоплазменной инфекцией в Республике Казахстан на протяжении 10-летнего периода (2013-2022 гг.) характеризовалась неравномерной динамикой, сменяющейся периодами спада и подъема, следовавших один за другим. Если в точке отсчета заболееваемость составляла 39,3 на 100 тыс. населения, то в конечной – 51,4 (в 1,3 раза выше). На протяжении указанного периода этапы подъема наблюдались в 2016-2017 гг. (36,2 и 36,9, соответственно) и 2019, 2021-2022 гг. (42,4, 36,1 и 51,4, соответственно). В последние годы отмечена стабильная тенденция роста заболееваемости, за исключением 2020 года, связанного с пандемией COVID-19.

В 2022 году самые высокие, значительно превышающие общереспубликанский показатель уровни заболееваемости зарегистрированы в мегаполисах РК: в 3,7 раза г. Шымкенте (192,2 на 100 тыс. населения); в 1,9 раза г. Алматы (101,8); в 1,7 раза г. Астане (91,5). Показатели, превышающие республиканские значения отмечены в Костанайской (62,9), Карагандинской (54,9) и Атырауской (52,5) областях.

Самые низкие показатели – в Павлодарской (1,6 на 100 тыс. населения), Западно-Казахстанской (2,4) и Актюбинской (2,5) областях.

Больше всего случаев уреамикоплазменной инфекции, как и ожидалось, отмечено в наиболее репродуктивной и многочисленной возрастной группе – 18 лет и > (9753); в 2022 году по сравнению с 2013 годом регистрировалась выявляемость микоплазмоза среди детей 0-14 лет (32 случая, ни одного – в 2013 году), среди подростков 15-17 лет в 2022 году также зарегистрировано увеличение случаев микоплазмоза, по сравнению с 2013 годом (40 против 32).

Распределение по полу было односторонне – во всех группах преобладали лица женского пола: в группе 0-14 лет – 84,4% девочек и 15,6% мальчиков, 15-17 лет – 70,0% девушек и 30,0% юношей, в возрастной группе старше 18 лет – 73,9% женского пола и 26,1% – мужского.

В зависимости от местности проживания в 2022 году среди городских жителей было зарегистрировано 8678 случаев уреамикоплазменной инфекции, среди сельских – 1147, т.е. у городских жителей в 7,5 раз чаще выявлялась уреамикоплазменная инфекция, чем у сельских; чаще – у лиц женского пола как среди городского, так и сельского населения – 6319 и 939 против 2359 и 208 – мужского.

В 2022 году по сравнению с 2021 в 1,7 раз выше заболееваемость уреамикоплазменной инфекцией среди беременных – 982,2 на 100 тыс. беременных против 577,1 соответственно.

Самые высокие показатели заболееваемости среди беременных зарегистрированы в крупных городах-мегаполисах: г. Алматы (2607,3 на 100 тыс. беременных), Астана (2553,6) и Шымкент (2481,5). Выше республиканских показателей заболееваемость уреамикоплазмозом среди беременных в Акмолинской (1422,5) и Костанайской (1044,1) областях.

МАТЕРИАЛЫ

В 2022 году дерматовенерологами выявлено 1811 случаев уреамикоплазменной инфекции против 1963 – в 2021 году; акушер-гинекологами – 3769 против 1596 – в 2021 году; урологами – 60 случаев против 37 – в 2021 году. В стационарах терапевтического и неврологического профиля в 2022 году было выявлено 8 случаев против 7 – в 2021 году.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД С 2012 ПО 2022 ГОД

**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. Алма-Ата, Казахстан

Аногенитальные венерические бородавки (АВБ) представляют собой высококонтагиозную клиническую форму папилломавирусной патологии кожи и слизистых оболочек, до 90% всех случаев ассоциированных с 6 и 11 типами вируса папилломы человека (ВПЧ).

Помимо негативного влияния на качество жизни пациентов, длительного дорогостоящего лечения актуальность изучения эпидемиологической ситуации в отношении АВБ объясняется широкой распространенностью, высокой контагиозностью и выраженным онкогенным потенциалом ВПЧ.

Сравнительный анализ заболеваемости АВБ в Республике Казахстан проведен на основании данных, представленных в формах статистической отчетности за период с 2012 по 2022 годы, полученных при анализе обращаемости населения РК в медицинские организации дерматовенерологического профиля.

В результате сравнительного анализа заболеваемости АВБ в РК за 10-летний период (2012-2022 годы) установлена неравномерная динамика, характеризующаяся периодами подъема и спада. Показано, что официально регистрируемая заболеваемость АВБ на протяжении 10 лет снизилась почти в 1,4 раза или на 14,2% случаев. Минимальный показатель заболеваемости отмечен в 2019 году (1107 случаев, интенсивный показатель 6,0 на 100 тыс. населения), максимальный показатель зарегистрирован в 2020 году (2694 случая, интенсивный показатель 14,5 на 100 тыс. населения).

В 2022 году по сравнению с 2021 отмечена положительная динамика – количество впервые выявленных случаев АВБ уменьшилось от 1192 случая – в 2021 году до 1112 – в 2022 году (снижение на 6,7%), снижение интенсивного показателя заболеваемости – от 6,3 на 100 тыс. населения – в 2021 году до 5,8 – в 2022.

МАТЕРИАЛЫ

По регионам РК относительно высокая выявляемость АВВ в Актюбинской (402 случая), Восточно-Казахстанской (256 случаев) областях и г. Алматы (143 случая). В большинстве регионов отмечается низкая выявляемость, что не соответствует мировым тенденциям.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2020-2022 ГГ.

Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Петренко И.И.,
Тонконогова Н.В., Касенова О.В.

Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний,
г. Алма-Ата, Казахстан

Динамика заболеваемости хламидийной инфекцией за 3-летний (2020-2022 гг.) период в Республике Казахстан по данным статистической отчетности показывает ежегодный рост заболеваемости – с 10,7 на 100 тысяч общего населения в 2020 году до 15,7 – в 2021 году (в 1,4 раза) и до 16,5 – в 2022 (более, чем в 1,5 раза).

Доля хламидийной инфекции в общей структуре ИППП составляла – 10,4% – в 2020, 15,3% – в 2021 и 14,3% – в 2022 годах.

Наиболее высокий показатель заболеваемости хламидийной инфекцией в 2022 году наблюдался в г. Астане (56,2 на 100 тыс. населения), превышение республиканского показателя составило в 3,4 раза; выше республиканского показателя в 1,6 раз – в Восточно-Казахстанской (27,6) и Павлодарской (26,5) областях, в 1,5 – г. Шымкенте (25,5) и Актюбинской (24,9) областях и в 1,2 раза – Костанайской (20,3) области.

Самый низкий показатель заболеваемости урогенитальным хламидиозом отмечен в Кызылординской (2,2 на 100 тыс. населения) области.

Уровень заболеваемости урогенитальным хламидиозом среди больных, проживающих в сельской местности, в 2022 году составил 248 (мужчин – 76, женщин – 172) против 510 (мужчин – 101, женщин – 409) – в 2021 году.

В 2022 году из числа беременных было выявлено 925 случаев урогенитально-хламидиоза против 957 случаев – в 2021 году (на 32 случая меньше в 2022 году).

В возрастном-половом аспекте самая высокая заболеваемость хламидийной инфекцией в РК зарегистрирована в возрастной группе 18-44 лет, как среди мужчин, так и женщин, причем у женщин количество выявленных случаев почти в 1,5 раза больше, чем у мужчин. Женский пол по заболеваемости урогенитальным хламидиозом занимал лидирующее положение за этот период времени во всех возрастных группах – 15-17, 18-44 и старше 45 лет. Среди подростков в возрастной группе 15-17 лет количество выявленных случаев хламидиоза в 2022 году больше, чем в 2021 – 19 случаев против 11 в 2021.

МАТЕРИАЛЫ

В 2022 году дерматовенерологами выявлено 619 больных хламидийной инфекцией против 495 – в 2021 году; акушер-гинекологами – 704 больных против 244 – в 2021 году; урологами – 32 против 34 – в 2021 году; 13 случаев выявлено в стационарах (терапевтический и неврологический профиль) против 19 – в 2021; 5 случаев – при обследовании доноров на станции переливания крови против 6 – в 2021 году; при периодических профилактических осмотрах – 48 и 26 соответственно; другими специалистами – 109 и 53 соответственно.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022 ГОДУ

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

Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний,
г. Алма-Ата, Казахстан

Статистический анализ заболеваемости дерматомикозами за последние десятилетия показал, что число таких больных во всем мире, в том числе в Республике Казахстан, ежегодно увеличивается.

Выявлены особенности эпидемиологической ситуации в отношении дерматомикозов на территории Республики Казахстан в 2022 году.

Материалами для изучения явились данные официальной статистики и отчетности в период 2021-2022 гг.: форма #9, полученные при анализе обращаемости населения в медицинские организации дерматовенерологического профиля.

В 2022 году согласно данным регистрации общее число впервые выявленных случаев грибковых заболеваний кожи (трихофития, микроспория) составило 6927 (интенсивный показатель заболеваемости – 36,2 на 100 тыс. населения) против 5749 (30,5 на 100 тыс. населения) случаев в 2021 году. За анализируемый период в динамике отмечено увеличение на 17,0% случаев, рост заболеваемости по сравнению с предыдущим годом отмечен почти в 1,2 раза: трихофитией – с 13,7 в 2021 году до 15,9 – в 2022; микроспорией – с 16,8 в 2021 году до 20,4 – в 2022.

По уровню показателей заболеваемости трихофитией первое место занимает г. Шымкент (86,7 на 100 тыс. населения), второе место – Туркестанская область (41,6) и третье место – Жамбылская область (24,4).

Наилучшая ситуация складывается в Костанайской (0,5 на 100 тыс. населения) области, где отмечен самый низкий показатель заболеваемости трихофитией.

По уровню показателей заболеваемости микроспорией на первом месте Атырауская область (73,2 на 100 тыс. населения), на втором месте – г. Шымкент (50,1), на третьем – Кызылординская область (40,2).

Самый низкий уровень заболеваемости микроспорией в г. Астане – 2,8 на 100 тыс. населения.

МАТЕРИАЛЫ

В 2022 году выявлено 6245 случаев микозов стоп – на 4,9% случаев больше, чем в предыдущем году (5942 случая). Республиканский показатель уровня заболеваемости в 2022 году составил – 32,7 на 100 тыс. населения против 31,5 – в 2021 году.

Самая неблагоприятная ситуация по заболеваемости микозами стоп складывается в Костанайской области, где уровень заболеваемости выше республиканского в 3,3 раза (111, 0 на 100 тыс. населения), Восточно-Казахстанской (74,2), высокие показатели зарегистрированы в г. Алматы (54,4), Северо-Казахстанской (54,0), Актыубинской (53,9) и Западно-Казахстанской (47,3) областях.

Наилучшая ситуация, согласно данным статистической отчетности, отмечена в Кызылординской области (4,1 на 100 тыс. населения), где зафиксирован самый низкий показатель заболеваемости микозами стоп по Республике.

Дерматомикозы представляют весьма серьезную проблему, вызывая значительный физиологический и психологический дискомфорт, резко снижают качество жизни, отличаясь высокой терапевтической резистентностью, хроническим и персистирующим течением, тенденцией к рецидивам.

СТРУКТУРА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2021-2022 ГОДАХ

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

Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний,
г. Алма-Ата, Казахстан

По данным годовой статистической отчетности общее число впервые выявленных случаев хронических рецидивирующих дерматозов (псориаз, ихтиоз, красный плоский лишай - КПЛ, пузырчатка, витилиго, атопический дерматит) в 2022 году составило 18824 (98,4 на 100 тыс. населения) случая против 15683 (83,1) в 2021 году. Интенсивный показатель заболеваемости указанными дерматозами в 2022 году оказался выше в 1,2 раза по сравнению с показателями 2021 года.

В динамике отмечается рост заболеваемости всех вышеуказанных нозологий, за исключением КПЛ (снижение в 2022 году в 1,2 раза по сравнению с 2021 годом. Рост заболеваемости псориазом в 2022 году увеличилась с 27,3 на 100 тыс. населения в 2021 году до 32,6 – в 2022 (в 1,2 раза); атопического дерматита – более, чем в 1,1 раза (с 43,4 – в 2021 году до 51,6 – в 2022); ихтиозов – в 2,0 раза (от 1,7 – в 2021 году до 3,4 – в 2022); витилиго – с 8,0 – в 2021 году до 8,2 – в 2022; пузырчатки – в 1,4 раза (с 0,7 – в 2021 году до 1,0 – в 2022).

Самая высокая заболеваемость среди хронических дерматозов приходится на псориаз (33,2% от всего количества дерматозов) и атопический дерматит (52,4%), которые имеют ежегодную тенденцию к увеличению.

МАТЕРИАЛЫ

Более детальный статистический анализ показал, что среди больных псориазом преобладали в основном взрослые (18 лет и старше), которые составили 77,3% случаев от всего количества больных псориазом; затем дети (0-14 лет) – 16,0% и подростки (15-17 лет) – 6,7%.

Псориазом чаще болели городские жители – 4977 случаев против 1265 среди сельских.

Атопическим дерматитом чаще болели городские жители – 8294 случаев, в то время как среди сельских жителей выявлено 1565.

Проведенный анализ дерматологической заболеваемости на основании годового статистического наблюдения показал, что в Республике Казахстан в 2022 году продолжает сохраняться тенденция роста заболеваемости всех вышеуказанных хронических рецидивирующих дерматозов за исключением красного плоского лишая.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА

Агзамходжаева С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить роль полиморфизма генов метаболизма фолатов в возникновении и механизме развития розацеа.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе научно-диагностического центра Immunogen test при Институте иммунологии и геномики человека АН РУз. Исследуемую группу составили 27 пациентов с установленным диагнозом розацеа различной степени тяжести. В контрольную группу вошли 20 условно здоровых испытуемых, не страдающих розацеа. Диагностику уровня гомоцистеина проводили с использованием метода ИХЛА, прибор IMMULITE 2000 Хри с соответствующими реактивами (SIEMENS, Германия). Генотипирование образцов проводилось методом полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени». Для получения геномной ДНК использовали двухэтапный метод лизиса клеток крови. Статистическая обработка проводилась в программе JAMOV version 1.1.9. Был использован тест Шапиро-Уилка для определения нормальности распределения каждого количественного признака, для сравнения групп были использованы непараметрические тесты – критерий Манна-Уитни. Для оценки различий относительных величин использовали анализ таблиц сопряженности Х2. Выбранный критический уровень значимости – 5% (0,05).

Результаты. Возраст пациентов группы сравнения был в пределах от 18 до 64 лет и в среднем составлял 39,1±13,6 лет. Возраст пациентов контрольной группы – от 18 до 40 лет, средний возраст составил 35,2±9,1. В группе сравнения женщины составляли 52% обследованных, мужчины – 48%. В контрольной группе женщи-

МАТЕРИАЛЫ

ны составили 45%, мужчины – 55%. Уровень гомоцистеина в группе сравнения в нашем исследовании оказался достоверно выше – 12,4(±6,9) мкмоль/л и 7,1(±2,03) мкмоль/л в группе контроля ($p < 0,001$). При изучении полиморфизмов генов фолатного цикла были получены данные, позволяющие предположить наличие влияния нарушения метаболизма фолиевой кислоты на механизм развития розацеа. Были выявлены неблагоприятные варианты генов фолатного обмена: MTHFR: 1298 A>C rs1801131, MTHFR: 677C>T rs1801133 в крови больных розацеа. Варианты генов метаболизма фолатов, приводящие к повышению уровня гомоцистеина в крови способствуют травматизации эндотелия сосудов.

Заключение. Таким образом, розацеа – это полиэтиологический самостоятельный дерматоз с участием в его патогенезе многих патологических реакций. Имеет значение, по-видимому, генетическая предрасположенность, которая приводит к лимфатической васкулопатии. Реализации наследственности способствуют различные экзогенные и эндогенные триггеры. В ходе исследования выявлены гены, предположительно участвующие в возникновении и механизме развития розацеа, а также влияющее на тяжесть течения заболевания. Неблагоприятные варианты генов метаболизма фолатов: MTHFR: 1298 A>C rs1801131, MTHFR: 677C>T rs1801133. Значимым оказалось повышение уровня гомоцистеина в крови пациентов с розацеа.

СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКОВ P53 И BCL-2 ПРИ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЕ ПСОРИАЗА

Аляви С.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Узбекистан

Псориаз относится к хроническим иммуноассоциированным воспалительным заболеваниям, занимающим одно из ведущих мест среди всей дерматологической патологии. Он характеризуется сложным патогенезом, в котором важную роль играет процесс апоптоза. Однако до настоящего времени точный механизм нарушений апоптоза при псориазе до конца не изучен. В нем участвуют многочисленные цитокины, белки и мембранные рецепторы.

Цель исследования. Изучение экспрессии проапоптотического белка p53 и антиапоптотического рецепторного белка bcl-2, участвующих в процессах апоптоза.

Определение p53 и bcl-2 проводили в плазме крови иммуноферментным методом. Под наблюдением находились 52 больных с вульгарной формой псориаза в возрасте от 18 до 50 лет. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых добровольцев аналогичного возраста.

Анализ полученных данных показал, что содержание проапоптотического белка p53 в сыворотке крови больных с вульгарной формой псориаза превышал значение в контроле на 10,3% ($p > 0,05$). Следовательно, у больных псориазом от-

МАТЕРИАЛЫ

мечаются существенное увеличение в сыворотке крови проапоптотического белка p53. Среди возможных причин повышения содержания в сыворотке крови протеина p53 ряд исследователей связывает с нарушением активности антиапоптотического рецепторного белка bcl-2. Установлено, что семейство bcl-2 является общим регулятором апоптоза, на котором сходятся все пути индукции апоптоза (p53-зависимый или независимый). bcl-2 является белком, ингибирующим апоптоз. Сверхэкспрессия гена bcl-2 предотвращает характерные морфологические признаки апоптоза. Влияние маркера апоптоза bcl-2 на прогноз заболевания практически не изучен, что послужило основанием для проведения исследования в данном направлении. Анализ полученных результатов исследований показал, что у больных псориазом отмечаются изменения показателей bcl-2. Так, при вульгарной форме псориаза содержание в сыворотке крови bcl-2 оказались ниже данных в контроле на 9,4% ($p > 0,01$). Следовательно, в сыворотке больных псориазом наблюдается существенное снижение концентрации антиапоптотического белка bcl-2. При этом прослеживается четкая зависимость снижения параметра bcl-2 с показателем p53, что, по-видимому, свидетельствует об их функциональной взаимосвязи в процессах апоптоза. Чтобы обосновать данное предположение, нами проведен анализ корреляционной взаимосвязи между этими показателями. Так, между показателями bcl-2 и p53 у больных с вульгарной формой псориаза показатель корреляции $r = -0,89$ ($p < 0,001$).

Следовательно, можно считать, что снижение активности рецепторного антиапоптотического белка bcl-2 является одной из важных причин в механизме увеличения в сыворотке крови больных псориазом белка апоптоза p53.

Выводы. Проведенные исследования позволяют заключить, что при псориазе в организме больных повышается содержание проапоптотического белка p53 и снижается антиапоптотический белок bcl-2. Изменение их уровня могут играть роль в патогенезе псориаза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ЛЕНТИКУЛЯРНОГО МЕЛАНОЗА ПИКА

Амрина Л.К., Сагидолдина Л.К., Жумадилова Г.Ж.
Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алма-Ата, Казахстан

Прогрессирующий лентикулярный меланоз Пика (син.: пигментная ксеродерма) – редкое наследственное заболевание, характеризующееся повышенной фоточувствительностью, развитием пигментаций и атрофии кожи, фотофобией, неврологической симптоматикой, прогрессирующим течением с очень высоким риском развития кожных опухолей. Заболевание часто носит семейный характер и наблюдается при близкородственных браках в географических национальных изолятах.

МАТЕРИАЛЫ

Учитывая редкость данной патологии, представляем наше наблюдение прогрессирующего лентикулярного меланоза у мальчика 9 лет.

Со слов мамы, ребенок болен с рождения, когда появились первые высыпания в виде пузырьков на коже лица, волосистой части головы, кистей рук. Начало заболевания ни с чем не связывает, обострение в весенне-летнее время, связанное с инсоляцией открытых участков кожи. Наследственный анамнез не отягощен, со слов мамы брак не близкородственный. Сопутствующие заболевания у старшего ребенка: ДЖВП по гипокинетическому типу. ЦМВ. Вирус Эпштейн-Барра. Анемия фолиеводефицитная. Гиповитаминоз Д. Микроаномалия развития сердца. Объективно: Патологический процесс на коже хронический в стадии обострения, симметричный, полиморфный. Локализован на коже лица, волосистой части головы, ушных раковин, тыльной поверхности кистей, предплечий, плечей. Представлен единичными лентигоподобными пятнами, геморрагическими корками, множественными гиперпигментированными пятнами, атрофическими рубцами на фоне здоровой кожи. На коже нижней губы и спинке носа единичные эрозии с обрывками пузырей. Субъективно: жжение и болезненность в очагах поражения. Дермографизм красный.

Проведено симптоматическое лечение: витамины, антигистаминная, десенсибилизирующая терапия, наружно – эпителизирующие средства.

Даны рекомендации: наблюдение дерматолога, онколога, офтальмолога и невропатолога. В профилактике заболевания важным является исключение инсоляций и постоянное применение фотопротекторов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ АКНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕРМАЛИНИ SEBIUM

Арифов С.С.¹, Якубова А.С.², Иброхимова Н.С.²

¹Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников,

²Республиканский специализированный научно-практический
центр дерматовенерологи и косметологии,
г. Ташкент, Узбекистан

Акне – это хроническое, рецидивирующее кожное заболевание сально-волосяного аппарата, развивающееся вследствие закупорки волосяных фолликулов кожи. Акне болят до 80-90% лиц молодого возраста.

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности линейки Sebium в комплексной терапии акне.

Под нашим наблюдением находился 31 больной акне от 12 до 25 лет. Мужчин было 15 (48,4%) и женщин – 16 (51,6%). Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 6 лет.

МАТЕРИАЛЫ

Согласно классификации Plewig G., Kligman A. M., Jansen J. (2000) комедональная форма диагностирована у 12 (38,7%) больных, папуло-пустулезная – у 16 (51,6%) и конглобатная – у 3 (9,7%) пациентов.

Согласно классификации, предложенной Глобальным альянсом по улучшению результатов акне, легкая степень тяжести течения установлена у 12 (38,7%) пациентов, средняя степень – у 8 (25,8%), тяжелая – у 6 (19,4%) и очень тяжелая 5 (16,1%) больных.

Все больные до начала лечения проходили комплексное общее клиническое обследование.

В зависимости от способа лечения больные были разделены на две группы: первая группа больных получала стандартное лечение, вторая группа – стандартное лечение + Дермалинию Sebiум Sebiум Foaming gel active и Sebiум sensitive. Больные второй группы кроме стандартной терапии 2 раза в день умывались с Sebiум Foaming gel active и 1 раз в день смазывали кожу Sebiум sensitive для увлажнения.

В процессе терапии во второй группе на 12-14 дни наблюдали уменьшение сальности кожи, тогда как в первой группе данный эффект отметили на 24-25 день. Разрешение комедонов, папулезных элементов в первой группе отмечали на 30 день, во второй группе – на 24 день лечения. Результаты лечения в виде клинического выздоровления было отмечено в первой группе у 9,7%, во второй группе у 25,8%, значительное улучшение во второй группе у 38,7%, а в первой группе у 28,8%.

Таким образом, наше клиническое наблюдение показало, что применение в комплексе линии Bioderma Sébiум является эффективным средством в терапии акне. Sebiум Foaming gel active эффективна очищает кожу, имеет кератолитические и противовоспалительные свойства для косметологической коррекции акне, а Sebiум sensitive обладает антиоксидантным, увлажняющим и успокаивающим эффектом за счет запатентованного FLUIDACTIV ТМ. Препараты линия Bioderma Sébiум косметологически приемлемы: не вызывают раздражения, сухость, не имеют запаха, не оставляют пятна и повышает эффективность лечение в 2 раза и снижают риск развития постакне в 1,4 раза.

ПОИСК ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Артамонова О.Г., Карамова А.Э., Козлова И.В., Лагун К.М.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии,
Москва

Актуальность. HLA-B27 – важнейший генетический биомаркер псориатического артрита, обеспечивающий фенотипическую дифференциацию в популя-

МАТЕРИАЛЫ

ции больных. По данным литературы носительство HLA-B27 коррелирует с тяжелым фенотипом псориатического артрита, характеризующимся ранним началом артрита и тяжелым поражением периферических суставов. В настоящее время носительство различных аллелей HLA-B27 рассматривается в качестве возможных прогностических маркеров риска развития псориатического артрита при псориазе.

Цель исследования. Изучить распространенность HLA-B27 у больных псориазом с поражением и без поражения суставов.

Материалы и методы. В открытое неконтролируемое проспективное исследование включены 127 больных псориазом, из них 78 мужчин и 49 женщин в возрасте от 18 до 86 лет (в среднем, $39,04 \pm 15,20$). Степень тяжести псориаза устанавливалась с помощью индекса PASI, значения которого варьировали от 0,6 до 59,2, в среднем составляя $14,69 \pm 11,12$. У 53 больных врачом-ревматологом был установлен диагноз псориатического артрита. От всех 127 больных получены образцы крови для дальнейших молекулярно-генетических исследований. Определение аллельного варианта B27 гена главного комплекса гистосовместимости выполнялось с помощью метода ПЦР в реальном времени.

Результаты и обсуждение. В подгруппу больных псориазом без поражения суставов включено 74 пациента, из них 44 мужчины и 34 женщины. Средний возраст пациентов этой подгруппы составил $35,45 \pm 14,94$ (от 18 до 75 лет). Длительность псориаза в исследуемой подгруппе составила $2,43 \pm 1,57$ лет (от 0 до 5 лет). Индекс PASI варьировал от 0,6 до 59,2, в среднем составляя $13,0 \pm 9,44$. Носительство HLA-B27 в этой подгруппе выявлено у 6 больных. Поражение ногтей отмечено у 2 из 6 пациентов. Пациенты этой группы заполняли модифицированный скрининговый опросник mPEST для раннего выявления псориатического артрита. Баллы по опроснику mPEST колебались от 0 до 1 балла, в среднем составляя $0,33 \pm 0,52$.

В подгруппу больных псориазом с установленным диагнозом псориатического артрита включено 53 пациента, из них 34 мужчин и 19 женщин. Средний возраст составил $44,04 \pm 14,24$ (от 18 до 86 лет). Длительность псориаза в исследуемой подгруппе составила от 2 до 57 лет, в среднем $19,14 \pm 14,29$, а длительность псориатического артрита регистрировалась в диапазоне от 0 до 41 года, в среднем составляя $6,82 \pm 11,27$ лет. Индекс PASI варьировал от 0,8 до 54,7, в среднем $20,34 \pm 14,36$. Носительство HLA-B27 в этой подгруппе выявлено у 7 больных. Из них, 3 мужчин и 4 женщины в возрасте от 18 до 86 лет (средний возраст $47,14 \pm 21,16$). Поражение суставов, в среднем, развивалось через $12,71 \pm 14,89$ (0-44) лет после появления высыпаний на коже. Дебют заболевания до 40 лет зарегистрирован у 3 из 7.

У носителей HLA-B27 псориатический спондилоартрит установлен только у 1 больного. Деформации плюсно-фаланговых и межфаланговых суставов кистей и стоп выявлены у 3 больных.

Заключение. Клиническое значение обнаружения HLA-B27 в контексте прогнозирования риска развития псориатического артрита при псориазе требует дальнейшего изучения. Следующим этапом исследования планируется расширить исследуемую выборку пациентов и выполнить определение аллелей HLA-B27 у

МАТЕРИАЛЫ

больных псориазом с поражением и без поражения суставов с целью оценки их влияния на клиническую картину.

МОНИТОРИНГ УСТОЙЧИВОСТИ NEISSERIA GONORRHOEAЕ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ В 2016-2022 Г.

Бадиков В.Д., Борухович Д.Г.
Кожно-венерологический диспансер №11,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Провести сравнительное изучение устойчивости штаммов *Neisseria gonorrhoeae*, выделенных в бактериологической лаборатории СПб ГБУЗ КВД № 11 в 2016-2018 гг. (44 штамма) и в 2022 г (45 штаммов), к 6 антимикробным препаратам (пенициллин, цефтриаксон, тетрациклин, ципрофлоксацин, спектиномицин, азитромицин).

Материалы и методы исследования. Определение чувствительности к антимикробным препаратам 89 штаммов гонококков проводили диско-диффузионным методом в соответствии с рекомендациями CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute).

Результаты. Анализ полученных результатов показал наличие высокого уровня резистентности гонококков в анализируемые периоды к пенициллину (77,3% и 82,2% соответственно), тетрациклину (68,2% и 91,1% соответственно), ципрофлоксацину (52,3% и 57,8% соответственно) и азитромицину (18,2% и 24,4% соответственно) при сохранении выраженной чувствительности возбудителя к цефтриаксону (100,0% чувствительных штаммов) и спектиномицину (93,2% и 100,0% чувствительных штаммов соответственно).

Заключение. Как следует из результатов исследования, препаратами выбора для лечения гонококковой инфекции в полном соответствии с Клиническими рекомендациями по гонококковой инфекции (2021 г.) продолжают оставаться цефалоспорины III поколения (цефтриаксон и др.), а в качестве альтернативного препарата – спектиномицин. Применение указанных антибиотиков не требует рутинного определения антибиотикочувствительности, поэтому они могут назначаться сразу после подтверждения этиологического диагноза заболевания. В связи с высоким уровнем устойчивости *N. gonorrhoeae* к пенициллину, тетрациклину, ципрофлоксацину и азитромицину (24,4 – 91,1% резистентных штаммов) эти препараты не имеют клинической значимости и тестируются исключительно в эпидемиологических целях. Полученные нами данные могут существенно отличаться от таковых в других регионах Российской Федерации, что подтверждает необходимость проведения постоянного регионального мониторинга антибиотикорезистентности возбудителя.

МАТЕРИАЛЫ

НЕЙРОИММУННЫЕ ВЗАИМОТНОШЕНИЯ ПРИ АКНЕ

Белякова Г.Л.¹, Гладько В.В.¹, Масюкова С.А.¹, Сорокина Е.В.^{1,2,3}

¹Медицинский институт непрерывного образования РОСБИОТЕХ,

²Научно-исследовательский институт
вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова,

³Академия постдипломного образования
Федерального научно-клинического центра специализированных видов
медицинской помощи и медицинских технологий,
Москва

Актуальность. Учитывая взаимосвязь между тяжестью течения акне и уровнем стресса, определение роли нейрогенного воспаления в патогенезе заболевания является важной составляющей предикции акне.

Цель исследования. Изучение концентраций нейропептидов вещества P (SP) и α -меланоцитстимулирующего гормона (α -MSH) в сыворотке крови у пациентов с акне.

Материалы и методы. Было обследовано 96 пациентов с акне в возрасте от 14 до 38 лет (средний возраст $20,3 \pm 6,16$ лет), с гендерным распределением 56,25% мужчин, 43,75% женщин соответственно, контрольную группу составили 25 здоровых доноров. Исследование содержания SP и α -MSH в сыворотке крови проводили с помощью набора для ИФА конкурентного ингибирования ELISA Kit for Alpha-Melanocyte Stimulating Hormone (Cloud-Clone Corp., США) и S-1153 (BMA Biomedicals, Швейцария) соответственно согласно с инструкцией производителя. Статистический анализ полученных данных проводили с помощью прикладных программных пакетов Excel, «WinMdi 2.8», «Statistika 10», а также параметрической и непараметрической статистики с использованием критериев коэффициента корреляции Спирмена, Манна-Уитни и χ^2 -квадрат. Различия рассматривались как значимые при $p \leq 0,05$.

Результаты. Исследуемые были разделены на две группы по 48 человек по степени тяжести согласно результатам оценки дерматологического индекса (ДИА). В первую группу входили пациенты с легкой степенью тяжести, со средним индексом ДИА ($4,08 \pm 0,91$), во вторую со средней степенью ($8,02 \pm 1,21$). В группе больных с легкой степенью тяжести акне выявлены уровни концентрации SP и α -MSH ($2,89 \pm 2,3$ нг/мл) и ($9591,66 \pm 767,17$) пкг/мл соответственно, в группе с среднетяжелыми формами акне уровни исследуемых показателей составили ($7,23 \pm 4,3$ нг/мл) и ($9520 \pm 487,16$) пкг/мл соответственно. В обеих исследуемых группах было выявлено статистически значимое повышение SP и α -MSH в сыворотке крови по сравнению с контрольной ($0,75 \pm 0,38$ нг/мл) и ($6960 \pm 604,43$ пкг/мл) ($\leq 0,05$) соответственно. Анализ между группами больных акне показал статистически значимую положительную корреляционную зависимость уровня SP от степени тяжести заболевания. При этом достоверной зависимости уровня α -MSG от тяжести заболевания не выявлено.

МАТЕРИАЛЫ

Выводы. Выявлены повышение уровня нейропептидов SP и α -MSH гормона в сыворотке крови по сравнению с группой здоровых лиц., положительная корреляция между содержанием этих иммунологических маркеров с тяжестью течения заболевания и их участие в патофизиологии нейрогенного воспаления при акне.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАКА МИКОЛЕПТ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА

Владимирова И.С.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Кожно-венерологический диспансер №10,
Санкт-Петербург

Онихомикоз – инфекционное заболевание ногтей, вызываемое различными видами патогенных грибов. Является широко распространенным заболеванием, поражающим 4–9% всего населения, однако истинная картина распространенности заболевания традиционно считается большей – не менее 10–20% населения, а в ряде исследований показано, что распространенность онихомикоза может быть намного выше (27%). Онихомикоз – активная прогрессирующая инфекция, которая может распространяться на другие ногти и окружающие ткани и может вызывать серьезные осложнения в популяциях пациентов высокого риска (например, у пожилых, пациентов с сахарным диабетом, заболеваниями периферических сосудов и иммунодефицитом). Онихомикоз может вызывать у пациентов дискомфорт, болезненность и иметь негативные психосоциальные аспекты в связи с косметическими дефектами ногтей. Все эти факторы подтверждают необходимость лечения онихомикоза. Выбор эффективного наружного препарата в лечении онихомикоза остается актуальным вопросом в современной дерматологии. Практический интерес для терапии онихомикозов представляет новая форма топического препарата Миколепт в виде гидролака, его состав и ожидаемые эффекты. Препарат содержит два лекарственных компонента для лечения онихомикоза, которые обеспечивают синергическое действие: циклопирокс (8%) и молочную кислоту. Водорастворимая основа гидролака обеспечивает глубокое проникновение двух активных компонентов и создание эффективной ингибирующей концентрации.

Цель. Изучить эффективность применения лака Миколепт у пациентов, страдающих онихомикозом.

Материал и методы. Группу исследования составили 32 пациента (17 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет с дистальной и дистально-латеральной формами онихомикоза с поражением не более $\frac{1}{2}$ площади ногтевой пластинки. Клинический диагноз подтвержден лабораторной диагностикой (микроскопический и культуральный методы). Всем пациентам был назначен наружный препарат лак Миколепт 1 раз в сутки вечером до полного отрастания здоровой ногтевой пластинки.

МАТЕРИАЛЫ

Результаты. К окончанию терапии у 30 пациентов было достигнуто клиническое и микологическое выздоровление, клиническое улучшение достигнуто у 2 пациентов. Все пациенты отметили эффективность проводимой терапии, удобство, простоту нанесения и хорошую переносимость наружной терапии лаком Миколепт.

Выводы. Таким образом, по результатам проведенной наружной терапии лаком Миколепт микологическое и клиническое выздоровление составило 93,7%. За счет комбинации двух активных компонентов в составе лака Миколепт (8% циклопирокс обладает широким спектром действия на возбудителей ониомикоза - дерматофиты, дрожжевые, плесневые грибы и молочная кислота, которая создает кислую среду, губительную для жизнедеятельности грибов и играет роль проводника, что способствует более глубокой пенетрации циклопирокса в пораженные части ногтя) обеспечивается синергизм антимикотического действия. В результате мы получили хорошую клиническую и микологическую эффективность у наблюдаемой нами группы пациентов с ониомикозом.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФОНОФЕРЕЗА ГЕЛЯ С ТРАНСКУТАННОЙ АКТИВНОСТЬЮ В КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ

Грицкова И.А., Пономаренко И.Г.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Стремительный рост рубцовых деформаций кожи, возникающих после различных травм и операций, которые зачастую сопровождаются выраженными субъективными ощущениями и инвалидизацией населения актуализирует задачу разработки и внедрения универсальной лечебно-профилактической программы с использованием эффективных фибромодулирующих методов коррекции.

Цель исследования. Оценка лечебных эффектов применения ультрафонофореза ферментного геля с высокой транскутанной и протеолитической активностью («Карипаин Scar») у пациентов с посттравматическими рубцовыми деформациями кожи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 86 пациентов с посттравматическими и послеоперационными рубцами кожи. Пациентам группы наблюдения (n=48) проведено 2 курса гель-ультрафонофореза из 10 процедур по 10 мин, с интервалом 1 месяц, пациентам группы сравнения (n=38) назначено лечение с помощью аппликаций различных традиционных противорубцовых средств. В ходе исследования произведена оценка профиля безопасности проводимых процедур, динамики клинического статуса и функциональных свойств рубцовой ткани и оценка динамики показателей качества жизни.

МАТЕРИАЛЫ

Результаты. Выявлено улучшение морфофункциональных показателей рубцовой ткани, зафиксировано улучшение исходно сниженных показателей качества жизни, купирование субъективных ощущений более значимые у пациентов, получавших физиотерапевтическое лечение. Перед началом терапии показатель интегральной оценки внешнего вида рубца составлял $6,5 \pm 0,3$ и $5,3 \pm 0,4$ балла у пациентов с гипертрофическими и атрофическими рубцами соответственно, после окончания курса терапии $-2,5 \pm 0,5$ и $2,2 \pm 0,6$ балла. Нежелательными явлениями, особенно у пациентов со сложными рубцовыми деформациями в труднодоступных локализациях были жжение и эритема в месте контакта с излучателем, которые полностью купировались к окончанию процедуры.

Заключение. Эффективность ультрафонофореза ферментного геля у пациентов с рубцами кожи подтверждается совокупностью показателей: высоким профилем безопасности, положительной динамикой клинического статуса, функциональных свойств рубцовой ткани и показателей качества жизни. Новая реабилитационная технология с использованием современного инновационного ферментного препарата прямого действия является перспективной, так как способствует сокращению сроков реабилитации пациентов с рубцами кожи, снижению субъективных ощущений в области рубца, уменьшает риск развития тяжелого рубцевания.

СРЕДНЕТЯЖЕЛЫЕ И ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Дзиццоева А.А., Базаев В.Т.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
г. Владикавказ

Цель. Оптимизация терапии среднетяжелых и тяжелых форм псориаза в Республике Северная Осетия-Алания (РСО-А). В процессе выполнения поставленной цели было необходимо решить следующие задачи:

- изучить распространенность, заболеваемость и структуру клинических форм псориаза в РСО-А;
- изучить клиническую характеристику с помощью индексов PASI, CASPAR, DAS28 больных псориазом средней и тяжелой степени тяжести до и после лечения;
- оценить коморбидный фон больных среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза;
- оценить эффективность внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении среднетяжелых и тяжелых форм псориаза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 42 больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза, которые получали лечение в ста-

МАТЕРИАЛЫ

ционаре РКВД. Мужчин – 23 человека, женщин – 19. Давность заболевания составила от 6 месяцев до 30 лет. Кожные проявления соответствовали средней (n=25) и тяжелой (n=17) степени тяжести. Все пациенты были консультированы ревматологом.

Первая группа пациентов (n=10) получала нетакимаб. Вторая группа (n=8) вместе с нетакимабом получала внутривенную лазеротерапию с помощью аппарата «Матрикс-ВЛОК» (Россия), курс состоял из 10 сеансов. Третья группа пациентов (n=14) получала метотрексат. Четвертая группа (n=10) вместе с метотрексатом получала внутривенную лазеротерапию. Наружное лечение было представлено топическими кортикостероидами и 2-3% салициловой мазью. Все пациенты перед лечением прошли необходимое обследование, согласно клиническим рекомендациям.

Результаты и обсуждения. Всего по данным республиканского КВД на начало 2022 г. в РСО-А числилось 1103 больных псориазом, что составляет 157,6 человека на 100000 населения (РФ в 2019 г. – 247,2). Из них среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза 529 человек (47,9%). Возраст дебюта заболевания 4-56 лет. Медианная величина 16-35 лет – 146 (76,4%) человек. По половому составу вновь выявленные пациенты распределились следующим образом: женщин – 74 (47,4%), мужчин – 82 (52,6%). Возрастной состав пациентов: 0-7 лет – 4 (2,7%), 8-17 лет – 23 (14,7%); 18-30 лет – 72 (46,2%); 31-40 лет – 31 (19,9%); 41-50 лет – 24 (15,4%); 51-60 лет – 4 (2,6%).

Чаще всего у наблюдаемых пациентов отмечался распространенный бляшечный псориаз (28,5%), псориагическая артропатия (21,4%). До лечения: в первой группе индекс PASI составлял 25-35, во второй – 15-30, третьей – 25-40, в четвертой – 20-30. Пациенты с псориагической артропатией во всех группах имели высокую степень активности заболевания (DAS28>5,1). Противопоказаний для проведения системной терапии выявлено не было. В качестве коморбидных состояний отмечены: сердечно-сосудистые заболевания (38,6%), болезни ЖКТ (28,2%), метаболический синдром (22,4%), сахарный диабет второго типа (10,8%).

Результаты лечения через 16 недель: в первой группе индекс PASI 75-85%, DAS28 3,2 (низкая степень активности), во второй – PASI 85-95%, DAS28 2,5 (ремиссия), третьей – PASI 65-75%, DAS28 4,2 (умеренная степень активности), в четвертой – PASI 70-80%, DAS28 3,2 (низкая степень активности). Проведенная терапия не вызвала ни у одного пациента осложнений и побочных явлений.

Выводы. 1. В 2022 г. в РСО-А числилось 1103 больных псориазом, что составило 157,6 человека на 100000 населения. Из среднетяжелых и тяжелых форм псориаза у исследуемых пациентов чаще всего отмечался распространенный бляшечный псориаз (28,5%), псориагическая артропатия (21,4%). 2. Коморбидные состояния регистрировались у всех исследуемых пациентов, среди которых: сердечно-сосудистые заболевания (38,2%), болезни ЖКТ (29,5%), метаболический синдром (23,5%), сахарный диабет второго типа (8%). 3. После 16 недель лечения отмечено преимущество комбинированного метода лечения с применением ВЛОК, по сравнению с группой, получавшей только нетакимаб и БПВП: в первой группе до лечения индекс PASI составлял 25-35, DAS28>5,1, после PASI 75-85%, DAS28 3,2 (низкая степень активности), во второй до лечения - PASI 15-30, DAS28>5,1, после PASI 85-95%, DAS28 2,5 (ремиссия). В третьей группе до ле-

МАТЕРИАЛЫ

чения PASI 25-40, DAS28>5,1, после PASI 65-75%, DAS28 4,2 (умеренная степень активности), в четвертой до лечения PASI 20-30, DAS28>5,1, после PASI 70-80%, DAS28 3,2 (низкая степень активности).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Ермолаева С.

Лечебно-диагностический центр «Кутузовский»,
Москва

В связи с ростом и распространением онкологических заболеваний особый интерес в практике дерматолога представляет паранеопластическая пузырчатка, сочетающая в себе по крайней мере 2 потенциально летальных процесса таких как аутоиммунная пузырчатка и злокачественное новообразование.

Паранеопластическая пузырчатка – это редкий тяжелый аутоиммунный пузырный дерматоз, протекающий на фоне неоплазии, с вовлечением в патологический процесс слизистых оболочек и кожи. Манифестации дерматоза может предшествовать подтвержденная неоплазия или возникать в то же время или после этого. Чаще поражаются лица в возрасте между 45 и 70 годами, гендерных различий не выявлено. Известны случаи заболевания у детей и подростков, у которых пузырчатка развивается на фоне болезни Кастанмана или злокачественной гематологической патологии.

В сыворотке крови больных с паранеопластической пузырчаткой идентифицируют наличие широкого спектра аутоантител IgG, которые связываются не только с антигенами межклеточного вещества эпидермиса, но и с антигенами эпителия мочевого пузыря, тонкой и толстой кишки, верхних дыхательных путей, а также паренхиматозных тканей в которых присутствуют десмосомы.

Клиническая картина дерматоза характеризуется полиморфизмом высыпаний. На слизистой полости рта визуализируются эрозивные очаги, появлению которых редко предшествуют везикулы или пузыри. Поражения могут распространяться на красную кайму губ. Изъязвления могут распространяться на всю полость рта либо поражать небольшой участок слизистой. Орофарингеальные поражения сопровождаются значительной болезненностью. Пузыри и лихеноидные элементы на ладонях и подошвах.

Под нашим наблюдением находился мужчина 56 лет, поступил с высыпаниями на слизистой полости рта, коже лица, туловища, конечностей, в складках. Симптом Никольского краевой положительный. Из сопутствующих – доброкачественное новообразование гортаноглотки? Патоморфологическое заключение - гистологические изменения могут наблюдаться при паранеопластической пузырчатке. Дебют пузырчатки отмечен на слизистой полости рта, а в последующем через 2-6 недель пошло распространение очагов поражения на кожу, при этом эрозивные очаги в течение нескольких дней осложнились пиодермией.

МАТЕРИАЛЫ

Таким образом, наши наблюдения показали, что дебют паранеопластической пузырьчатки преимущественно визуализируется на слизистых, затем распространяется на кожу и нередко сопровождается вторичной пиодермией.

ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНА ГЛУТАТИОНСИНТАЗЫ КАК НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПСОРИАЗА И РОЛЬ КУРЕНИЯ В РЕАЛИЗАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К БОЛЕЗНИ

Ефанова Е.В.

Медвенская центральная районная больница,
г. Курск

Цели. Глутатион играет важную роль в регуляции метаболических процессов в коже и защищает клетки окислительного стресса. Нарушения синтеза глутатиона и связанный с ним окислительный стресс могут иметь патогенетическое значение для развития псориаза. Глутатионсинтаза (GSS) является вторым ферментом в реакциях биосинтеза глутатиона (GSH) из гамма-глутамилцистеина и глицина. Целью настоящего исследования был анализ ассоциации однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) гена GSS с риском развития псориаза и влияние курения на их взаимосвязь с предрасположенностью к болезни.

Методы. В исследование было вовлечено 944 неродственных индивидов славянского происхождения (474 пациента с псориазом и 470 здоровых лиц). Проведено генотипирование 5 функционально значимых SNP гена GSS, таких как rs2236270, rs2236271, rs7265992, rs734111, rs6088660 с использованием геномного масс-спектрометра MassArray Analyzer-4. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы PLINK v1.9. Уровень значимости ассоциаций оценивался посредством пермутаций и ассоциации считались значимыми при $P_{perm} < 0,05$.

Результаты. Установлено, что SNP rs6088660 гена GSS ассоциирован с повышенным риском развития псориаза ($OR=1,32$ 95%CI 1,02-1,71, $P_{perm}=0,037$) Анализ, проведенный раздельный в группах курящих и некурящих индивидов, позволил установить, что полиморфные варианты rs2236271 и rs734111 ассоциированы с пониженным риском псориаза у некурящих лиц, в то время как у курильщиков защитный эффект данных SNP не проявлялся.

Заключение. Впервые установлено, что полиморфные варианты гена GSS ассоциированы с предрасположенностью к псориазу и их эффекты на развитие болезни модифицируются курением – известным фактором риска развития болезни.

МАТЕРИАЛЫ

ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Житниковская А.Л., Кениксфест Ю.В.

Уральский научно-исследовательский институт
дерматовенерологии и иммунопатологии,
г. Екатеринбург

Актуальность. Наблюдения показывают, что структура пищевой аллергии к традиционным продуктам питания постоянно меняется. В связи с этим важно выяснить причинно-значимые пищевые аллергены у детей с атопическим дерматитом.

Цель исследования. Определение клинико-иммунологических особенностей пищевой аллергии у детей с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУ СО УрНИИДВиИ г. Екатеринбурга. В исследование были включены 60 детей с атопическим дерматитом и пищевой аллергией в возрасте от 3 месяцев до 5 лет.

Критериями включения детей в данное исследование явились: отягощенный аллергологический анамнез, клинические признаки, характерные для атопического дерматита, признаки пищевой аллергии, возраст детей до 5 лет.

Иммунологическое обследование включало определение общего IgE, аллергенспецифических IgE в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА). Количественное определение уровней аллергенспецифических IgE антител в сыворотке крови к пищевым аллергенам проведено с помощью специальных тест-систем на анализаторе Chem Well, Avareness Technology Inc, USA.

Концентрация аллергенспецифических IgE (МЕ/мл) антител к пищевым аллергенам учитывалась следующим образом: от 0,35- до 1,0 – (+); 1,0 до 3,5 – (2+); 3,5 -10,0 (3+), 10,0-50,0 (4+).

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы STATISTICA 10.

Результаты исследования. Под наблюдением находилось 60 детей с атопическим дерматитом и пищевой аллергией в возрасте от 3 месяцев до 5 лет (40 мальчиков, 20 девочек). От 3 месяцев до 1 года было 6,7% детей, от 1 года до 3 лет было 41,7% детей, от 3 до 5 лет – 51,2% детей. У всех детей манифестация атопического дерматита была в возрасте до 6 месяцев.

По данным аллергологического анамнеза наследственная предрасположенность была отягощена по атопии у 42 детей (70%). У близких родственников обследованных детей регистрировались следующие аллергологические заболевания: атопический дерматит в 43% случаев, полиноз в 28,6%, бронхиальная астма в 14,3%, аллергический ринит в 17%, пищевая аллергия в 12% случаев.

У 43,3% наблюдаемых детей манифестация атопического дерматита была связана с введением адаптированных молочных смесей. У одного ребенка манифестация заболевания была связана с употреблением молока мамой во время кормления грудью. Среди других алиментарных причин манифестации атопического дерматита следует указать употребление яиц, пшеничной муки, глютенa, яблок, груш.

МАТЕРИАЛЫ

У обследуемых детей повышение общего IgE наблюдалось только в 10% случаев. Результаты исследования аллергенспецифических IgE антител в сыворотке крови показали, что наиболее часто у детей выявлялась повышенная чувствительность к коровьему молоку – у 73% детей, в 31,6% случаев к белку куриного яйца, в 20% случаев к желтку, у 23,3% детей к пшеничной муке, в 18,4% случаев к глютену.

К главным аллергенам коровьего молока относят казеин и сывороточные белки – α -лактоальбумин, β -лактоглобулин. Белки коровьего молока довольно стабильны, и они могут сохранять свои аллергенные свойства и после технологической обработки.

При назначении специализированных лечебных смесей у детей с молочной аллергией предъявляют требования, включающие исследование не только целостного аллергена, но и отдельных его фракций. Это позволит разрабатывать персонализированные диеты у детей с атопическим дерматитом, имеющих аллергию на молоко.

При наличии аллергии к белкам коровьего молока, возможна перекрестная аллергия к молоку других млекопитающих. Возможна перекрестная сенсibilизация между молоком коровы, козы и овцы. Следовательно, козье молоко может быть рекомендовано детям с аллергией на молоко только после специального аллергологического обследования.

Выводы. У детей с пищевой аллергией атопический дерматит имеет раннюю манифестацию (до 6 месяцев жизни).

Выяснение характера пищевой аллергии у детей с атопическим дерматитом является основополагающим в определении рациональной диетотерапии.

Необходимо комплексное аллергологическое обследование у детей с атопическим дерматитом, включающее определение аллергенспецифических IgE в сыворотке крови.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА МИКРОСОСУДИСТОЕ РУСЛО НОРМАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ КОЖНОГО ПОКРОВА У ПАЦИЕНТОВ С КОЖНЫМИ ЛИМФОМАМИ

Зелянина М.И.

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий
им. акад. А.М. Гранова,
Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время не существует специфических терапевтических средств для профилактики радиационно-индуцированного повреждения микрососудистого русла нормальных тканей кожного покрова у пациентов, получающих лучевое лечение.

Цель исследования. Количественная оценка раннего влияния электронного излучения на структуру и функцию микрососудистых сетей в нормальных тканях

МАТЕРИАЛЫ

кожи. Полученные данные могут использоваться для разработки терапевтических средств, предупреждающих дисфункцию эндотелия.

Материалы и методы. На базе «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» проведено исследование 17 пациентам с первичными лимфомами кожи, получающих тотальное облучение электронами на линейном ускорителе электронов Elekta Precise электронным излучением 6 МэВ. Всем больным по достижении суммарной очаговой дозы (СОД) 6, 14 и 30 Гр выполняли серийную диагностическую биопсию кожи из непораженного основным заболеванием здорового участка с дальнейшим патоморфологическим и иммуногистохимическим исследованием. У 15 из 17 пациентов дополнительно изучали функциональные изменения в сосудах микроциркуляторного русла кожных покровов. Тканевую перфузию измеряли с помощью прибора высокочастотной доплерографии «Медисон Самунг hs60», датчиком с частотой излучения 20 МГц на передней поверхности кожи предплечья. Определяли исходную (контроль) объемную скорость тканевого кровотока (мл/с), а также ее динамику при достижении СОД 6, 14 и 30 Гр в сосудах диаметром более 1,5 мм.

Результаты. При патоморфологических исследованиях выявили: воспаление сосудистой стенки, нерегулярный диаметр сосудов, повышенную проницаемость эндотелия, а также фиброзную пролиферацию микроциркуляторного русла, мононуклеарное набухание эндотелия с дозозависимым фагоцитозом и фиброз стенок сосудов с частичным исходом в склероз. Гистоморфометрическое исследование показало дозозависимую реакцию компонентов микроциркуляторного русла. Клинически диапазон острых изменений начинается с эритемы. По мере увеличения СОД появляются пигментация, атрофия придатков кожи, шелушение. При СОД 14 Гр формируется влажное шелушение. Иммуногистохимическое исследование показало дозозависимое усиление секреции цитокина TGF- β , определяющего фиброзные изменения в очаге поражения. Данные высокочастотной доплерографии показали статистически значимое ($p < 0,05$) замедление кровотока в сосудах кожи передней поверхности пациентов с увеличением СОД с 14 до 30 Гр.

Выводы. Ионизирующее излучение приводит к развитию воспалительных изменений в сосудах микроциркулярного русла нормальных тканей кожных покровов у пациентов, получающих тотальное облучение кожи электронами.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭМОЛЕНТЫ В ТЕРАПИИ КСЕРОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Золотарёва А.И., Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатгъж Ж.Ю.,
Шарапова С.А., Лазарев В.В.

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар

Актуальность. Ксероз кожи является одним из частых кожных проявлений у женщин во время беременности, что приводит к значительному снижению каче-

МАТЕРИАЛЫ

ства жизни и требует ежедневного ухода за кожей. В терапии беременных предпочтение отдается наружной терапии. Средствами «базового» ухода являются смягчающие/увлажняющие средства (эмолиенты), которые обеспечивают длительное увлажнение, обогащение межклеточными липидами, восстановление гидролипидной пленки кожи, устранение сухости, жжения и зуда. Наряду с этим средства базового ухода должны обладать как высокой терапевтической эффективностью, так и удобством применения, отсутствием возможного развития побочных реакций. В настоящее время, в состав современных увлажняющих комплексных средств входят такие активные компоненты как: ниацинамид (снижает зуд, предупреждает снижение защитных свойств кожи, препятствует проникновению бактериальных агентов, обладает противовоспалительным действием), масло карите (имеет сродство со структурой кожи и обеспечивает интенсивное восполнение липидов, способствуя уменьшению сухости и стянутости кожи), термальная вода (смягчает и снимает раздражение), глицерин и триглицериды (увлажнение, восстановление гидролипидной мантии).

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности применения эмолиентов в терапии ксероза беременных.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 500 пациенток в возрасте от 20 до 35 лет с клиническими проявлениями ксероза. Пациентки были разделены на 2 группы по 25 человек. В основной группе пациентки ежедневно не более 15 минут принимали ванну с добавлением 30 мл комплексного эмолиента в форме эмульсии (1 мерка). После купания кожу осушали полотенцем и наносили тонкий слой комплексного эмолиента в форме крема 2 раза в день. В контрольной группе на участки сухой кожи наносили монокомпонентный эмолиент (ланолин). Длительность терапии составляла 30 дней. Эффективность терапии оценивали на 14-й и 30-й день с учетом положительной динамики (исчезновением или уменьшением гиперемии, шелушения), субъективных жалоб (наличие сухости и зуда).

Результаты. При применении комплексных эмолиентов к 14 дню у 21 (84%) пациенток уменьшились или практически полностью исчезли ощущения сухости и стягивания кожи, у 4 (16%) пациенток сохранялось слабо выраженное ощущение сухости. К 30 дню лечения кожные проявления и субъективные жалобы полностью регрессировали у 99% пациентов основной группы. У контрольной группы, получавшей монокомпонентный эмолиент к 14 дню снижение сухости и стягивания кожи, уменьшился у 10 (40%) человек, 15 (60%) пациенток ответа на терапию не дали, что свидетельствовало сохраняющимися жалобами и некоторых случаях, усиление ксероза. Побочных явлений комплексного эмолиента не было зарегистрировано на протяжении всего курса терапии. Все пациентки указали на удобство применения, хорошую текстуру, отсутствие запаха и хорошую переносимость при применении.

Вывод. Выявленная высокая эффективность современных комплексных эмолиентов в терапии ксероза у беременных в нашем клиническом наблюдении, позволяет с успехом рекомендовать их в качестве эффективных средств для ежедневного ухода или в комплексной терапии.

МАТЕРИАЛЫ

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

Зуева Ю.Е.

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

Актуальность. Опухоли кожи – частая патология детской популяции с преобладанием доброкачественных образований (99% случаев). Злокачественные опухоли кожи, представленные преимущественно меланомами, встречаются редко (1% случаев).

С данной патологией встречаются врачи разных специальностей: педиатры, хирурги, дерматологи, онкологи. К сожалению, врачи не всегда выполняют необходимое обследование кожных покровов и в некоторых случаях делаются ложные выводы о природе образования, что нередко приводит к ненужным инвазивным манипуляциям. Высокоинформативным методом неинвазивной диагностики является эпилюмисцентная микроскопия (дерматоскопия), позволяющая верифицировать диагноз у большинства пациентов (90%) и избежать проведения биопсии.

Цель. Проанализировать когорту пациентов детского возраста с различными образованиями кожи, наблюдавшихся на базе КНПЦ СВМП. Проанализировать возможности эпилюмисцентной микроскопии как неинвазивного метода верификации образований кожи у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ когорты пациентов с доброкачественными и злокачественными образованиями кожи, наблюдавшихся и получавших лечение в КНПЦ СВМП(о) за период с января по декабрь 2021 года. Всего за этот период зафиксировано 178 случаев обращения пациентов в возрасте 0-18. Средний возраст – 11,94 лет.

Преобладали доброкачественные образования кожи – 176 случаев (99%), которые были представлены следующими нозологиями: меланоцитарные невусы, гемангиомы, тромбированные ангиомы, атеромы, дермоидные кисты, ретикулоэпителиомы и другие -доброкачественные опухоли кожи. В 2-х случаях (1%) были зафиксированы злокачественные образования (локальные стадии меланомы).

Результаты. Всем пациентам была проведена неинвазивная диагностика – эпилюмисцентная микроскопия образований кожи дерматоскопом («HAINE» DELTA 20) с анализом по алгоритму G. Argenziano где оценивались: структура образований, цвет. Большие дерматоскопические признаки: атипичная пигментированная сеть, бело-голубая вуаль, атипичные сосуды. Малые дерматоскопические признаки: нерегулярные радиальные лучи, нерегулярные точки/глобулы, нерегулярные бесструктурные участки, участки регресса с последующим подсчетом общего дерматоскопического индекса, где 2 и более – подозрение на злока-

МАТЕРИАЛЫ

чественное образование кожи. Что позволило верифицировать диагноз неинвазивно. Показания к биопсии были определены в 42 случаях (23, 8%) (индекс G.Argenziano >2). У 6 пациентов (3,4%) манипуляция не носила диагностический характер, а проводилась в связи с большой тревожностью родителей, которым был озвучен диагноз меланомы врачами первичного звена. Совпадение гистологического и клинического диагноза, установленного в КНПЦ СВМП, составило 99%. Во всех случаях диагностированы доброкачественные опухоли. Все пациенты оставлены под наблюдением дерматолога.

У пациентов с меланомой (2 случая) биопсия была выполнена в сторонних медицинских учреждениях. В КНПЦ СВМП проводилось дальнейшее обследование и лечение. Все пациенты находятся под динамическим наблюдением амбулаторной службы нашего центра.

Выводы. Опухоли кожи у детей преимущественно имеют доброкачественный характер и не требуют проведения дополнительных инвазивных манипуляций для подтверждения диагноза. Диагностика и дальнейшее ведение пациентов с подозрительными образованиями кожи должна проводиться в специализированных центрах – профильными специалистами. До проведения дерматоскопии и при необходимости до получения гистологической верификации нежелательно высказывать мнение о природе образования и дальнейшей тактике ведения пациента.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА ОНИХОМИКОЗА СТОП ЗА СЧЕТ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ РИСКОВЫХ КЛАССОВ

Иванова Ю.А.¹, Хайрутдинов В.Р.²

¹Национальный медицинский исследовательский центр
им. В.А. Алмазова,

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Спрогнозировать вероятность возникновения рецидива онихомикоза стоп у иммунокомпетентных и иммунокомпрометированных больных.

Материалы и методы исследования. Сформированы четыре клинических группы наблюдения. Критерии включения в исследование: возраст пациентов 18 лет и старше; наличие онихомикоза; добровольное информированное согласие участников. Критерии невключения в исследование: острые инфекционные заболевания или состояния, беременность и лактация, злокачественные новообразования.

Группа I (n=250) – амбулаторные пациенты с микозами кожи и ее придатков без сопутствующих иммунодефицитных состояний.

МАТЕРИАЛЫ

Группа II (n=148) – амбулаторные пациенты с микозами кожи и ее придатков и сопутствующими эндокринными заболеваниями, из них группа IIA (n=63) – больные с СД 1 типа, группа IIB (n=85) – больные с СД 2 типа.

Группа III (n=180) – амбулаторные пациенты с микозами кожи и ее придатков и сопутствующими аутоиммунными заболеваниями; из них IIIA (n=105) – больные с ревматоидным артритом (РА), IIIB (n=20) – больные с псориазом (ПС), IIIV (n=13) – больные с системной склеродермией (ССД), IIIG (n=22) – больные с остео артрозом (ОА), IIID (n=20) – больные с системной красной волчанкой (СКВ).

Группа IV (n=68) – пациенты с ВИЧ-инфекцией, состоящие на диспансерном учете у инфекциониста.

Лабораторная включала микроскопию, посев и определение рода и вида возбудителя.

Для экспресс-прогнозирования рецидива онихомикоза стоп применялся метод деревьев классификации. С целью оценки прогнозного качества, построенного дерева-решений, использовались такие характеристики, как AuROC, чувствительность и специфичность. AuROC – площадь, ограниченная ROC-кривой и осью доли ложных положительных классификаций. Чем выше показатель AuROC, тем качественнее классификатор, при этом значение 0,5 демонстрирует непригодность выбранного метода классификации. Если значение AuROC меньше 0,75, то прогнозные качества дерева на низком уровне, при значениях меньше 0,85 – прогнозные качества на среднем уровне и значения выше 0,85 говорят о высоком прогножном качестве модели. Чувствительность представляет собой долю истинноположительных результатов среди всех положительных, а специфичность, напротив, долю истинноотрицательных результатов среди всех отрицательных изучаемых факторов.

Результаты. Среди пациентов без сопутствующей иммуносупрессии, выделено четыре рискованных класса с максимальной вероятностью риска до 60,0% среди рабочих, не получающих системное лечение тербинафином.

У пациентов с сахарным диабетом выделено пять рискованных классов с максимальной вероятностью риска до 66,7% у больных со сниженной или ослабленной температурной чувствительностью и сниженной или отсутствующей пульсацией ЗББА.

Среди пациентов с аутоиммунными заболеваниями выделено пять рискованных классов с максимальной вероятностью риска до 100% у больных в возрасте старше 65 лет, принимающих одновременно три и более иммуносупрессивных препарата.

В группе пациентов с ВИЧ-инфекцией выделено четыре рискованных класса с максимальной вероятностью риска до 100% у больных с уровнем CD4 менее 400, страдающих сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Выводы. Риски рецидива онихомикоза стоп выше среди всех групп иммунокомпрометированных больных по сравнению с группой иммунокомпетентных лиц.

МАТЕРИАЛЫ

МИКРОСПОРИЯ КАК ОСТРАЯ ПРОБЛЕМА
СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Исмаилова Г.А., Койлыбаева Г.Б.
Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Показать и раскрыть актуальность проблемы дерматомикозов у детей, провести анализ эпидемиологических особенностей заболеваемости микроспорией по материалам, взятых из Областного Кожно-Венерологического Диспансера за 2022 год с августа по декабрь месяца.

Микроспория – микоз, который занимает одно из первых лидирующих мест в категории группы дерматомикозов. Заболевание протекает с поражением гладкой кожи и ее придатков, возбудителем которого является патогенный грибок рода *Microsporum*. Ученые и врачи давно внесли данное заболевание к числу часто встречающихся в педиатрической практике. Следует отметить, что основными возбудителями этой грибковой инфекции являются зоофильный грибок *Microsporum canis* и антропофильный грибок *Microsporum ferrugineum*. Дерматомикозы, вызванные *Microsporum canis*, чаще регистрируется в конце лета и в начале осени. Источниками возбудителей зоофильной Микроспории чаще являются кошки, реже – собаки. Непосредственный контакт с больными животными или с бытовыми предметами обихода, загрязненные шерстью больных животных приводит к заражению инфекцией. Источниками антропофильной микроспории стоит считать больных людей микроспорией. По глубине поражения кожи выделяют поверхностную и инфильтративно-нагноительную микроспорию.

Материал и методы. Для нашего исследования мы выбрали 32 детей с диагнозом микроспория, из них 13 девочек (40,6%) и 19 мальчиков (59,4%), в возрасте от 6 месяцев до 16 лет. У всех наших исследуемых диагноз был подтвержден микроскопическим и люминесцентным (изумрудное свечение под лампой Вуда) методами исследования.

Результаты. По результатам исследования основными источниками заражения микроспорией были бродячие (40,6%) и домашние кошки (25%), члены семьи (18,8%), в 15,6% источник заражения не выявлен.

При исследовании заболеваемости у детей микроспорией по сезонам установлено, что пик приходился на конец августа и начало декабря месяца.

Наиболее часто данный вид дерматофитий регистрировался у детей в возрасте от 1 до 12 лет.

Микроспория волосистой части головы наблюдалась в 43,7% случаев, микроспория гладкой кожи – в 28,2% случаев, микроспория волосистой части головы и гладкой кожи – в 18,7% случаев, реже встречалась инфильтративно-нагноительная микроспория – в 9,4% случаев.

МАТЕРИАЛЫ

Выводы. В настоящее время участились случаи заражения детей микроспорией. Население все меньше и меньше осведомлено о таких микозах, как микроспория, о путях передачи от бродячих и домашних животных, от тесного контакта с больными и от предметов обихода зараженных. В связи с этим остро встает вопрос о необходимости тщательного проведения противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий среди населения страны.

РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ Т-КЛЕТОЧНЫМИ ЛИМФОМАМИ КОЖИ

Карамова А.Э.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии,
Москва

Актуальность. Официальные статистические данные о заболеваемости и распространенности Т-клеточных лимфом кожи (ТКЛК) в Российской Федерации отсутствуют, в связи с чем в 2021 создан регистр пациентов с первичными ТКЛК Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Цель. Описать демографические и клинические параметры, данные о методах диагностики и лечения пациентов с ТКЛК, включенных в регистр Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Материалы и методы. Для включенных в регистр пациентов с ТКЛК рассчитаны демографические и клинические параметры, проведен анализ применяемых методов диагностики и терапии. Изучена летальность.

Результаты. Получены данные о 125 пациентах больных ТКЛК из 27 субъектов Российской Федерации (средний возраст 63,9±14,3 г., диапазон от 19 до 96 лет), из которых 61 (49%) мужчина и 64 (51%) женщины. У 120 (96%) установлен диагноз «Грибовидный микоз», у 5 (4%) – «Синдром Сезари». Информация по стадиям заболевания представлена для 95 человек. Стадия ПА была у 42,1%; IB, IB и бляшечную стадию приходилось по 9,5%; IA – 8,4%; IVA – 7,3%; IIIA и IIIB – по 4,2%; пойкилодермическая стадия – 2,0%; фолликулотропная, опухолевая, пятнистая стадии – по 1,1%. Данные по диагностике ТКЛК представлены для 102 пациентов. В 45% случаев заболевание впервые в жизни было диагностировано дерматовенерологами, в 36% – онкологами, в 19% – гематологами. Для подтверждения диагноза в 100% случаев проводили прижизненное патологоанатомическое исследование, в 42% – иммуногистохимическое и в 20% применяли молекулярно-генетический метод. У 10 (10%) пациентов применены все три метода лабораторной диагностики, у 34 (33%) пациентов использованы два метода. Данные по медико-социальной экспертизе имеются у 52 (42%) пациентов, из них у 12 человек – III группа инвалидности, у 17 – II, у 5 – I. 18 человек инвалидность не имеют. Информация о проводимой терапии представлена у 98 (78%) из 125 человек. Наиболее часто (55%) применялась была системная лекарственная тера-

МАТЕРИАЛЫ

пия (метотрексат, интерферон, глюкокортикоиды, вориностат или проспидин), системную химиотерапию получали 48% пациентов, различные виды фототерапии применялись в 42% случаев, курсы лучевой терапии – в 3%. По состоянию на март 2023 года 33 пациента (26%) умерли, из них 19 – по причине основного заболевания, 14 пациентов – по причинам, не связанных с ТКЛК.

Выводы. На основании данных регистра проанализированы данные о числе больных ТКЛК, получена демографическая и клинико-эпидемиологическая характеристика пациентов, информация по методам диагностики и лечения заболевания. Дальнейшее ведение регистра в сотрудничестве с профессиональными сообществами врачей-гематологов и врачей-онкологов позволит оценивать динамику клинико-эпидемиологических показателей, и улучшать качество медицинской помощи, оказываемой больным ТКЛК.

КОМПЛЕКСНОЕ ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ СРЕДСТВО ТЕРАПИИ АКНЕ

Карпова О.А.

Клиническая больница «РЖД-Медицина»,
г. Барнаул

Актуальность. Акне – одно из наиболее частых заболеваний кожи, поражающее 90% человечества. Учитывая долю в клинике всех акне комедональных и папуло-пустулезных форм легко-средней степени тяжести 86-95%, РОДВК рекомендовало применение местных препаратов, оказывающих керато-себорегулирующее, противовоспалительное действие.

Первый этап – очищение пенкой для умывания в ее состав входят:

Цинк РСА – натуральный компонент, который снижает уровень активного тестостерона в волосяных фолликулах и сальных железах, снижает выделение и улучшает отток себума.

Ниацинамид (вит В3) – способствует синтезу липидов, укреплению гидролипидной мантии.

Дикалий глицирризинат – активный компонент из корня солодки с выраженным противовоспалительным, антиаллергическим и противозудным эффектом, сравнимым по силе с кортизолом.

Бетаин, мочевины и Д-пантенол регенерируют и увлажняют кожу. Пенка для умывания эффективно очищает кожу от себума, не пересушивая и поддерживая рН кожи.

Второй этап – нанесение тоника, содержащего комплекс из 17 аминокислот, восстанавливающего и поддерживающего на протяжении всего дня естественный уровень рН и увлажненность. Успокаивает кожу и подготавливает ее к нанесению основного ухода.

МАТЕРИАЛЫ

Третий этап – это коррекция несовершенств на лице крем-гелем с биоактивным цинком, дикалий глицирризинатом, витаминами А, Е и спреем на теле с биоактивным цинком, дикалий глицирризинатом, Tetranyl U и декспантенонолом. Крем-гель имеет легкий матирующий эффект, не скатывается под макияжем.

Биоактивный Zn (Zinc PCA) снижает уровень активного тестостерона в волосяных фолликулах и сальных железах, снижает уровень выделения и улучшает отток кожного сала за счет снижения его вязкости и повышения эластичности стенок волосяного фолликула. Имеет доказанное антибактериальное действие против *S. acnes*, *S. epidermidis*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *E. coli*.

Tetranyl U – один из активных компонентов спрея – защищает кожу от бактерий (*S. acnes*, *S. epidermidis* и др.) и грибов (*Malassezia*), потенцирует противомикробное действие дикалия глицирризината. Спрей – удобная форма для нанесения на обширные участки высыпаний (плечи, грудь, спина).

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения пенки для умывания с цинк PCA, ниацинамидом, дикалий глицирризинатом, бетаином, мочевиной, Д-пантенолом, тоника с аминокислотами, крем-геля с Zinc PCA, дикалий глицирризинатом, витаминами А, Е и спрея с биоактивным Zn, дикалий глицирризинатом, Tetranyl U и декспантенонолом у пациентов, страдающих I и II степенью тяжести акне.

Материалы и методы. В клиническом исследовании на базе поликлиники №1 ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» г. Барнаул» участвовали 50 пациентов (26 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 18 до 44 лет, страдающие акне от 4 до 34 лет. Жалобы на жирную кожу и расширенные поры до начала комплексного лечения пенкой для умывания, тоником, крем-гелем и спреем предъявляли 50 человек (100%). У 14 (28%) пациентов отмечено от 5 до 10 открытых и закрытых комедонов, у 100% от 5 до 14 папул, у 34 (68%) до 10 пустул, у 39 (78%) пациентов наблюдались от 0 до 10 пятен вторичной гиперпигментации. У 33 (66%) высыпания располагались только на лице, у 7 (14%) только на туловище, из них у 4 (8%) только на спине, у 3 (6%) только на груди, у 3 (6%) и на лице, и на туловище.

На момент начала исследования пациенты никакой терапии не получали.

Все пациенты применяли пенку для умывания, затем тоник, с последующим нанесением крем-геля на лицо и спрея на туловище 2 раза в день в течении 4 недель для лечения и 2 недели по 2 раза в день для профилактики.

Результаты. Через 14 дней терапии акне пенкой для умывания, тоником, крем-геля на лицо и спрея на туловище у 30 (60%) пациентов отмечалось улучшение, а у 15 (30%) значительное улучшение.

После 4 недель лечения у 12 (24%) пациентов наблюдались только единичные пятна вторичной гиперпигментации, у 32 (64%) значительное улучшение, у 6 (12%) улучшение.

Спустя 2 недели после окончания основного лечения, несмотря на уменьшение кратности применения препарата, ни один пациент не отметил рецидива или ухудшение состояния. Значительное улучшение наблюдалось у 46 (92%), улучшение у 4 (8%).

МАТЕРИАЛЫ

Все испытуемые 50 (100%) отмечали удобство применения – средства не раздражали кожу, не обладали неприятным запахом и могли использоваться под косметику.

Выводы. Пенка для умывания с цинк РСА, ниацинамидом, дикалий глицирризинатом, бетаином, мочевиной, Д-пантенолом, тоник, крем-гель на лицо с биоактивным цинком, дикалий глицирризинатом, витаминами А, Е и спрем для тела с Zinc Zn, дикалий глицирризинатом, Tetranyl U и декспантенонолом являются эффективными, безопасными и удобными в применении средствами комплексного активного ухода и лечения акне легкой степени. Терапия в течении 4 недель и профилактическое использование в течении 2 недель после приводит к улучшению состояния кожи у всех пациентов, не вызывая побочных действий или осложнений.

АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Карякина Л.А., Пирятинская В.А., Смирнова О.Н.

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

Актуальность. Болезнь Крона (БК) – хроническое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся неказеозным гранулематозным воспалением желудочно-кишечного тракта. Патологический процесс может развиваться в любом отделе пищеварительного тракта (от ротовой полости до анального отверстия) с преимущественной локализацией в терминальном отделе подвздошной кишки. Этиология заболевания до конца неизвестна. Примерно у 40% всех пациентов, страдающих болезнью Крона, наблюдается от одного до пяти внекишечных проявлений. Наиболее распространенными считаются афтозный стоматит, периферический артрит, увеит и узловатая эритема.

Цель исследования. Описание внекишечных проявлений в форме афтозного стоматита при БК на примере собственных клинических наблюдений.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась пациентка 42 лет, жительница Санкт-Петербурга. Поступила на гастроэнтерологическое отделение в связи с развитием вторичной терапевтической неэффективности генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ), которую пациентка получала в течение 12 лет по поводу БК. Из анамнеза известно, что больна около 15 лет. В 2008 году была проведена низкая передняя резекция прямой кишки по поводу стеноза и превентивная двустольная трансверзостомия по поводу перфорации сигмовидной кишки с формированием абсцесса малого таза слева.

Жалобы при поступлении на схваткообразные и ноющие боли в мезогастральной области, возникающие после еды, учащенный стул через стому до 10-15 раз в сутки, с примесью крови и слизи, общую слабость и болезненные высыпания в ротовой полости, мешающие приему пищи. При осмотре на коже туловища, конечно-

МАТЕРИАЛЫ

стей высыпаний нет. В полости рта отмечались эрозии округлой формы с красным венчиком по периферии диаметром до 1 см, покрытые белесоватым налетом, болезненные и легко кровоточащие при пальпации. Посев со дна эрозий отрицательный. Обследование на сифилис, герпес-вирусы и акантолитическую пузырчатку – отриц.

Большой Я., житель Санкт-Петербурга, 20 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии больницы Петра Великого с жалобами на слабость, снижение массы тела, диспепсические расстройства, болезненные высыпания в ротовой полости.

Диагноз БК илеоцекальной локализации впервые поставлен в 15 лет. Обострение заболевания отметил в связи с прерыванием ГИБТ из-за переносимой инфекции COVID-19. При осмотре кожа туловища, конечностей интактна. В полости рта – множественные эрозивно-язвенные элементы с гнойным налетом, округлой формы с четкими контурами, венчиком гиперемии по периферии, болезненные при пальпации, не склонные к слиянию. При лабораторном исследовании – в мазках-отпечатках с поверхности эрозивно-язвенных дефектов ротовой полости клетки Тцанка не обнаружены, эозинофилии нет. Посев со дна эрозий – отрицат. Обследование на сифилис, герпес-вирусы – отриц.

Результаты. На основании жалоб, анамнеза, клинико-лабораторной картины заболевания у пациентов с БК были выявлены наиболее распространенные внекишечные проявления в виде афтозного стоматита, что не противоречит литературным данным. Последний нередко предшествует развитию основного заболевания и неразрывно связан с активностью воспалительного процесса.

Выводы. Афтозный стоматит один из частых экстраинтестинальных симптомов, опережающих или совпадающих с развитием БК.

Раннее выявление внекишечных проявлений позволяет контролировать течение БК, улучшая качество жизни пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСАМИ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА И ДРУГИМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Касаткин Е.В.¹, Лялина Л.В.²

¹Кожно-венерологический диспансер №8,

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии им. Пастера,
Санкт-Петербург

Ежегодно 357 миллионов людей в возрасте 15-49 лет заболевают бактериальными инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Столь же высокую

МАТЕРИАЛЫ

распространенность имеют некоторые вирусные ИППП: 417 миллионов человек имеют вирус простого герпеса, а около 291 миллиона женщин – вирус папилломы человека (ВПЧ). Эпидемии этих инфекций серьезнейшим образом сказываются на здоровье и жизни населения во всех странах мира, приводя к гибели плода и новорожденных, возникновению злокачественных новообразований (ЗНО), вызывая риск инфицирования ВИЧ, причиняя физические, психологические страдания больным. Одновременное сочетание нескольких возбудителей ИППП требует совершенствования диагностического алгоритма, протоколов лечения в связи с высокими рисками развития осложнений инфекции. Этиологическими факторами ЗНО различных локализаций признаны ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР). Известно, что для развития онкологического процесса одной ВПЧ инфекции недостаточно. В инициации опухолевого роста большую роль играют мутагены, усиливающие мутагенные эффекты других факторов.

Цель исследования. Изучение частоты сочетания различных генотипов ВПЧ ВКР и других ИППП у пациентов дерматовенерологического профиля для оценки рисков развития ЗНО и других осложнений, подготовки рекомендаций по обоснованию проведения вакцинации против ВПЧ.

Проводили скрининговые обследования, лечение, диспансерное наблюдение пациентов, обратившихся в СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер №8» в 2005-2022 гг.

В результате исследования установлено, что за этот период зарегистрировано 31693 случаев ИППП и венерических болезней. В структуре ИППП другие уточненные ИППП (А63.8, уреамикоплазмозы) являются самыми распространенными у обоих полов, до 70% структуры. Наружные проявления аногенитальных (венерических) бородавок (А63.0) зарегистрированы в 14,5% случаев, хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта (А56.0) – в 9%, урогенитальный трихомониаз (А59.0) – в 4,5%, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (А60) – в 4%.

На ВПЧ ВКР обследовано 9623 пациента. Среди обследованных 4616 (48%) мужчин и 5007 (52%) женщин в возрасте от 13 до 67 лет. Наибольшее количество обследованных – в возрастной группе 20-29 лет (40% от всех обследованных). ВПЧ ВКР обнаружены у 2483 пациентов, из них 51,0% мужчин и 49,01% женщин. Частота обнаружения ВПЧ в указанных контингентах составила у мужчин – $27,43 \pm 1,86\%$, у женщин – $24,31 \pm 1,68\%$. В группе 20-29 лет выявлена наибольшая частота обнаружения ВПЧ ($34,34 \pm 3,35\%$).

Для анализа частоты распространенности сочетанной инфекции, обусловленной ВПЧ и другими возбудителями ИППП обследовали 751 пациента (515 женщин и 236 мужчин). Для обнаружения ВПЧ ВКР 12 генотипов (16,18,31,33,35,39,45,51,52,55,56,58) использовали наборы «Мультивир» производства ООО «НПФ Генлаб» (Москва) в соответствии с инструкцией. ВПЧ ВКР были обнаружены у 308 пациентов (41,01%), из них у 213 женщин и у 95 мужчин. В структуре генотипов ВПЧ преобладали генотипы 31 и 16 (20% от лиц с ВПЧ ВКР). Реже всего выявлялся 55 и 52 генотипы – до 1,5%. Другие генотипы ВПЧ ВКР выявлялись примерно с равной частотой. Наибольшая частота обнаружения ВПЧ ВКР оказалась в группе

МАТЕРИАЛЫ

лиц в возрасте 20-29 лет – 144 человека (47%). У лиц моложе 18 лет ВПЧ ВКР обнаружены только у девочек - подростков 17-19 лет – (3% от всех женщин с ВПЧ ВКР). ИППП без сочетания с ВПЧ обнаружилась у 232 пациентов (у 21,17% женщин и у 9,72% мужчин). Моноинфекция ВПЧ ВКР без внешних проявлений аногенитальных бородавок диагностирована у 98 пациентов (13,05% от обследованных лиц), в том числе у 67 женщин (8,92%) и у 31 мужчины (4,13%). 52, 35 генотипы ВПЧ у мужчин, 55 генотип у женщин определялись только в сочетании с другими ИППП, частота сочетания всех генотипов ВПЧ с ИППП составила $70,37 \pm 7,79\%$ у мужчин и $71,04 \pm 2,57\%$ у женщин. У обоих полов наиболее часто ВПЧ сочетались с хламидиозом, микоуреаплазмозом, цитомегаловирусной инфекцией. У мужчин гораздо чаще, чем у женщин – с генитальными бородавками. Наиболее часто микстинфекции встречались у мужчин в возрастных группах 20-29 лет и старше 40 лет, у женщин – в группах 18-19 и старше 40 лет.

В результате исследования установлена высокая, более 70%, частота сочетания ВПЧ ВКР с другими ИППП у пациентов дерматовенерологического профиля, что является фактором риска развития ЗНО и других осложнений. Установлена равная среди обоих полов распространенность различных генотипов ВПЧ, частота сочетания ВПЧ ВКР с другими ИППП. Эти данные позволяют обосновать предложения по определению контингента, подлежащего вакцинации по эпидемическим показаниям, определению схем иммунизации против ВПЧ, в рамках национальной «Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней до 2035 года».

К ПРОБЛЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ВЗГЛЯД СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Каурова Т.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. В современных условиях отмечается высокая распространенность различных дерматозов, таких как атопический дерматит, псориаз, акне, которые характеризуются хроническим рецидивирующим течением, многообразием клинических форм и нередко малой эффективностью терапии. Острота проблемы кожных заболеваний обусловлена не только их высокой распространенностью в популяции, но и ухудшением социальной адаптации, негативным влиянием на качество жизни больных и их семей. Хронические кожные заболевания нередко рассматриваются с позиции социопатий. Феномен «стигматизации» является частым явлением, сопутствующим дерматологическим больным. Для па-

МАТЕРИАЛЫ

циентов стрессовым являются не только сами кожные проявления, но и реакция окружающих на них. Для больных с кожными проявлениями характерны такие виды стигматизации, как ожидание отвержения, чувствительность к мнению окружающих, скрытность. Так, по данным National Psoriasis Foundation, 65% опрошенных людей с псориазом отмечали, что испытывают дискриминацию на работе, в школе и в других общественных местах. Каждый четвертый человек с псориазом одинок.

Цель исследования. Изучить отношение молодых людей – студентов разных ВУЗов – к проблеме влияния кожных заболеваний на социальную адаптацию человека.

Материалы и методы. С помощью специально разработанной анкеты с добавлением блока вопросов, предназначенных для имеющих в анамнезе кожное заболевание, проведен анонимный социологический опрос студентов 2-3 курсов разных ВУЗов (всего 180 респондентов), из них 111 студентов-медиков. Анкета состояла из 31 вопроса разных типов (открытых, закрытых, полуоткрытых). Ответы дифференцировались в зависимости от ВУЗа.

Опрос проводился онлайн с помощью Google Forms.

Результаты. Большинство студентов медицинских (85,0%) и технических ВУЗов (79,6%) понимают, что кожное заболевание, особенно при локализации на открытых участках кожи, оказывает сильное влияние на самоощущение человека, может значительно повлиять на карьеру (51,4% – студенты-медики, 42,1% – студенты технических ВУЗов) и на отношения с окружающими – друзьями, коллегами, родственниками (так считает каждый третий опрошенный студент).

Некоторые известные личности (например, представительницы фэшн-индустрии) делают акцент на особенностях своей кожи. Открыто обсуждая проблемы, они стремятся повлиять на самоощущение и общественное мнение о кожном заболевании. Большинство респондентов относится к этому нейтрально (58,1% студентов-медиков и 65,6% студентов других ВУЗов).

Более половины респондентов имеют в анамнезе ту или иную кожную патологию. Среди них на вопрос «Насколько неуверенно вы ощущали себя из-за состояния своей кожи», только 15,5% ответили, что чувствовали себя комфортно, 39,3% – испытывали сильный дискомфорт, а 45,2% – небольшую неуверенность. 12,0% студентов отметили, что состояние кожи часто мешало общению с друзьями, а 32,4% из-за кожного заболевания пришлось отказаться от занятий любимым делом (спорт, рисование и др.).

У 19,0% студентов кожное заболевание достаточно сильно повлияло на выбор носимой одежды; для 70,1% респондентов была неприятной ситуация, когда пораженную кожу нельзя было скрыть или замаскировать.

Выводы. Опрос показал достаточную осведомленность молодежи по исследуемой проблеме, в том числе и среди тех, кто не страдает кожной патологией. Исследование подтверждает актуальность проблемы социальной адаптации при кожных заболеваниях, свидетельствует о большом влиянии органа кожи на самоощущение человека. Очевидно, что долгосрочные последствия кожных заболеваний для психосоциального здоровья могут быть серьезными.

МАТЕРИАЛЫ

ИСХОДЫ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОПИЧЕСКИХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Каюкова Н.Д., Феденко А.М.

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар

Актуальность. В структуре дерматологической заболеваемости ведущие позиции занимают иммуноопосредованные хронические дерматозы с локальным распространением. В рамках патогенетической терапии которых, согласно федеральным клиническим рекомендациям, используют топические глюкокортикостероиды. Благодаря противовоспалительному, иммуносупрессивному, антипролиферативному действиям, данная группа препаратов обладает хорошим терапевтическим эффектом, однако нерациональное использование приводит к возникновению местных и системных побочных эффектов, что препятствует их оптимальному долгосрочному и широкому применению.

Цель. На основании литературных данных оценить частоту и тяжесть побочных эффектов при применении топических глюкокортикостероидов и рассмотреть методы их профилактики.

Материалы и методы. Проведен поиск и анализ данных, опубликованных в течение последних 5 лет. Были использованы базы данных: PubMed, ScienceDirect, Google Academy, Cochrane Library.

Результаты. Ввиду хронического рецидивирующего течения иммуноопосредованных заболеваний кожи, пациентам приходится длительно использовать топические глюкокортикостероиды. К сожалению, низкая комплаентность, обусловленная недостаточной осведомленностью в вопросах здоровья, отсутствие понимания со стороны пациента о необходимости лечения, пренебрежение рекомендациями врача, отсутствие контроля проводимой терапии, повышают частоту встречаемости побочных эффектов, ассоциированных с использованием супрафизиологических доз глюкокортикостероидов, либо являются реакцией на резкое снижение или вовсе полную отмену препарата.

Изменения, наблюдаемые при хронических дерматозах (снижение уровня керамидов, нарушение дифференцировки кератиноцитов, десквамация, местная вазодилатация) приводят к нарушению барьерной функции эпидермиса, что облегчает проникновение топических глюкокортикостероидов независимо от их активности. Дополнительными факторами, повышающими всасывание, являются: применение окклюзионных повязок, концентрация вещества, время экспозиции и дополнительные вещества в составе (мочевина, диметилсульфоксид, салициловая кислота, пропиленгликоль). Характерные гистопатологические изменения кожи наблюдают уже через 1-2 недели регулярного использования препаратов высо-

МАТЕРИАЛЫ

кой потентности. Среди клинических проявлений наиболее часто обнаруживают атрофию кожи, стрии, телеангиэктазии, розацеаподобный дерматит. Имеющаяся патология кожи и возникновение новых морфологических элементов побуждают пациента не прекращать лечение, что повышается риск развития системных побочных эффектов.

Важным условием их возникновения является достижение необходимой концентрации препарата (>30 мг в пересчете на эндогенный кортизол), поддерживаемой в течение длительного времени. Функциональное угнетение коры надпочечников наблюдается уже через 1-2 недели использования супрафизиологических доз глюкокортикостероидов. Достоверно известно, что применение мази клобетазола пропионата 0,05% в количестве, превышающем 2 г/сутки, может вызывать подавление функций гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы уже через несколько дней. В наибольшей степени ее угнетение отмечается при применении фторированных глюкокортикостероидов, которые в современной дерматологической практике не распространены. Непрерывное использование приводит к формированию экзогенного синдрома Кушинга с характерным габитусом больного и широкого спектра метаболических нарушений: гипергликемия, инсулинорезистентность, диабет, остеопороз, ожирение, гипертония.

Самостоятельные попытки пациента уйти от терапии стероидами заканчиваются развитием синдрома отмены, сопровождающегося обострением заболевания либо его ухудшением, что вынуждает продолжать терапию еще более высокими дозами. Медина синдрома отмены составляет 14-21 день у пациентов длительно (>12 месяцев) использующих топические глюкокортикостероиды средней и высокой потентности. При осмотре обнаруживают экссудативную эритему, шелушение, пигментацию, эксфолиацию. Все более часто за помощью обращаются пациенты синдромом красной кожи (Red Skin Syndrome), при котором эритема или экссудат распространяется от места нанесения на участки, где стероиды никогда не использовались. Состояние манифестирует с лихорадки 40°C, эритемы и повышения чувствительности кожи к различным раздражителям. Длительность составляет от нескольких недель до нескольких лет. Могут быть периоды обострения. Синдром красной кожи регрессирует самостоятельно в течение длительного времени на фоне отмены стероидной терапии. Иных рекомендаций по коррекции данного состояния нет.

Вывод. Таким образом, для нивелирования побочных эффектов необходимо руководствоваться следующим: потентность препарата, его концентрация, форма выпуска, должны быть подобраны, опираясь на текущее состояние больного; терапия должна быть назначена коротким курсом; пациент должен быть записан на повторный прием для контроля эффективности проводимой терапии. Обучение пациента правильному использованию препаратов, осознание важности рационального применения и дозирования, позволяют избежать потенциально тяжелых побочных эффектов, влияющих на течение заболевания и образ жизни больного.

МАТЕРИАЛЫ

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМОЛЕНТА,
СПЕЦИАЛЬНО РАЗРАБОТАННОГО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ключарева С.В.

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

Известно, что ведущим механизмом патогенеза атопического дерматита (АтД) является дисфункция эпидермального барьера, что проявляется сухостью кожи, изменениями состава липидного матрикса и деятельности протеолитических ферментов. Сухость кожи при АтД способствует проникновению аллергенов, раздражающих веществ и патогенных микроорганизмов, что приводит к запуску цикла «зуд – расчесывание», провоцируя обострение и значительно ухудшая качество жизни пациентов. В методических рекомендациях по ведению пациентов с АтД базовый уход за кожей с использованием увлажняющих и смягчающих средств занимает очень важное место.

Цель работы. Определение роли и эффективности алгоритма базового ухода за кожей у пациентов с атопическим дерматитом.

Методы исследования. Группа больных АтД состояла из 30 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, среди которых было 4 мужчин и 26 женщин. Пациенты страдали АтД с младенческого возраста. Заболевание протекало с периодами ремиссий и обострений. У всех больных процесс носил распространенный характер, был представлен гиперемией, на фоне которой отмечались лихеноидные папулы, корочки, экскориации. В локтевых и подколенных сгибах, на задней поверхности шеи отмечали участки лихенизации. Кожа больных была сухой с выраженным шелушением. Субъективно беспокоили зуд, сухость кожных покровов. Пациенты получали лечение гипо-сенсibiliзирующими средствами, антигистаминными препаратами.

Для наружной терапии применяется эмомент. Требования к эмоменту: был идеально сбалансированный комплекс липидов природных масел, увлажняющих компонентов, Д-пантенола и витаминов, который обеспечивает глубокое питание, интенсивное и длительное увлажнение, укрепляет защитные функции кожи, повышая сопротивляемость к агрессивным факторам. Таким эмоментом является средство гаммы Липобейз бальзам интенсивный для сухой и очень сухой кожи, который содержит 5 ключевых компонентов:

1. Сбалансированный комплекс натуральных масел (ши, кокоса) глубоко питает и восстанавливает кожу, уменьшает потерю влаги и поддерживает водный баланс.
2. Усиленный увлажняющий комплекс из 3-х компонентов (мочевина, гиалуроновая кислота, молочная кислота). Натуральные увлажнители, которые притягивают влагу в кожу, предохраняют ее от пересыхания.
3. Уникальный компонент - бета-глюкан овса. Восстанавливает и поддерживает баланс микробиома кожи, обеспечивает укрепление естественных защитных функций кожи, ускоряет восстановление клеток кожи, успокаивает кожу.

МАТЕРИАЛЫ

4. Д-пантенол, который оказывает регенерирующее действие, предупреждает появление микротрещин, смягчает и увлажняет кожу. Доказано облегчает такие симптомы, как сухость, шелушение, зуд и трещины.

5. Витамины А и Е, важные для нормального функционирования и здорового вида кожи. Участвует в обменных процессах в коже, обладают антиоксидантным действием.

Специальные особенности: без парабенов, без парфюмерных отдушек.

Эмомент применяли по схеме: все 30 пациентов использовали Липобейз бальзам интенсивный для сухой и очень сухой кожи 3-4 раза в день на все пораженные участки, также все пациенты применяли Липобейз масло для душа и ванны (масло для купания).

У всех больных оценивали состояние кожного покрова по разработанной анкете, в которой учитывали основные субъективные ощущения больных (жжение кожи, сухость кожи, гиперемия). Оценку производили по трехбалльной системе (0-2 балла), где «0» – отсутствие симптомов, «1» – умеренные проявления, «2» – сильно выраженные проявления, которую проводили до и после применения эмомента через 21 день. Также оценивалось переносимость эмоментов («приятный в использовании», «не раздражает кожу», «делает кожу гладкой и мягкой»), которую оценивали по 3 критериям: «абсолютно удовлетворен – 3 балла», «удовлетворен – 2 балла» и «не удовлетворен – 1 балл».

Результаты. Основные субъективные ощущения больных до исследования составляли в среднем $1,5 \pm 0,5$ балла, после применения бальзама интенсивного для сухой и очень сухой кожи состояние кожного покрова изменилось до $0,5 \pm 0,5$.

Таким образом, на 21-й день лечения отмечалось улучшение патологического процесса на коже (разрешение гиперемии, уменьшение папулезных высыпаний, шелушения, эскориаций, инфильтрации). Необходимо отметить, что уже на 3–4-й день лечения пациенты отмечали значительное снижение чувства сухости, кожа становилась более эластичной и увлажненной.

При оценке переносимости бальзама все пациенты отметили отличные качества препарата – критерий составил 3,0 балла.

Среди 30 пациентов (100%) – все отметили значительное улучшение состояния кожных покровов и готовность применять средства гаммы Липобейз продолжительное время.

Заключение. Результаты исследования позволяют рекомендовать назначение препаратов серии Липобейз как безопасных и эффективных наружных средств, которые могут быть использованы в лечении больных, страдающих атопическим дерматитом.

Благодаря грамотно подобранным компонентам, входящим в состав средства гаммы Липобейз, воздействие происходит в нескольких направлениях, все требования современного комплексного эмомента при этом соблюдаются, особо надо отметить в составе эмомента бета-глюканов, которые являются природными веществами с мощной иммуномодулирующей и противовоспалительной активностью, а также поддерживают баланс микробиома кожи.

МАТЕРИАЛЫ

Применение эмоленга, специально разработанного для пациентов с атопическим дерматитом способствует насыщению кожи жировыми компонентами и восстановлению водно-липидной мантии, увлажнению кожи, обогащению межклеточными липидами.

ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНАЯ ФОРМА АКНЕ – КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ СЕРУ

Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Пономаренко И.Г.
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Вульгарные угри – хроническое заболевание, имеющее четко прослеживаемую генетическую предрасположенность, одно из проявлений густой или смешанной форм себореи, или воспалительное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез.

Эффективность лечения акне во многом зависит от правильно подобранных наружных средств, что подразумевает использование кератолитических, себостатических и противовоспалительных препаратов. Кроме того, современные наружные средства должны обладать не только антибактериальными свойствами против бактерий, но и противомикозным действием. Таким классическим эффективным средством всегда была сера. Благодаря своим свойствам серу называют «элементом красоты», благодаря чему она становится ингредиентом инновационной косметики. Ее большое преимущество – способность быстро регенерировать кожу, замедляя при этом процессы старения.

Еще в I веке до нашей эры римляне, не брезгуя весьма специфическим ольфакторным профилем этого желтоватого вещества, использовали серные ванны для лечения акне и экземы.

Взаимодействуя со свободными радикалами в глубоких слоях кожи, сера обладает антибактериальными и противогрибковыми свойствами. С другой стороны, она приобретает дезинфицирующие свойства на поверхности кожи, вступая в реакцию с мочевиной. Легко смягчает эпидермис и позволяет удалить его поверхностные слои. Из-за антибактериальных и противогрибковых свойств сера рекомендуется для очистки жирной, смешанной и проблемной кожи.

Таким образом, препарат для наружного применения, содержащим активированную серу с применением противовоспалительных растительных экстрактов (крапива, календула) – Делеск-Акне обладает противовоспалительным, себостатическим (подсушивающим) антибактериальным и рассасывающим действием. Лосьон обладает очищающим действием.

МАТЕРИАЛЫ

Цель исследования. Оценка клинической эффективности препаратов, содержащих серу у пациентов с папуло-пустулезной формой акне средней степени тяжести.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 58 пациентов с папуло-пустулезной формой акне средней степени тяжести, из них 18 (31,1%) мужчин и 40 (68,9%) женщин в возрасте от 15 до 35 лет (Me: 25,1±2,5 лет), продолжительность заболевания составила от 4 месяцев до 6 лет. У всех пациентов высыпания локализовались на коже лица, клинически представлены папулами и пустулами, множественными комедонами и повышенной сальностью кожи. Все больные случайным образом были разделены на две группы. Пациентам основной группы (n=30) назначался наружно гель «Делекс-акне» 2 раза в день тонким слоем на всю поверхность лица и гель форте локально на папулы и пустулы в течение 8 недель. Пациенты группы сравнения (n=28) получали наружную терапию гелем с азелаиновой кислотой 15% также в течение 8 недель. Оценку терапии проводили два раза: через 4 и 8 недель с момента начала лечения. Оценивалась эффективность и переносимость терапии, а также сроки наступления клинического выздоровления.

Результаты и обсуждение. У всех больных были изучены средние показатели количества воспалительных элементов и комедонов, а также выраженность себореи. Среди пациентов основной группы (n=30), где наружно назначался гель «Делекс-акне» на всю поверхность кожи лица и гель форте локально на высыпания, был выявлен значительный положительный эффект от проводимой терапии. Уже через 4 недели было отмечено снижение количества папул на 21,1%, а пустул на 30,3%, через 8 недель уменьшение количества папул на 80% и пустул на 81,8%. У пациентов группы сравнения (n=28), получавших наружную терапию гелем с азелаиновой кислотой 15%, также был отмечен положительный результат: через 4 недели наблюдалось уменьшение количества элементов – папул на 16% и пустул на 25,2%, что на 5% отличается от основной группы. Через 8 недель результаты лечения также значительно отличались: уменьшение папул произошло на 69,7%, пустул на 71,5%, что на 10% меньше, чем в основной группе. Переносимость терапии была отмечена как хорошая у всех больных, однако при нанесении геля с азеиновой кислотой 15% пациенты в 80% случаев отмечали субъективные ощущения в виде небольшого жжения и покалывания в области лица в первые минуты нанесения.

Таким образом, переносимость терапии была лучше и уменьшение воспалительных элементов было более значимо в первой группе пациентов.

Выводы. Проведенное нами исследование позволяет рекомендовать гели «Делекс-акне» как безопасное и эффективное средство, которое может использоваться в лечении пациентов с папуло-пустулезной формой акне средней степени тяжести. Применение препаратов, содержащих очищенную серу, является патогенетически обоснованным, так как реализуются кератолитические, антисептические и противовоспалительные свойства серы, обусловленные реакцией, возникающей при прямом взаимодействии между серой и кератиноцитами. Кроме того, преимуществом использования серы в наружных средствах является отсутствие развития резистентности микрофлоры, отсутствие побочных эффектов и хорошая переносимость терапии.

МАТЕРИАЛЫ

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ ПРИ ЛАЗЕРНОМ ЛЕЧЕНИИ КСАНТЕЛАЗМ

Ключарева С.В.¹, Белова Е.А.¹, Нечаева О.С.¹,
Пономарев И.В.³, Еремеева А.А.²

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

²Кожно-венерологический диспансер №9,
Санкт-Петербург,

³Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН,
Москва

Ксантелазмы нередко появляются при различных нарушениях липидного обмена. Особенность этой патологии заключается в том, что она может развиваться при нормальном уровне липидов у женщин среднего и пожилого возраста, страдающих заболеваниями печени.

Клинически ксантелазмы проявляются желтыми плоскими или слегка возвышающимися четко отграниченными бляшками с гладкой или слегка морщинистой поверхностью, расположенными в области век. Размеры их варьируют от нескольких миллиметров до 5 см и более. Может встречаться и генерализованная форма плоских ксантелазм. Микроскопически ксантелазма и ксантома являются формами липомы и образованы пенистыми гистиоцитами, инфильтрировавшими поверхностный ретикулярный слой дермы. Клетки, как правило, более концентрированы вокруг кровеносных сосудов. Иногда присутствуют гигантские клетки Touton. Фиброз обычно отсутствует.

Лечение ксантелазм проводится, в том числе, с помощью лазерного воздействия на кожу в области патологического процесса.

Цель. Провести дерматоскопию очагов ксантелазм и установить параметры для их лазерной терапии аппаратом на парах меди.

Материалы и методы. Лечение ксантелазмы век 1-4 степени было выполнено у 37 светлокосых женщин и 10 мужчин, возраст 28-65 лет, со сроками заболевания от 1 года до 5 лет, при этом патологии липидного обмена обнаружено не было.

Для лечения ксантелазм использовался аппарат лазерный медицинский на парах меди «Яхрома-Мед» (Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН), работающий на длинах волн 511 и 578 нм с длительностью импульсов генерации 20 нс и с частотой следования импульсов 16,6 кГц.

Всем пациентам была проведена дерматоскопия патологических очагов.

Результаты. В зависимости от результатов дерматоскопии нами были выделены две стадии прогрессирования ксантелазм:

Дерматоскопические проявления:

МАТЕРИАЛЫ

I стадия прогрессирования ксантелазм: очаги были представлены множественными светло-желтыми комками и одновременным наличием светло-желтой бесструктурной области, а также в промежутках множественными светло-коричневыми точками, что свидетельствует о не глубоком залегании ксантелазмы.

Дерматоскопические проявления II стадии прогрессирования ксантелазм: очаги были представлены множественными желтыми комками, но уже крупных размеров, также присутствовала объемная, светло- или темно-желтая бесструктурная область. Важным, по нашему мнению, было появление дерматоскопических структур по типу «комков-в-комке».

В зависимости от стадии прогрессирования ксантелазм при дерматоскопии были выбраны следующие параметры лазерной терапии: средняя мощность 0,6 Вт при первой стадии и 0,7 – 0,8 Вт и у пациентов второй стадии при соотношении мощностей излучения на зеленой (511 нм) и желтой (578 нм) длинах волн 3:2. Длительность экспозиции – 0,2 с. Диаметр светового пятна на поверхности кожи – 1 мм. Область ксантелазмы обрабатывали лазерными импульсами до появления равномерной серой окраски. Лечение ксантелазмы проводилось под местной аппликационной анестезией.

Выбор параметров прибора на парах меди «Яхрома-Мед» зависел от полученных результатов при дерматоскопии: при I стадии прогрессирования от 0, 60 Вт до 0, 70 Вт.

При II стадии прогрессирования от 0, 71 Вт – до 0,82 Вт.

Критерием выбора энергии импульса было установлено максимальное изменение цвета от желтого до серого по всей поверхности ксантелазмы без ее повреждения. Для защиты органа зрения во время лазерной обработки использовались металлические экраны, которые устанавливались на глазное яблоко и применялся местный анестетик Акрипол Про (Россия) – наносился на патологический очаг в течении 20 мин.

Отек после процедуры был минимальным и купировался противовоспалительными наружными средствами. После завершения процедуры кожу обрабатывали 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата. Первые два дня на обработанную поверхность кожи наносили 5% мазь Супироцин два раза в день. Через 10 дней после отслоения корочек кожа приобрела естественную окраску.

После лазерной процедуры полное заживление обработанной поверхности кожи завершалось в течение от 5 до 10 дней. У всех пациентов отмечено полное восстановление кожи, рецидивов ксантелазм не отмечено.

За пациентами наблюдали в течение двух лет после лечения, рецидивов в этот период не было. Ни у одной из пациенток не развилась поствоспалительная гипер/гипопигментация и не было возникновения рубцов.

Заключение. Применение лазерного прибора на парах меди позволяет эффективно лечить ксантелазмы и, в зависимости от результатов дерматоскопии, нами были выделены две стадии прогрессирования ксантелазм, благодаря чему более точно подбираются параметры лазерного излучения.

МАТЕРИАЛЫ

РИНОФИМА – ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ РАЗНОВИДНОСТЕЙ

Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С.,
Приб М.И., Пономаренко И.Г.
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Ринофима вызывает значительное увеличение наружного носа, формирование стойкого уродования лица и отличается нестандартной клинической картиной. По данным разных источников, данная патология встречается на 3–4-м десятилетии жизни и достигает расцвета в возрасте 40–50 лет. Если розацеа чаще страдают женщины (в 60% случаях), то гиперплазия соединительной ткани и сальных желез, приводящие к ринофиме, наблюдаются преимущественно у мужчин. Провоцирующими факторами являются: развитие демодекоза, нарушения нейроэндокринной регуляции, ангионеврозы с недостаточностью периферического кровообращения вследствие рефлекторного спазма артериол и снижения тонуса венул; заболевания желудочно-кишечного тракта.

Различают 4 разновидности ринофимы: glandулярную (железистую), фиброзную, фиброангиоматозную, актиническую. 1. Железистая (гlandулярная) форма проявляется бугристыми или гроздьевидными мягкими образованиями синюшно-красного цвета с блестящей сальной поверхностью и большим количеством расширенных сосудов и сальных желез, из устьев которых при надавливании выделяется кожное сало. Разрастания кожи при данной форме могут достигать огромных размеров, обезображивая лицо. 2. Фиброзная форма ринофимы характеризуется гладкой поверхностью носа, гипертрофированностью тканей, уплотнением кожи в очагах поражения. Цвет очагов поражения приобретает красно-фиолетовый оттенок из-за пролиферации кровеносных сосудов. 3. Фиброангиоматозная форма характеризуется различной интенсивности медно-красного или багряно-красного цвета носа. Нос увеличивается, на его поверхности выступают крупные эктазированные вены. В отличие от фиброзной стадии при данной форме можно увидеть большое количество пустул. Больные предъявляют жалобы на парестезии, зуд и болезненность. 4. Актиническая ринофима характеризуется равномерным умеренным увеличением носа с выступающими узловатыми скоплениями эластичной ткани; очаг постепенно приобретает буровато-синюшную окраску.

Считается, что лечение ринофимы – только оперативное с применением разных вариантов ее удаления.

Цель работы. Разработка методов лазерной терапии ринофимы разных клинических форм.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов с разными формами ринофимы, все они пролечены лазером – Nd:YAG Aerolase в короткоимпульсном режиме 650 мс с плотностью энергии 15–60 Дж/см² (обыкновенный лазер Nd: YAG 1064 нм имеет длительность импульса в диапазоне от 3 до 30 микросекунд).

МАТЕРИАЛЫ

Неодимовый Nd:YAG лазер – неабляционный лазер, т.е. при его воздействии на кожу или поверхность рубца, покровы тканей не повреждаются, а лазерный луч проникает внутрь кожи, оказывая селективное воздействие на внутренние структуры дермы.

Эффект неодимового лазера с длиной волны 1064 нм основан на гомогенном фототермолизе: импульс 650 мс вызывает управляемый ожог, проявляющийся в виде частичной коагуляции микрососудистого русла, разрушения фибробластов и частичной прямой денатурации структуры коллагена. В зоне воздействия развивается асептическое воспаление, которое приводит к развитию молодого коллагена, ранней реваскуляризации тканей, активизации появления молодых фибробластов.

MicroPulse – 650 мкс – это инновация Aerolase – новейшая технология, позволяющая доставить необходимую мощность за более короткую длительность импульса 650 микросекунд: длительность импульса меньше, поэтому энергия доставляется гораздо быстрее в целевые структуры ткани (фолликулы, сосуды и т.д.), поэтому обработанная ткань требует меньше времени для кондуктивного сглаживания, и таким образом применяется более высокая температура, что приводит к лучшей эффективности воздействия на фолликулы и сосуды.

Оценка удовлетворенности результатами процедур проводилась визуально, методом фотосъемки и по шкале GAIS: балл (от 1 до 3 (отличный результат) баллов) и оценка выраженности нежелательных реакций.

Результаты. Все 15 пациентов с ринофимой получили 2-3 сеанса лазерного воздействия на патологические ткани с интервалом 2 недели. Процедура проводилась без анестезии – болевой синдром, как во время операции, так и в послеоперационном периоде отсутствует, при этом ткани не обугливаются, а белеют, эпителизация (заживление) происходит в 2 раза быстрее, чем при использовании других методов на 3–5-й день. Повязка не требуется. Формируется гладкая, без рубцов, поверхность кожи носа с хорошим эстетическим результатом.

Таким образом, у 93,8% пациентов отмечалась хорошая переносимость процедур (эритема и отек слабо выраженная или умеренная), у 6,2% удовлетворительная (выраженная эритема).

У всех пациентов получен хороший косметический результат, по шкале GAIS: средний показатель составил 3 балла. В ходе наблюдения за пациентами в течении 3 лет – повторных процедур не потребовалось, что подтверждает высокую эффективность метода.

Заключение. Полученный отличный результат терапии ринофимы объясняется воздействием оптической энергии на сосуды и волокна коллагена, которые обеспечивают восстановлению тканей.

Особый и уникальный режим заключается в передаче энергии Nd:YAG Aerolase в короткоимпульсном режиме 650 мс с плотностью энергии 15-60 Дж/см². Островки коагуляции равномерно располагаются в поверхностном и среднем отделах дермы. В результате процедуры достигается эффект реконструкции дермы, максимально выраженный в местах видимых дефектов.

МАТЕРИАЛЫ

СУХАЯ КОЖА, СИНИЛЬНЫЙ ЗУД – ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМОЛЕНТА С ПОЛИДОКАНОЛОМ

Ключарева С.В.

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

Одним из условий нормального функционирования кожи и сохранения защитных свойств кожного барьера является поддержание достаточного уровня ее увлажнения. По литературным данным, сухость кожи встречается у 38% женщин старше 30 лет, у 77% женщин старше 64 лет и у 100% – старше 80 лет, синильный зуд у 75% пациентов старше 64 лет. Вследствие несвоевременной и неадекватной терапии данного состояния кожи в дальнейшем развиваются дегенеративно-дистрофические изменения со стороны эпидермиса и дермы. Восстановить разрушенный эпидермальный барьер становится первоочередной задачей при сухой коже и синильном зуде.

Цель исследования. Выявить влияние эмолента на динамику показателей сухой кожи и зуда у женщин неинвазивными методами исследования кожи.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 140 женщин с сухой кожей лица и тела в возрасте от 54 лет до 87, из них 110 пациенток использовали наружно крем Ннеотанин® комфорт плюс – эмомент с активным противозудным компонентом – два раза в день 20 дней.

Контрольную группу составили 30 женщин, не получавших наружно эмоленты.

Критериями включения в исследование являлись наличие клинических признаков сухости кожи, снижение эластичности; потеря блеска; тусклость кожи, периодический зуд. Состав препарата сбалансирован, содержит следующие активные компоненты:

Натуральные масла подсолнечника (7%), карите (2%) и сои (1%) восстанавливают защитные функции кожи, питают кожу, делают более гладкой и эластичной.

Полидоканол (3%) успокаивает кожу, снижает чувствительность рецепторов, зуд.

Мочевина (2%) – компонент натурального увлажняющего фактора кожи, удерживает влагу в коже, предохраняет ее от пересыхания, поддерживает баланс микробиома кожи.

Экстракты алоэ вера, ромашки и календулы устраняют покраснение, раздражение, тонизируют и успокаивают кожу.

Витамин Е оказывает антиоксидантное действие.

В оценке исследования функциональных свойств кожи использовали программно-технический комплекс MultiskinTestCenterMC 900. Содержание влаги в эпидермисе оценивали методом корнеометрии, используя датчик Corneometer®. Исследование состояния барьерной функции эпидермиса проводили методом измерения паров, испаряющихся с поверхности кожи (ТЭВА-метрия) с помощью дат-

МАТЕРИАЛЫ

чика «TewameterГМ 300». Содержание кожного себума (себуметрия) оценивалось фотометрическим методом с помощью прозрачной пленки, фиксирующей количество кожного сала на поверхности эпидермиса с помощью датчика «Sebumeter®». Упруго-эластические свойства кожи исследовали методом оценки степени втягивания и распрямления кожи (эластометрия) под действием отрицательного давления 400 мбар с использованием датчика Cutometer®.

По результатам многочисленных исследований установлена и наиболее часто используется следующая градация степени сухости кожи (Губанова Е.И. с соавт., 2011) и установлены группы больных: 1-я группа – ниже 30 у.е. – очень сухая кожа – 45 пациентов; 2-я группа от 31 до 45 у.е. – сухая кожа – 50 пациентов; 3-я группа от 45 до 60 у.е. – кожа средней увлажненности 15 пациентов, выше 60 у.е. – очень увлажненная кожа – нет.

Результаты. Анализ параметров внутриэпидермальной влажности во всех возрастных группах выявил статистически значимые различия в показателях, по сравнению с группой контроля. Данные корнеометрии исследования у женщин в зависимости от терапии статистически значимо возрастали ($p < 0,05$): в первой группе – от $33,2 \pm 8,7$ до $42,2 \pm 7,1$; во второй группе – от $30,9 \pm 7,0$ до $39,6 \pm 6,8$; в 3-й группе – от $29,4 \pm 4,8$ до $38,6 \pm 3,4$.

Наиболее значимые однонаправленные отклонения от нормы $30,2 \pm 2,7$ ($p < 0,05$) наблюдались у женщин в группе контроля, что, скорее всего, связано с отсутствием терапии увлажняющими средствами.

При изучении показателей трансэпидермальной потери влаги – ТЭПВ установлено, что с возрастом ввиду нарушения эпидермального барьера потеря влаги возрастает ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что в группе получавших терапию кремом Неотонин® комфорт плюс у 80 (72,7%) пациенток показатели ТЭПВ через 20 дней соответствовали норме, при этом важно подчеркнуть, что интервал от 5 до 9 г/час/м рассматривается как «здоровая кожа с хорошим барьером». До терапии показатель ТЭПВ в первой группе составил $12,2 \pm 2,0$ во второй группе $11,7 \pm 1,7$, в третьей группе – $11,3 \pm 0,8$. После лечения: 1-я группа – $6,3 \pm 1,9$, 2-я группа $7,0 \pm 1,9$, 3-я группа – $7,3 \pm 2,1$.

Барьерная функция кожи в значительной степени зависит от уровня кожного сала, секретлируемого сальными железами, на ее поверхности.

При обработке полученных данных была установлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) упруго-эластических свойств кожи лица во всех трех группах, в сравнении с контрольной группой.

Результаты исследования кутометрии в стандартных точках показали, что наиболее значимая, практически в 2 раза, потеря упругости и эластичности кожи отмечается у женщин первой группы $39,4 \pm 9,6\%$, что на 50,2% отличается от варианта нормы; во второй группе до лечения данный показатель составил $40,5 \pm 8,7\%$ и в третьей группе – $41,1 \pm 8,6\%$, в группе контроля снижение показателя составило $40,9\% \pm 7,6\%$. На фоне терапии Неотонин® комфорт плюс через 20 дней результаты кутометрии во всех трех группах повысились на 20%, 30% и 35% соответственно, в отличие от контрольной группы, где изменений не отмечено. Необходимо отметить, что на фоне терапии эмоленом, содержащим полидоканол, – 87% пациентов отметили значительное уменьшение зуда и хорошую переносимость.

МАТЕРИАЛЫ

Выводы. Проведенный анализ состояния кожи у пожилых людей, позволяет сделать вывод о необходимости регулярного применения топического средства от зуда с выраженными увлажняющими и восстанавливающими свойствами.

Таким образом, применение эомолента с полидоканолом продемонстрировал клиническую эффективность и высокий профиль безопасности, что позволяет рекомендовать его в дерматологической практике при ксерозе.

ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНЫМ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТОМ ИМИКВИМОД

Ключарева С.В.¹, Ключарев Г.В.², Белова Е.А.¹,
Нечаева О.С.¹, Радченко И.Д.¹, Приб М.И.¹

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

²Поликлиника 112,
Санкт-Петербург

В настоящее время отмечается рост заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, в связи с чем, необходима ранняя диагностика и своевременное использование малотравматичных и безопасных методов лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний.

По данным Руководства по лечению бородавок Британской ассоциации дерматологов 2014 г. «Имиквимод (уровень доказательности 3; сила рекомендации D): является устоявшимся лечением всех видов бородавок. Он стимулирует провоспалительный ответ через индукцию синтеза и высвобождения интерферона (ИФН)- α , фактора некроза опухоли- α и интерлейкина (ИЛ) -12, а также способствует активации естественных киллеров (NK).

Два открытых исследования показали «регресс более 50% различных бородавок у 76 пациентов при лечении имиквимодом, наносимым два раза в день в течение максимум 16 недель, а также излечение после 9,5 недель лечения у 56% из 50 пациентов, из которых у 19 была иммуносупрессия. Применение с окклюзией не повышало эффективности имиквимода». Sterling J, Gibbs S, Hussain S, Mustapa M, Handfield-Jones S. British Association of Dermatologists' Guidelines for the Management of Cutaneous Warts 2014.

Механизмы, участвующие в возникновении Актинического кератоза схожи с ВПЧ, включают воспаление, окислительный стресс, иммуносупрессию, нарушение апоптоза, повышение внутриочагового уровня Т-лимфоцитов и клеток Лангерганса, повышение р53.

Во Франции проведены исследования, где установлено, что «Имиквимод имеет противоопухолевое действие и используется для лечения АК, стимулируя кожный врожденный иммунитет. Он используется в виде 5% крема в 250 мг в пакетиках для разовой обработки 25 см² пораженной поверхности.

МАТЕРИАЛЫ

Схема лечения для АК состоит из одного цикла из трех обработок в неделю в течение 4 недель с оценкой через 4 недели после прекращения лечения.

Цикл может быть повторен позже. В Европе применение 5% крема имиквимода для лечения АК получил разрешение в августе 2012 г.

Эффективность: «При схеме, использующейся во Франции эффективность, составляет 55% после одного или двух циклов, соответственно. Рецидив в течении 1 года после лечения регистрируется в 7,4% в обработанных зонах». Drno B, Amici J, Basset-Seguín N, Cribier B, Claudel J, Richard M. Management of actinic keratosis: a practical report and treatment algorithm from AKTeamTM expert clinicians. 2012.

Следующей нозологией ВПЧ- ассоциированного заболевания является Керактоакантома – это все более часто диагностируемая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, в атипичных случаях – длительно персистирующая, в 20% случаев трансформирующаяся в плоскоклеточный рак. Известно, что основными причинами, способствующими появлению кератоакантомы являются: вирусные инфекции; воздействие радиации; травмы механического типа; снижение иммунитета; мутации гена p53; ультрафиолетовое облучение. Вирусные частицы на ультраструктурном уровне и наличие ДНК вируса папилломы человека 25 типа обнаружены почти в половине случаев солитарной кератоакантомы. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human Papillomaviruses. Lyon. 2009.; Bouvard, V., et al., 2009.

Лечения типичных КА не требуется (ввиду спонтанной инволюции в сроки до 3 мес от начала заболевания), то атипичные КА лечат хирургически, методами лучевой терапии, ароматическими ретиноидами, внутриочаговыми инъекциями интерферона-а, аппликациями имиквимода – Кераворт. Молочков В.А., Молочков А.В., Сухова Т.Е., Хлебникова А.Н., Кунцевич Ж.С., Романко Ю.С., Бочкарева Е.В. Местная терапия кератоакантомы. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012.-N 4.-С.21-25.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения ВПЧ-ассоциированных заболевания кожи местным иммуномодулирующим препаратом.

Методы. Под нашим наблюдением находилось 40 пациентов с различными диагнозами: 14 – с околоногтевыми вульгарными бородавками, 8 – с распространенными подошвенными бородавками, 14 – с актиническим кератозом, 4 – с кератоакантомой. Все пациенты получали наружно крем имихимод 5% ежедневно от 10 дней до 30 дней, вечером однократно, до получения клинического выздоровления. В группе пациентов с бородавками утром назначался местный кератолитик.

Результаты. Во всех группах пациентов получен 100% клинический эффект, терапию переносили хорошо: на 6-10 день развивалась воспалительная реакция на месте нанесения крема 5% имихимода, которая сохранялась до окончания лечения (регресса образования), покраснение, отек, корочки проходили после отмены крема через 10 дней.

Заключение. Лечение с помощью местного иммуномодулирующего препарата 5% крема имихимода позволило полностью удалить все патологические очаги, без появления рецидивов в течение 24 месяцев после лечения.

Высокая эффективность лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний кожи местным иммуномодулирующим препаратом позволяет использовать этот метод в клинической практике дерматологов и косметологов.

МАТЕРИАЛЫ

Необходима ранняя диагностика и своевременное использование малотравматичных и безопасных методов лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ковалёва Л.В., Сергеева И.Г., Колерова А.В., Макеенко О.А.¹

Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет,
г. Новосибирск

Введение. Востребованность косметологических услуг имеет тенденцию к росту, и следовательно, пациенты могут самостоятельно обращаться к косметологу, не учитывая свой атопический анамнез.

Цель. Оценить переносимость косметологических процедур у пациентов с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Методом простой последовательной выборки среди пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к дерматологу, были отобраны 50 женщин в возрасте от 25 до 55 лет, с диагнозом атопический дерматит (АтД). Пациенты были разделены на 3 группы. I группа – 6 пациентов (средний возраст $35,0 \pm 9,6$ лет), с обострениями АтД после 18 лет, находящиеся в ремиссии на момент обращения. II группа – 14 пациентов (средний возраст $35,8 \pm 7,6$) с проявлениями АтД в детском возрасте. III группа – 30 пациентов (средний возраст $38,1 \pm 9,1$) без АтД в анамнезе. В ходе опроса получены данные о проводимых ранее косметологических процедурах: чистка лица, химический пилинг, биоревитализация, контурная пластика лица, радиоволновой лифтинг. Тяжесть АтД оценивали по шкале SCORAD (Scoring atopic dermatitis), оценку удовлетворенности выполненными процедурами – с использованием шкалы GAIS (Global aesthetic improvement scale). Интерпретация баллов по GAIS: оптимальный эстетический результат (3 балла), заметное улучшение внешнего вида по сравнению с исходным (2 балла), улучшение внешнего вида по сравнению с исходным (1 балл), внешний вид близок к исходному (0 баллов), внешний вид хуже исходного (-1 балл), заметное ухудшение внешнего вида по сравнению с исходным (-2 балла), значительное ухудшение внешнего вида по сравнению с исходным (-3 балла).

Результаты. Наиболее часто пациенты выполняли контурную пластику – 18 (36%) человек, реже – химический пилинг – 10 (20%), биоревитализацию и чистку лица – по 9 (18%) пациентов, реже всего выполняли радиоволновой лифтинг – только 4 (8%) женщин из 50.

Среди 6 пациентов I группы только у 1 (женщина 26 лет) отмечено обострение АтД после проведения комбинированного (салициловая, винная, лактобионовая, лимонная кислоты) химического пилинга в области лица. До проведения процедуры у пациентки была ремиссия АтД, через неделю после процедуры началось обострение с локализацией на коже верхних конечностей (SCORAD 8,6). Во 2 и 3 группах пациенток обострений АтД или новых высыпаний на коже не наблюдали.

МАТЕРИАЛЫ

Из 6 пациентов первой группы химический пилинг получали 3 пациентки, контурную пластику 2 пациентки и чистку лица 1 пациент. Результат от проводимых процедур оценивали на 1 – 1 пациент, на 2 – 3 пациента, на 3 – 2 пациента. Оценка врачом составляла, 1 – у 3 пациентов, 3 – у 3 пациентов. Химический пилинг пациенты оценивали на 2 балла, врач – на 2 балла, контурную пластику на 3 и 3 балла соответственно, чистку лица – 3 и 2.

Из 14 пациентов второй группы контурную пластику выполняли 5 пациенток, биоревитализацию 4 пациентки, радиоволновой лифтинг 3 пациентки, химический пилинг и чистку лица делали в единичных случаях. Результат оценивали на – 1 – 1 пациент, на 0 – 4 пациента, на 1 – 2 пациента, на 2 – 3 пациента, на 3 – 4 пациента. Оценка врачом составляла – 1 у 1 пациента, 0 – у 1 пациента, 1 – у 3 пациентов, 2 – у 6 пациентов, 3 – у 3 пациентов.

Контурную пластику пациенты оценивали на 1 балл, врач – на 2 балла, биоревитализацию на 2 и 2, радиоволновой лифтинг на 3 и 3, химический пилинг на 0 и 2 балла, чистку лица на 3 и 2 балла.

Из 30 пациентов третьей группы контурную пластику делали 13 пациенток, чистку лица – 7, химический пилинг – 6, биоревитализацию – 3 и радиоволновой лифтинг – 1. Результат оценивали на 0 – 1 пациент, на 1 – 5 пациентов, на 2 – 5 пациентов, на 3 – 19 пациентов. Оценка врачом составляла – 1 у 1 пациента, 1 балл у 5 пациентов, 2 балла у 9 пациентов, 3 балла у 15 пациентов. Контурную пластику пациенты оценивали на 2 балла, врач – на 3 балла, биоревитализацию на 2 и 2, химический пилинг на 2 и 2 балла, чистку лица на 2 и 2, радиоволновой лифтинг на 1 и 1 балл.

Выводы. У пациенток с АтД в анамнезе обострения АтД встречали только в 1 случае из 20 человек, у пациентки с обострениями АтД после 18 лет. При анализе удовлетворенности пациентов косметологическими процедурами оптимальные результаты пациенты и врач отмечали после контурной пластики.

Наиболее низкие оценки по шкале GAIS пациентами были характерны для пациентов с атопическим дерматитом в возрасте до 18 лет, что, возможно, отражает особенности отношения пациентов к здоровью кожи.

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО

Корнеева Л.С.

Амурская государственная медицинская академия,
г. Благовещенск

Аннотация. Мастоцитоз – группа редко встречающихся заболеваний, обусловленных пролиферацией тучных клеток в различных органах и тканях. В данной статье представлен случай мастоцитоза кожи новорожденного с его дифференциальной диагностикой и тактикой лечения.

МАТЕРИАЛЫ

Общие сведения. Мастоцитоз – гетерогенная группа заболеваний, которые характеризуются чрезмерной пролиферацией и накоплением клональных тучных клеток (ТК) в одном или нескольких органах. Мастоцитоз является редким заболеванием с распространенностью 9 случаев на 100 000 населения, а ежегодная заболеваемость непосредственно кожным мастоцитозом (КМ) – 0,2 на 100 000 населения. КМ встречается преимущественно в детском возрасте и в 75% случаев возникает в возрасте до 2 лет, а в 10% – в возрасте от 2 до 15 лет. В редких случаях встречаются врожденные формы КМ. Патогенез связан с возникновением соматических мутаций в генах, участвующих в регуляции активации ТК IgE-зависимыми (аллергены) и IgE-независимыми механизмами, что ведет к высвобождению медиаторов воспаления и цитокинов, которые развивают клинические проявления. У большинства пациентов наблюдается пигментная крапивница, чаще диффузная розовая или коричневая пятнисто-папулезная кожная сыпь, которая является следствием множественных мелких скоплений ТК. Могут развиваться узловые повреждения и бляшки. Более редкими формами являются диффузный кожный мастоцитоз, который проявляется инфильтрацией кожи ТК без дискретных поражений, и мастоцитомы с крупными единичными скоплениями ТК. Клиника мастоцитоза, включает расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта. Тем не менее, причинами появления подобных симптомов могут быть и многие другие заболевания, такие как карциноидный синдром, липома, гастринома (синдром Золлингера-Эллисона) и хроническая крапивница. У большинства пациентов для подтверждения диагноза требуется проведение биопсии костного мозга и определение уровня триптазы (маркер дегрануляции ТК).

Цель демонстрации: клинический случай пациента С. 2 месяца. Госпитализирован 10.03.23 г. в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ АО АОДКБ с диагнозом: Лактазная недостаточность. Жалобы на обильные распространенные высыпания на коже, склонность к запорам. Из анамнеза заболевания: болен с рождения, когда в родильном зале выявлены на волосистой части головы слева возвышающийся гиперемированный элемент и на коже живота слева единичное подобное пятно. Проведен генетический анализ на лактазную недостаточность – результат положительный. Получает смесь Нутрилон безлактозный. После выписки из роддома высыпания на коже стали быстро распространяться, появились многочисленные пятна, в сочетании с папулами и уртикариями. Сохранились первоначальные бляшки (небольшой рост в динамике). Большинство элементов располагается на спине. После угасания гиперемии остается гиперпигментация. Элементы разной формы, размеров, повсеместно распространены, субъективных ощущений у ребенка не вызывают. Местно рекомендован раствор фукоцина, крем Адвантан, суспензию Циндол, без эффекта. Обратились по месту жительства в областной кожный диспансер. 10.03.23 – осмотрен консилионно врачами стационарного отделения ГБУЗ АО АОКВД: процесс носит распространенный характер, симметричный, пигментированные пятна коричневого цвета, ярко-розового цвета, различной формы и размеров, единичные папулы размерами до 4 мм в диаметре, на некоторых из них везикулы в толще кожи (положительный симптом Унны-Дарье), единичные бляшки (мастоцитомы в области волосистой части головы слева размерами до 2 см в

МАТЕРИАЛЫ

диаметре, по боковой поверхности туловища слева до 1 см темно-розового цвета). Выставлен диагноз: диффузный кожный мастоцитоз (крапивница пигментная). Системность процесса под вопросом. Клиническое улучшение наблюдалось через 3 дня терапии и выразалось в побледнении и уменьшении размеров пятен, исчезновении везикул. 15.03.23 – взят образец крови для определения диагностически значимого повышения уровня триптазы. Получен результат: 12,8 мкг/л (референсные значения до 11,0 мкг/л). 16.03.23 выписан с рекомендациями диспансерного учета у врача аллерголога-иммунолога, педиатра, дерматолога. Контролировать уровень билирубина, щелочную фосфатазу, определить уровень кальция, фосфора, сывороточного железа. На элементы с везикулами точечно наносить крем Адвантан не более 1 раза в сутки. Применение антигистаминных препаратов (Фенистил) показано при обострении атопии, при мастоцитозе показано применение Зиртека (Зодака) с 6 месяцев.

Выводы. Представленный случай отражает актуальность проблемы изучения мастоцитоза как очень редкого, но встречающегося сегодня в практике врача заболевания, диагностика и лечение которого довольно трудны. С целью дифференциальной диагностики с нейрофиброматозом, атопическим дерматитом необходима консультация врача-генетика, аллерголога, гематолога, генетическое типирование. Для исключения системности процесса и определения дальнейшей тактики подготовлена и отправлена выписка в СПбГПМУ.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ

Лазарев В.В., Глиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю.,
Шарапова С.А., Золотарёва А.Ю.

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар

Цель. Проанализировать медико-социальную характеристику лиц больных псориазом, среди взрослого населения Краснодарского края.

Актуальность. На фоне постоянно совершенствующихся методов лечения, диагностики и профилактики болезней кожи хронические дерматозы по-прежнему остаются важной медико-социальной проблемой. Одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний из данной группы дерматозов является псориаз. Частые рецидивы, отсутствие длительной ремиссии, осложнения, рост числа больных с тяжелыми формами псориаза, коморбидность пациентов, снижение приверженности к лечению являются основными причинами непрерывно рецидивирующего течения псориаза, приводящего к инвалидизации и/или снижению трудоспособности и качества жизни среди населения Краснодарского края.

МАТЕРИАЛЫ

Материалы и методы исследования. Медико-социальное исследование проводилось на кафедре Дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ с помощью метода ретроспективного анализа историй болезни пациентов с клиническим диагнозом: псориаз. Исследование носило выборочный характер. Объектом исследования стали медицинские карты 60 стационарных больных с диагнозом псориаз в возрасте от 25 до 69 лет включительно, обратившихся за медицинской помощью в ГБУЗ ККВД в период с 2014 по 2019 год, из которых число женщин составило 39 (64,7%), а мужчин – 21 (35,3%).

Результаты и их обсуждение. Для проведения исследования изучаемая группа пациентов условно была разделена по степени тяжести псориаза на две подгруппы. К первой подгруппе относились пациенты со средней степенью тяжести – 16 человек, что составило 22% от общего числа исследуемых больных. Во второй подгруппе, состоящей из 44 человек (78%), наблюдались пациенты с тяжелой степенью заболевания. У 73% пациентов обследуемой второй подгруппы отмечался псориаз первого типа, связанный с системой HLA-антигенов. При этом дебют заболевания у данных больных приходился на возраст 18-25 лет. В ходе проведения ретроспективного анализа историй болезней пациентов было выявлено, что в развитии дебюта псориаза и/или его обострения важную роль играют медицинские и социальные факторы риска.

Так, например, основными медицинскими факторами риска у пациентов первой подгруппы со средней степенью тяжести заболевания явились: психоэмоциональное напряжение – 14%, частота рецидивов – 4%, коморбидность – 3%, инфекционные заболевания – 4%, механические повреждения – 3%, климатические условия – 6%. Во второй подгруппе больных с тяжелой степенью псориаза медицинские факторы риска составили: психоэмоциональное напряжение – 21%, частота рецидивов – 12%, коморбидность – 13%, инфекционные заболевания – 6%, механические повреждения – 6%, климатические условия – 8%.

Среди социальных факторов, значительно влияющих на развитие и течение псориаза, для пациентов первой подгруппы следует отметить: приверженность к лечению – 11%, профессиональные вредности – 8%, образ жизни – 6%, социально-бытовые условия – 9%. Во второй подгруппе социальные факторы распределились следующим образом: приверженность к лечению – 14%, профессиональные вредности – 17%, образ жизни – 19%, социально-бытовые условия – 16%.

Выводы. На основании проведенного медико-социального исследования можно предположить, что среди пациентов двух исследуемых подгрупп медицинские и социальные факторы риска являются в равной степени значимыми в развитии псориаза. Так, проанализировав данные ретроспективного анализа, можно сделать вывод, что среди основных медицинских факторов риска, негативно влияющих на степень тяжести и течение псориаза для пациентов обеих подгрупп, наиболее существенными являются: наследственная предрасположенность, психоэмоциональное перенапряжение, частые рецидивы заболевания и коморбидность больных. Не менее важную роль в развитии и течении псориаза играют такие социальные факторы, как медицинская осведомленность и социальный статус пациентов (социально-бытовой, социально-экономический и др.).

МАТЕРИАЛЫ

КОМПЛЕКСНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ АКНЕ И ПОСТАКНЕ

Леденцова С.С.

Консультативно-диагностический центр
Педиатрического университета,
Санкт-Петербург

Актуальность. Акне (акне вульгарные) остаются одним из самых частых поводов для обращения пациентов к врачу дерматологу, являясь причиной как физических, так и психоэмоциональных страданий пациентов. Изотретиноин – высокоэффективное лекарственное средство, позволяющее достигать значимого эстетического эффекта от лечения, однако после окончания курса терапии, пациенты часто предъявляют жалобы на остающийся дискомфорт от сохраняющихся явлений постакне.

Цель исследования. Оптимизация и повышение эффективности терапии пациентов со средней и тяжелой степенью акне с использованием изотретиноина и многокомпонентного геля с содержанием босвеллиевой кислоты и цепалина.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 32 пациента (11 мужчин и 21 женщина) в возрастном диапазоне от 18 до 45 лет, медиана возраста 21,5 (19,0-27,3), со средним и тяжелым течением акне. Все пациенты получали изотретиноин в стандартных дозировках внутрь 0,5-0,8 мг/кг, титрование суточной дозы осуществляли ежемесячно в зависимости от динамики клинических проявлений, переносимости препарата и побочных эффектов, продолжительность курса, определяемая набором кумулятивной дозы и регрессом клинических проявлений, варьировала от 8 до 12 месяцев. Все пациенты получали увлажняющие средства по уходу за кожей в виде эмолиентов и фотопротекцию. Критерии включения пациентов для участия в исследовании: возраст от 18 лет и старше; наличие акне средней или тяжелой степени тяжести; подписание информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения пациентов из исследования: острые формы и обострение сопутствующих хронических заболеваний; беременность, лактация; сведения о непереносимости хотя бы одного из компонентов предполагаемой терапии; использование косметических процедур в течение срока наблюдения; прием гормональных контрацептивов с антиандрогенами – дроспиренон, ципротерона ацетат (для женщин); прием анаболических стероидов в течение всего срока наблюдения (для мужчин). Каждый пациент заполнял индивидуальную анкету, подвергался общему осмотру, фотофиксации, дерматоскопии в стандартных условиях на установке FotoFinder aesthetics (программно-аппаратный комплекс для фотодокументации и диагностики в эстетической медицине). Всем пациентам были проведены общеклинические тесты (клинический и биохимический анализы крови) перед началом применения

МАТЕРИАЛЫ

изотретиноина и каждый месяц в течение терапии. Все исследуемые были тестированы до и после лечения по шкалам: ДИА (дерматологический индекс акне) – для оценки тяжести акне; SCAR-S (Acne Scar Severity Score) – для оценки тяжести рубцов постакне, APSEA (Assessment of the Psychological and Social Effects of Acne) – для оценки психологического и социального эффекта воздействия акне. Для изучения влияния многокомпонентного геля с содержанием босвеллиевой кислоты и цепалина на динамику постакне пациенты с атрофическими рубцами были распределены в 2 группы:

1 группа – 17 пациентов (изотретиноин внутрь и увлажняющие средства ухода за кожей наружно + со 2-го месяца терапии дополнительно применение наружно многокомпонентного геля 2 раза в день на протяжении 6 месяцев);

2 группа – 15 пациентов (изотретиноин внутрь и увлажняющие средства ухода за кожей наружно).

Результаты и обсуждение. На начало исследования пациенты в группе 1 и группе 2 при прохождении входящего тестирования по шкалам ДИА, APSEA и SCAR-S были сопоставимы по всем показателям:

- ДИА: 1 группа 9,0 (8,0-11,5) баллов, 2 группа 9,0 (7,0-11,0) баллов ($p=0,769$);

- APSEA: 1 группа 112,0 (92,5-122,0) баллов, 2 группа 106,0 (95,0-116,0) баллов ($p=0,956$);

- SCAR-S: 1 группа 9,0 (7,0-11,5) баллов, 2 группа 9,0 (7,0-11,0) баллов ($p=0,964$), рубцы от угревой сыпи наблюдались на лице у 83%, спине у 56% и груди у 32%. Тяжесть угревой сыпи коррелировала со шрамами ($p<0,001$) на лице ($r=0,578$), спине ($r=0,702$) и груди ($r=0,522$).

После проведения терапии пациенты обеих групп к окончанию курса терапии изотретиноином отмечали значимое улучшение состояния кожи, с уменьшение выраженности воспалительных элементов и явлений постакне (рубцевания), на фоне снижения влияния акне на их психоэмоциональное состояние, однако более выраженными эти процессы были в группе 1, с применением многокомпонентного геля с содержанием босвеллиевой кислоты и цепалина:

- ДИА: 1 группа 2,0 (2,0-3,0) баллов, 2 группа 4,0 (2,0-5,0) баллов ($p=0,027$);

- APSEA: 1 группа 46,0 (39,0-60,0) баллов, 2 группа 62,0 (56,0-71,0) баллов ($p=0,034$);

- SCAR-S: 1 группа 1,0 (1,0-2,0) баллов, 2 группа 2,0 (2,0-3,0) баллов ($p=0,072$).

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что дополнение стандартной схемы лечения акне средней и тяжелой степени тяжести системным изотретиноином, применением многокомпонентного геля с содержанием босвеллиевой кислоты и цепалина, усиливает эффективность такого лечения в отношении уменьшения выраженности воспаления и явлений постакне с улучшением психоэмоционального статуса данных пациентов.

МАТЕРИАЛЫ

К РЕЗУЛЬТАТАМ ИЗУЧЕНИЯ
ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ
АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Сабилов У.Ю.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан,
г. Ташкент, Узбекистан

В возникновении различных патологических состояний определенную роль играет эндогенная интоксикация организма. Практически все тяжелые заболевания сопровождаются эндогенной интоксикацией, и во многих случаях она определяет исход течения заболевания. В этой связи понятен интерес клиницистов к надежной и объективной оценке состояния пациента [Кишкун А.А., Кудина А.С., с соавт. 1990; Рахматов А.Б., Абдурашидов А.А. с соавт. 2000].

В этой связи изучение состояния эндогенной интоксикации при акантолитической пузырчатке позволит установить роль данного синдрома в патогенезе, течении и прогнозе дерматоза, и с этих позиций даст возможность разработать адекватный метод лечения.

Цель исследования. Оценка состояния эндогенной интоксикации с учетом исследования сорбционной способности эритроцитов и уровня пептидов средних молекул, оксида азота у больных акантолитической пузырчаткой и выявить ее роль в течение дерматоза.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 86 больных с акантолитической пузырчаткой в возрасте от 18 до 71 лет. По полу лица мужского пола составили – 52 (60,5%) и женского пола – 34 (39,5%). У всех больных проводились клинические, цитологические, биохимические, иммунологические и статистические исследования.

Результаты исследования. Среди 86 больных АП вульгарная форма была диагностирована у 80 (91,9%), себорейная форма – у 5 (5,7%) и вегетирующая форма – у 1 пациента (1,2%) соответственно. По давности заболевания до 1 года составили – 18 (20,9%) больных, 1-5 лет – 31 (36,04%) и более 5 лет – 37 больных, что составило 43,02% случаев.

Результаты исследования, показали, что у больных общей группы с акантолитической пузырчаткой в сыворотке крови сорбционная способность эритроцитов в среднем составила $46,9 \pm 0,5\%$ против $29,08 \pm 0,88\%$ в норме, что показывает о достоверном увеличении данного показателя по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,001$).

У больных данной группы в сыворотке крови уровень среднемолекулярных пептидов также статистически достоверно увеличился ($0,4 \pm 0,005$ ЕЭ, $p < 0,001$) по отношению к значениям группы контроля ($0,2 \pm 0,005$ ЕЭ).

МАТЕРИАЛЫ

Биохимические исследования оксида азота в сыворотке крови у больных АП показали повышения уровня – NOx в 2,1 раза по сравнению с показателями здоровых лиц, что составило в среднем $20,4 \pm 0,64$ мкмоль/л (против $9,5 \pm 0,31$ мкмоль/л – у здоровых) ($P < 0,05$).

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали, что у больных АП развивается эндогенная интоксикация организма, выражающаяся повышением показателей сорбционной способности эритроцитов и уровня пептидов средних молекул и оксида азота. Причем, повышение содержания в сыворотке крови эндогенных токсинов, в частности пептидов средней молекулы и оксида азота определяет тяжесть клинического течения больных АП.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С КСЕРОЗОМ И МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ ФИЛАГГРИНА

Макеенко О.А.^{1,2}, Ерёмина А.А.², Сергеева И.Г.²

¹Медицинский центр Аванта Мед,

²Новосибирский государственный университет,
г. Новосибирск

Введение. Ксероз кожи как результат нарушения функции эпидермиса, связан с изменениями в роговом слое кожи, который играет важную роль в формировании надежного кожного барьера. Наиболее распространенными молекулярными механизмами, которые связаны с нарушением барьерной функции, являются мутации в гене филаггрина, которые приводят к различной степени нарушениям кератинизации.

Цель. Оценить нозологический спектр дерматозов у пациентов с сухой кожей, обратившихся на прием к дерматологу в зависимости от наличия или отсутствия мутации в гене филаггрина 2282del4.

Материалы и методы. В исследовании набрано 333 пациента с дерматозами и ксерозом в возрасте с 2,5 мес. до 91 года (121 мужчин и 212 женщин, возраст 21 [6; 33] лет). Протокол обследования включал анкетирование, полный осмотр кожных покровов, фотодокументирование очагов поражения, оценку клинических индексов (SCORAD, PASI, сухость кожи по Клигману), определение наличия мутации в гене филаггрина (FLG). Пациенты были разделены на три группы. Первая группа - 270 человек без мутации в гене филаггрина, вторая – 6 пациентов гомозигот по мутации 2282del4 в гене филаггрина, третья – 53 пациента гетерозиготы по мутации в 2282del4 гене филаггрина.

Результаты. Атопический дерматит был выявлен в 68,5% случаев у детей от 0 до 17 лет ($n=146$) и в 36, 3% у взрослых от 18 лет и старше ($n=146$), вульгарный ихтиоз – у детей в 7,5%, у взрослых в 8,2% случаев, псориаз – у детей в 4,1%, у взрослых в 16,4% случаев, себорейный кератоз – у детей 0%, у взрослых в 5,5% случаев.

МАТЕРИАЛЫ

Атопический дерматит достоверно чаще встречали у пациентов гетерозигот по мутации в гене филаггрина (64,2%), чем у пациентов без мутации (42,6%) ($p < 0,05$). Вульгарный ихтиоз достоверно чаще встречали у пациентов с мутацией в гене филаггрина (гомозиготы 50%, гетерозиготы 24,5%), чем у пациентов без мутации (2,6%) ($p < 0,05$). Псориаз встречали в 5,7% случаев с гетерозиготной мутацией, в 10% случаев без мутации. Среди 59 (17,7%) пациентов с мутацией в гене филаггрина 17 человек были в возрасте старше 30 лет, из них у 2 были признаки раннего развития себорейного кератоза (30 и 35 лет). У пациентов без мутации подобную клиническую картину встречали у 4 пациентов из 85 человек в возрасте старше 30 лет, что составило 11,8% пациентов с мутацией в гене филаггрина по сравнению с 4,7% пациентов без мутации в гене филаггрина.

Вывод. Ксероз – значимый прогностический фактор для атопического дерматита, ихтиоза, псориаза, себорейного кератоза и других дерматозов. Это подчеркивает важность раннего выявления ксероза кожи для снижения риска появления кожных заболеваний и их хронизации.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИННОВАЦИОННОГО ТОПИЧЕСКОГО СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Медведева Т.В., Савицкая Т.И.

НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина
Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность проблемы. Себорейный дерматит (далее – СД) относится к числу часто встречающихся хронических дерматозов: им страдает от 2 до 5% населения. Считается, что легкая форма себорейного дерматита волосистой части головы (перхоть) может встречаться у 15-20% населения, но не всегда пациенты обращаются за медицинской помощью. СД характеризуется определенной локализацией процесса (волосистая часть головы, лицо, спина, грудь). Основным звеном патогенеза СД является гиперпродукция сальными железами кожного сала измененного химического состава. Хорошо изучена связь СД с различными инфекционными агентами: так, отмечено значительное увеличение выделения с кожи пациентов с СД дрожжеподобных грибов рода *Malassezia*. Косвенным свидетельством значимости этих грибов в патогенезе СД является эффективность антифунгальных средств в лечении данной нозологической формы. Отдавая дань уважения выдающимся дерматологам прошлого, необходимо упомянуть о существовании микробной теории Unna-Sabouraud, которая в дальнейшем была существенно пересмотрена.

МАТЕРИАЛЫ

Терапия СД должна носить индивидуальный характер. В ряде случаев требуется комбинированный подход (сочетание средств системного действия и топических препаратов). Так как во многих случаях течение СД является легким и ограничивается поражением только волосистой части головы, возможно применение средств исключительно местного действия. В качестве наружных препаратов при СД могут применяться кремы, лосьоны и шампуни. Последние являются наиболее привлекательными, так как относятся к числу средств «короткого контакта» и удобны для использования. Длительное время в качестве лечебных шампуней при СД использовались средства, содержащие традиционные компоненты – серу и деготь, а также антимикотический препарат, который применяется в мире около 60 лет (в России – около 30 лет) – кетоконазол.

Для получения более эффективных результатов лечения следует воздействовать на все звенья патогенеза и отдавать предпочтение многокомпонентным препаратам. На российском рынке появилось инновационная система для лечения СД «Себолепт», обладающая, помимо противогрибкового действия, еще и противозудным эффектом, что позволяет не только элиминировать этиологический агент, но и снять зуд кожи головы.

Цель исследования. Изучить эффективность нового топического средства – шампуня «Себолепт» для лечения СД. Шампунь «Себолепт» относится к инновационным многокомпонентным средствам для местного лечения СД, в составе которого содержатся антифунгальные препараты – климбазол и пироктона оламин, мочевины, Д-пантенол, а также полидоканол – местный анестетик, воздействующий на зуд кожи головы. Помимо лечебного шампуня в группу «Себолепт» входит бальзам-ополаскиватель и шампунь, который подходит для ежедневного использования.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 7 пациентов с СД волосистой части головы, у 6 из них течение заболевания расценивалось как легкое, у 1 – средней тяжести. Среди наблюдаемых – 4 мужчины и 3 женщины в возрасте от 15 до 34 лет. В прошлом все неоднократно применяли шампуни, содержащие кетоконазол, которые, со слов пациентов, при длительном применении снижали свою эффективность. «Себолепт» использовался 2 (реже – 3) раза в неделю, во всех случаях – в качестве монотерапии. Продолжительность наблюдения составила 1 месяц.

При определении результативности применения шампуня «Себолепт» для терапии СД мы использовали оценочную шкалу: эффективность средства оценивалась в диапазоне от 1 до 5 баллов (5 баллов – наилучшая оценка). Препарат оценивался с учетом следующих характеристик: а) уменьшение или исчезновение чешуек перхоти; б) сокращение применения в течение недели (оптимум – 2 раза в неделю); в) более привлекательный вид волос (отсутствие «сальности»); г) уменьшение зуда волосистой части головы; д) отсутствие аллергической реакции.

Результаты и обсуждение. При оценке эффективности лечебного шампуня «Себолепт» было получено, что 5 пациентов из 7 оценили результат как «отличный» (5 баллов из 5), в двух случаях результат был «хороший» (4 балла из 5 возможных). У всех пациентов было отмечено исчезновение зуда волосистой части головы, «сальности». Количество перхоти сократилось у 6 пациентов, но полностью перхоть не исчезла только у одного пациента. Данному пациенту рекомендовано

МАТЕРИАЛЫ

продолжить применение шампуня. Случаев аллергических реакций у пациентов во время использования шампуня «Себолепт» зарегистрировано не было.

Выводы. Таким образом, шампунь «Себолепт» полностью отвечает требованиям, предъявляемым к оптимальному топическому средству для лечения СД с поражением волосистой части головы: уменьшение или полное устранение частиц перхоти; воздействие на избыточное выделение кожного сала; уменьшение или исчезновение зуда кожи головы; нормализация микробиоты волосистой части головы.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Е НА БАРЬЕРНЫЕ ФУНКЦИИ КОЖИ

Миненок В.А.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск

Цель. Рассмотреть роль витамина Е (токоферола ацетата) в коррекции нарушений барьерной функции кожи.

Материалы и методы. Нами проанализированы доступные литературные источники отечественных и зарубежных авторов на тему влияния витамина Е на барьерную функцию кожи.

В ходе работы нами были использованы следующие методы: анализ, обобщение, синтез.

Результаты. Основная функция витамина Е (токоферола ацетата) заключается в стабилизации клеточных мембран, защите их от повреждения кислородными радикалами. Углеводородный радикал токоферола взаимодействует с ненасыщенными жирными кислотами фосфолипидов, тем самым предотвращая взаимодействие кислорода с липидами мембран, что ведет к блокированию образования гидрофобных соединений, которые способны запускать апоптоз клеток.

Кроме того, антиоксидантные свойства витамина Е объясняются тем, что токоферол имеет свободную гидроксильную группу, которая способна связывать свободные радикалы.

Витамин Е обладает также фотопротективным действием. В ряде исследований было установлено, что применение токоферола ацетата перед ультрафиолетовым излучением ассоциировано со снижением острых ответов кожи (эритемы, отека, перекисного окисления липидов и т.д.). В литературе описаны данные о том, что местное применение витамина Е снижает долю возникновения опухолевых заболеваний кожи из-за продолжительного действия ультрафиолетового излучения.

Витамин Е обладает также и иммунологическими свойствами, которые связаны с его антиоксидантным действием. Так, стабилизируя клеточные мембраны, токофел ацетат препятствует повреждению клеток, что приводит к отсутствию выделения таких провоспалительных цитокинов, как IL-1, IL-6, IL-8, TNF, а это, в свою очередь, ведет к блокированию неспецифического воспаления тканей.

МАТЕРИАЛЫ

Выводы. Таким образом, токоферол ацетат (витамин Е) способен укреплять барьерную функцию кожи. Целесообразно применение витамина Е для коррекции нарушений кожного барьера.

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ – ФАКТОР РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТРИХОФИТИЙ

Миродилова Ф.Б.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ТМА,
г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Йоддефицитное состояние является дополнительным фактором, отрицательно влияющим на состояние здоровья населения. Увеличение числа больных СГ подчеркивает его медицинское и социальное значение и требует дальнейшего изучения влияния дефицита гормонов щитовидной железы на состояние организма и обменные процессы.

Подчеркивается, что в настоящее время нет единого мнения о влиянии гормонов ЩЖ на интенсивность ПОЛ, образование АФК. Важно отметить, что продукты ПОЛ являются высокотоксичными и в избытке приводят к снижению барьерной функции биомембран. Продукты ПОЛ вызывают распад лизосом с выходом лизосомальных ферментов в клетку вследствие повышения их проницаемости для органических веществ и различных ионов. Это способствует разрушению клеточной оболочки митохондрий, микросом, торможению клеточного деления и развитию ускоренного апоптоза. Продукты ПОЛ подавляют активность ферментов, расщепляют аминокислоты, витамины, разобщают окислительное фосфорилирование, тормозят цикл Кребса (85,86), снижают процесс образования белка и богатых энергией соединений АТФ и АДФ. В щитовидной железе образование перекиси водорода является неотъемлемой частью активации йода, что необходимо для синтеза тиреоидных гормонов. ЩЖ единственная ткань, способная окислять ионы йода (I⁻) до состояния с более высокой валентностью, что необходимо для органификации I⁻ и биосинтеза гормона. Тиреоидные гормоны относятся к группе антиоксидантов. Есть данные, что тиреоидные гормоны способны изменять уровень и активность антиоксидантов и прооксидантов, степень насыщенности жирных кислот, основных субстратов СРО и АФК. Дефицит тиреоидных гормонов при гипотиреозе может служить одним из факторов инициации неконтролируемых процессов СРО, что отягощает течение данной патологии. На фоне СГ значительно изменяется уровень в крови общего холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности, триглицеридов, Апо-липопротеидов 1 и 2, липопротеина, меняется активность липопротеидлипазы и липазы печени. Вышеизложенное свидетельствует, что наряду с назначением препаратов заместительной терапии необходимо в комплексное лечение больным СГ назначать антиоксиданты. Учитывая важность СГ в развитии неблагоприятного прогноза, в последнее время дискуссионным остается вопрос целесообразности назначения заместительной тера-

МАТЕРИАЛЫ

пии (ЗГТ). Принципы ЗГТ гипотиреоза достаточно хорошо изучены достаточно емко их суммируют международные рекомендации по лабораторной диагностике заболеваний ЩЖ. Предпочтительны препараты L-тироксина (L-T4) несмотря на отсутствие у пациентов клинических симптомов заболевания ЩЖ. При этом особое значение имеет подтверждение при повторном анализе высокого уровня ТТГ через 3-6 мес.

Большое значение в алгоритме диагностики СГ имеет отсутствие у больных антител к ЩЖ, в первую очередь – антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО). Обнаружение АТ-ТПО у больных с СГ служит основанием для назначения L-тироксина. Это обосновывается тем, что основной причиной СМГ является аутоиммунный тиреоидит. Тем не менее, АТ-ТПО закономерно встречается при безболевого «молчащем» тиреоидите и у значительного числа здоровых людей. В связи с этим определение в динамике наблюдения ТТГ и Т4 является важным дифференциально-диагностическим критерием СГ. Принципы лечения СГ те же, что и манифестного гипотиреоза. Считают, что при нормальном значении Т4 и некотором подъеме ТТГ (обычно 0,4-4 мМЕ/л) и даже в пределах 0,5-1,5 мМЕ/л L-тироксин можно назначать в дозе 125 мкг/сут, т.е. на 25 мкг меньше или больше. O.Reilly D считает, что при наличии ТТГ в пределах 1,5 мМЕ/л дозу препарата необходимо назначать от 25 до 75 мкг/сут, но под постоянным ежегодным (6мес) контролем R.Vunevicius и соавт [195] подчеркивают, что при установлении нормального уровня Т3 и Т4 на фоне некоторого повышения ТТГ (до уровня пределов верхней границы нормы 1,5-1,55) дозу L-тироксина следует сохранять до 100-125 мкг/сут, особенно когда отмечается сопутствующая патология – иммунодефицитное состояние.

По мнению M.Vandernump, W. Thbridge, при инфекциях наличие СГ может быть определяющим фактором усугубления тяжести клинического течения основного заболевания. СГ увеличивает риск развития тяжелых осложнений, неадекватной реакции организма на обычные дозы антибактериальной терапии. В связи с этим авторы подчеркивают, что при установлении СГ включение в комплекс лечения L-тироксина способствует оптимизации лечения, сокращению сроков клинического выздоровления, повышению иммунологической активности. В.В.Фадеев и С.В.Лесникова считают, что назначение L-тироксина в дозе 100-125 мг/сут у женщин с СГ повышает иммунитет, что является важным фактором предупреждения развития при беременности плацентарной недостаточности. R.Arem, D.Escalante, а также Surcs M.I., Osampo E. считают, что при иммунодефицитных заболеваниях причину следует искать в нарушении функции щитовидной железы.

Вывод. СГ является распространенным заболеванием. Нарушение баланса гормонов ЩЖ в организме больных с СГ может быть причиной функционально-метаболических расстройств и снижения ответа иммунной системы, которые служат основой усугубления тяжести клинического течения, хронизации патологических процессов, развития осложнений и снижения качества терапии. Вследствие возрастания аутоиммунных процессов у больных с СГ с сопутствующей патологией увеличивается риск аллергических реакций, токсических и побочных эффектов даже на обычную дозу лекарственных препаратов. Все вышесказанное логически обосновывает необходимость назначения пациентам с СГ и сочетанной патологией дополнительного включения в комплекс лечения препаратов йода. Отсутствие данных о влиянии тиреоидных гормонов на течение трихофитии в сочетании с СГ обуславливает необходимость изучения этих аспектов.

МАТЕРИАЛЫ

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДЕРМАЛЬНЫХ ВАСКУЛИТАХ

Мишин С.А., Грабовская О.В.

Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова,
Москва

Актуальность. Дермальные васкулиты – группа дерматозов, в клинической и патоморфологической симптоматике которых первоначальным и ведущим звеном является неспецифическое воспаление стенок дермальных кровеносных сосудов разного калибра. Диагностика прежде всего основывается на клинической картине и подтверждается лабораторными исследованиями, однако все больший интерес приобретает изучение генетических маркеров тромбофилий, изменений фолатного цикла, влияющих на систему гемокоагуляции, являющейся важным компонентом патогенеза дермальных васкулитов.

Цель. Выявить варианты генетических маркеров нарушений в системе свертывания крови у пациентов с различными формами дермальных васкулитов.

Материалы и методы. С помощью баз данных Google Scholar, Cyberleninka, eLibrary, Sigla, PubMed был осуществлен поиск работ по полиморфизму генов системы свертывания при дермальных васкулитах.

Результаты. По данным литературы известно, что внедрение генетических и иммунологических методов диагностики в гемостазиологию в последней четверти XX века позволило открыть наследственные формы тромбофилий и их молекулярные маркеры. При исследовании генетических мутаций, влияющих на каскад гемокоагуляции, наиболее частыми находками являлись – V фактор свертывания крови (Лейденовская мутация), мутация генов протромбина (II), что может оказывать влияние как на течение, так и на прогноз кожных форм васкулитов. Также стоит отметить, что мутации генов метилентетрогидрофолатредуктазы (MTHFR) и редуктазы метионинсинтазы (MTRR) выявляются при различных формах дермальных васкулитов и васкулопатиях. Однако результаты данных исследований неоднозначны. В некоторых источниках литературы сообщается, что у пациентов с язвенно-некротической формой васкулита выявлялись мутации генов фактора коагуляции XIII(фибриназы) (F13A1), тромбоцитарного гликопротеина IIIa (ITGB3) и ингибитора активатора плазминогена (PAI-1), что может приводить к развитию гипокоагуляции, тромбозам в гомозиготной форме и снижению фибринолитической активности. Однако необходимо проводить исследования на более крупных выборках пациентов и в больших группах нозологических формах васкулитов.

Выводы. Проведение генетических тестов на мутации системы свертывания крови большему количеству пациентов с кожными формами васкулитов поможет выявить различные генетические мутации, которые могут быть полезны для выявления взаимосвязи между наличием полиморфизма генов и мутациями в системе свертывания крови, что, в свою очередь, может быть одним из возможных компонентов

МАТЕРИАЛЫ

патогенеза различных форм дермальных васкулитов. Вместе с тем эти данные могут быть использованы для выявления возможной корреляционной связи между формой мутации генов свертывающей системы крови и формой дермального васкулита.

ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕЙ И МИКРОЭЛЕМЕНТЫ

Муниева С.Х., Таджибаев У.А., Гулзода М.Н.

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения,
г. Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Красивые волосы, крепкие ногти, отличное самочувствие и многое другое зависит от баланса макро- и микроэлементов в нашем организме. Сам организм химические вещества не синтезирует, а берет из воздуха, пищи, воды. Проблема поражения ногтей остается важной до настоящего времени. Изменение формы и цвета ногтевых пластин может быть вызвано действием различных экзогенных и эндогенных факторов при многих дерматологических и соматических заболеваниях и играют важную роль в постановке диагноза. Кроме этого, изменение внешнего вида ногтей вызывают у пациентов психологические, эстетические проблемы и ухудшают качество жизни этих пациентов.

Спектральный анализ волос или ногтей – исследование, позволяющее определить содержание микроэлементов в организме человека. Микроэлементы являются важнейшими катализаторами различных биохимических процессов и обмена веществ.

Причины недостатка веществ и накопления токсинов – неблагоприятная экология в городах, всевозможные стрессы и даже увлечение диетами, особенно вредны «монодиеты». Также в списке провоцирующих факторов находятся: хронические заболевания ЖКТ; истощение организма после беременности и родов; курение, алкоголь.

Нарушения минерального обмена вызывают множество неприятных последствий, переходя в серьезные заболевания. Многие симптомы не воспринимаются всерьез. Хроническую усталость и сонливость называют ленью. От выпадения волос покупают шампуни. С бессонницей борются снотворными препаратами, пытаются поднять травами пониженный иммунитет.

Неправильное лечение только усугубляет положение.

Цель исследования. Провести спектральный анализ пациентов с различными изменениями ногтевых пластинок.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 23 пациента (м – 7, ж – 16) с различными изменениями ногтевых пластинок, обратившихся за помощью на кафедру дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОСЗ РТ за период 2022 года. Возраст пациентов варьировал от 5 до 50 лет. В возрасте 5-10 лет было 6 пациентов (м – 2, ж – 4), от 11 до 20 лет – 3 больных (ж – 3), 21-30 лет – 4 (м – 1, ж – 3), 31-40 лет – 4 больных (м – 2, ж – 2), 41-50 лет – 6 (м – 2, ж – 4).

Спектральный анализ волос или ногтей, или сыворотки крови – процедура безболезненная. Вымытые волосы, очищенные от укладочных средств, срезают у

МАТЕРИАЛЫ

самого корня, в зоне затылка. Если на голове волос нет, можно взять их с другой части тела. Спектральный анализ ногтей проводится, если волос на голове и теле нет: срез 1-1,5 мм, ногти не должны быть покрыты лаком. Сделать анализ сыворотки крови можно по предварительной записи, утром натощак, в клинике.

Результаты исследования. Всем пациентам были проведены лабораторные исследования крови, мочи, копрологии, микробиологический анализ на микозы, биохимический анализ крови и спектральный анализ крови. Пациенты, у которых были выявлены грибковое поражение ногтей пластинок получили комплексное лечение микотической инфекции.

Ониходистрофия в виде утолщения ногтевой пластинки, поперечная исчерченность, вдавление ногтя внутрь была выявлена у 8 обратившихся. У 5 пациентов отмечался онихогрифоз и утолщение ногтевой пластинки. Онихолизис наблюдали у 6 больных. У 4 пациентов отмечалось изменения цвета и структуры ногтя, обломанность свободного края.

У 5 обратившихся отмечалось поражение только ногтей на ногах, у 8 – на руках. 10 больных отмечали изменения как на руках, так и на ногах. Продолжительность заболевания колебалась от 3 до 7 лет.

Микотическая инфекция выявлена у 7 больных. Спектральный анализ крови выявил недостаточность витамина Д у 19 пациентов, сниженный уровень кальция у 11, нехватка цинка у 13, нехватка меди у 8 больных.

После всех проведенных исследований всем пациентам было назначено комплексное лечение с учетом спектрального анализа. Необходимо учитывать длительность лечения, так как ногтевые пластинки растут медленно, особенно на ногах.

Таким образом, при изменениях на ногтевых пластинках следует, кроме общих анализов провести спектральный анализ, который позволит откорректировать лечение данной категории больных.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ МИКОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН В Г. ДУШАНБЕ

Муниева С.Х.¹, Самадзода У.С.¹, Мухитдинова Д.Н.², Бабаева М.О.²

¹Институт последипломного образования в сфере здравоохранения,

²Лазерная клиника,

г. Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Микотическое поражение кожи является одной из наиболее частых проблем дерматологии. Эта проблема остается актуальной в течение многих лет. По данным ВОЗ, грибковыми заболеваниями кожи и ее придатков страдают примерно 25% населения планеты.

Цель исследования. Определить частоту выявления микотической инфекции при половом пути передачи у женщин.

МАТЕРИАЛЫ

Материалы и методы. Нами было обследовано 64 пациента (мужчин – 41, женщин – 23) с трихомикозами в области половых органов. Больные были в возрасте от 16 лет и старше. Всем пациентам были проведены микотическое исследование и обследование на инфекции, передающиеся половым путем.

Результаты исследования. По данным обращаемости в кожно-венерологические учреждения г. Душанбе Республики Таджикистан за последние пять лет выявилось, что поражение лобковой и паховой области микотической инфекцией наблюдалось у 64 пациентов (40 пациентов страдали зооантропонозной трихофитией кожи лобка и/или половых органов, 24 – микроспорией). Из 64 обследованных пациентов 41 составили лица мужского пола, 23 – женского, причем мужчины трихофитией и микроспорией лобковой области болели чаще женщин во всех возрастных группах. Больных в возрасте 16-20 лет было 7 (10,9%) человек, 21-25 лет – 17 (26,6%), 26-30 лет – 24 (37,5%), 31-35 лет – 12 (18,7%), старше 35 лет – 4 (6,2%). Основной контингент пациентов (41 человек – 64%) были в возрасте 21-30 лет – периоде наибольшей трудовой и сексуальной активности. Средний возраст больных составил 28,2±1,7 лет. Жителями города было 31 (48,4%) пациентов были жителями города, 33 (51,6%) – села.

Длительность заболеваний колебалась от 2 недель до 5 месяцев: до 2-х недель болели 10 (15,6%) пациентов, от 2 недель до 1 месяца – 18 (28,1%), от 1 до 3 месяцев – 22 (34,4%), более 3 месяцев – 12 (12,6%). В среднем продолжительность болезней составила 6,9±0,2 недели.

Социальный статус обследованных пациентов показал, что 43,8% больных (28 человек) составляют домохозяйки и временно не работающие. Обращает внимание заболеваемость дерматофитиями лобковой области работниц коммерческого секса.

Среди 64 находившихся под нашим наблюдением больных трихомикозами гладкой кожи 49 (76,5%) указали на половой путь заражения, в связи с чем решено было обследовать этих пациентов на наличие у них инфекций, передающихся половым путем. Нас интересовали женщины (23-35,9%). Различные бактериальные, вирусные или микотические ИППП выявлены у 15 (42%) женщин. Одна ИППП была обнаружена у 35,9% больных, две – у 13,2%; три – у 8,5%.

Таким образом, из 23 обследованных женщин с микозами паховой области ИППП обнаружены у 42% (n=15). Это свидетельствует о том, что при выявлении зооантропонозных трихомикозов паховой области необходимо обследование на различные ИППП.

АНАЛИЗ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ

Нечукин Г.Р., Айтоян Л.Л., Воробьев А.С.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Введение. В современном обществе качество жизни студентов является одним из ключевых факторов, определяющих успешность образовательного про-

МАТЕРИАЛЫ

цесса и благополучие молодежи. Однако в условиях повышенной учебной нагрузки, стресса и нерегулярного режима дня, студенты сталкиваются с множеством вызовов, включая учебные, социальные и здоровьесберегающие аспекты, а также кожные заболевания. Дерматологические проблемы, такие как акне, атопический дерматит, псориаз и другие, могут вызывать значительный физический и эмоциональный дискомфорт, а также негативно сказываться на социальных контактах и самооценке студентов.

Исследование дерматологического индекса качества жизни у студентов является актуальным, так как позволяет оценить влияние кожных заболеваний на общее состояние здоровья и благополучие молодых людей. Результаты такого исследования могут способствовать разработке новых подходов к профилактике дерматологических проблем среди студенческой молодежи, а также повышению качества медицинской помощи и поддержки студентов с кожными заболеваниями.

Таким образом, изучение дерматологического индекса качества жизни у студентов представляет собой важный шаг в направлении улучшения здоровья и благополучия молодого поколения, что в свою очередь способствует успешному обучению и развитию молодых специалистов.

Цель исследования. Изучение влияния различных дерматологических заболеваний, а также нахождение в стадии ремиссии и рецидива, на качество жизни пациентов на основе анализа дерматологического индекса качества жизни.

Материалы и методы. Исследование включало анонимное тестирование 144 студента с помощью опросника «Дерматологический индекс качества жизни», Индекс вычислялся путем суммирования баллов: значения «очень сильно» – 3 балла, «сильно» – 2 балла, «слабо» – 1 балл, «не было» – 0 баллов. Минимальное значение индекса равно 0, максимальное – 30 баллам. Интерпретация DLQI: 0-1 балл – заболевание не оказывает влияния на качество жизни пациента, 2-5 балла – оказывает незначительное влияние, 6-10 – умеренное влияние, 11-20 – сильное влияние, 21-30 очень сильное влияние.

Результаты и обсуждение. В группу исследуемых вошли 144 студента, из них 33 мужчины (77,1%) и 111 женщины (22,9%) в возрасте от 17 до 28 лет, средний возраст составил 21 год (мужчины – 20 лет, женщины – 21 год). При этом, 50 (24,7%) студентов подтвердили, что у них диагностировано заболевание дерматологического профиля, у 30 (60%) заболевание в состоянии ремиссии, а 20 человек (40%) в состоянии рецидива. Среди ведущих нозологических единиц были: акне (n=27, 54%), атопический дерматит (n=8, 16%), себорейный дерматит (n=4, 8%), экзема (n=4, 8%), аллергический контактный дерматит (n=2, 4%), крапивница (n=2, 4%), себорейный дерматит (n=2, 4%), фолликулярный гиперкератоз (n=2, 4%), витилиго (n=1, 2%), папилломы (n=1, 2%). Анализ результатов анкетирования показал, что среднее значение DLQI среди всех исследуемых составил $3,6 \pm 0,33$ баллов, (DLQI= $5,18 \pm 0,66$ у утверждающих о наличии дерматологического диагноза, DLQI= $2,57 \pm 0,31$ у отрицающих о наличии дерматологической нозологии). DLQI у студентов с рецидивом $5,9 \pm 1,2$, в отличие от студентов с ремиссией $4,7 \pm 0,75$.

Выводы. Среднее значение DLQI среди всех исследуемых составил $3,6 \pm 0,33$ баллов, что соответствует незначительному влиянию заболевания на качество жизни.

МАТЕРИАЛЫ

ни, а также о должной осведомленности уходом за кожей. Большинство пациентов с высоким значением индекса $7,25 \pm 1,75$ отмечают у себя диагностированный атопический дерматит (8 человек). $DLQI=5,7 \pm 1,0$ у студентов с акне, в состоянии рецидива $5,7 \pm 1,0$, ремиссии $4,13 \pm 0,93$ (27 человек). Атопический дерматит оказывает очень сильное влияние на качество жизни пациентов в связи с нарушением эстетичности внешнего вида, шелушением и зудом. Значительное ухудшение качества жизни больных обусловлено, в том числе, необходимостью длительного лечения, страхом возникновения рецидивов. Однако, исходя из результатов анкетирования, у части пациентов атопический дерматит умеренно влияет на качество жизни студентов, именно в этот период часто возникает проблема заниженной или неустойчивой самооценки, эмоциональный дистресс, который может провоцировать дальнейшее ухудшение течения заболевания. Помимо данных нозологий, на качество жизни сильно влияют аллергический контактный и себорейный дерматиты. В основном указанные выше заболевания сопровождаются выраженным зудом, шелушением, жжением, а также слезотечением и ринореей, что ухудшает общее состояние студентов, ограничивает их физическую, социальную и профессиональную активности. Повышение качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями – одна из важнейших задач современной медицины. Умение понимать психологическое состояние больного способствует более точной оценке тяжести его заболевания, позволяет находить соответствующий подход к нему. $DLQI$ используется для скринингового исследования качества жизни больных с кожными заболеваниями, что поможет осуществлять мониторинг состояния больного, эффективность лечения, выделять группы пациентов, особенно нуждающихся в психологической и социальной поддержке.

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА «ТРОМБОДИНАМИКА»

Николаева А.Ю.¹, Биткина О.А.¹, Преснякова М.В.¹,
Конторщикова К.Н.^{1,2}, Дмитриева А.А.²

¹Приволжский исследовательский медицинский университет,

²Национальный исследовательский Нижегородский государственный
университет им. Н.И. Лобачевского,
г. Нижний Новгород

Цель исследования. Оценить результаты лабораторных исследований крови у пациентов в группе постковидных алопеций при помощи теста «Тромбодинамика». Пациенты, переболевшие COVID-19, отмечают различную степень выпадение волос, от легких незначительных до агрессивных форм. Полиорганное поражение, в том числе кожи и волосяных фолликулов, вирусом SARS-CoV-2 связано с использованием для проникновения в клетку рецепторов ангиотензинпревращающего фермента АПФ-2. Данные рецепторы экспрессируются также эндоте-

МАТЕРИАЛЫ

лиальными клетками. Известно, что вирус SARS-CoV2 является цитопатическим и способствует активации большого количества провоспалительных цитокинов, что в свою очередь запускает окислительный стресс и апоптоз. Эндотелиальные клетки являются основными участниками и регуляторами воспалительных реакций. При воспалении решающую роль играет изменение активности эндотелия, а именно увеличение проницаемости, расширение сосудов, усиление экстравазации лейкоцитов, повышение коагуляции и тромбообразования. Актуальным направлением исследований является анализ изменений в системе гемостаза у пациентов с постковидным выпадением волос.

Материалы и методы. Изучались показатели теста «Тромбодинамика (ТД)». Тест ТД – глобальный тест для диагностики нарушений системы плазменного гемостаза, выявления рисков кровотечений и тромбообразования. Основу метода ТД составляет фоторегистрация и анализ пространственно-временной динамики роста фибринового сгустка. Процесс возникновения и роста фибринового сгустка регистрируются прибором в режиме последовательной фотосъемки цифровой фотокамерой в течение 30 минут. На основе полученной серии фотоизображений процесса свертывания в измерительной кювете строится зависимость размера сгустка от времени и рассчитываются численные параметры пространственной динамики роста фибринового сгустка и спонтанного тромбообразования.

Состояние системы гемостаза оценивалось в трех группах: постковидные больные с алопецией (n=26), пациенты с алопецией, которые не болели коронавирусной инфекцией (n=13); здоровые люди без алопеции (n=10).

Первая группа состояла из 26 больных женского пола с постковидным выпадением волос. Средний возраст пациенток составил $38,4 \pm 11,14$ года. Выпадение волос начиналось в среднем через 2,6 месяца после перенесенной инфекции. 42,8% больных перенесли COVID-19 в тяжелой форме, 57,2% лечились амбулаторно со средней и легкой формой заболевания. 47,5% группы составила диффузная реактивная алопеция, 32,5% – алопеция смешанного генеза, 17,14% – андрогенетическая алопеция, 2,85% – обострение очаговой алопеции.

Группу сравнения составили 13 пациентов женского пола с алопециями другой этиологии, преимущественно наблюдалась андрогенетическая алопеция, без Covid-19 в анамнезе, средний возраст больных – $35,8 \pm 11,9$ лет.

Группу физиологического контроля составили 10 человек женского пола без острых и хронических патологий, без симптомов выпадения волос, средний возраст – $26,3 \pm 2,08$ лет.

Оценивали такие параметры как: стационарная скорость роста сгустка – Vst (мкм/мин); начальная скорость роста сгустка – Vi (мкм/мин); размер сгустка через 30 минут – CS (мкм); появление спонтанных сгустков.

Выводы. При оценке показателей теста тромбодинамика выявлены статистически значимые различия у больных с алопецией, перенесших коронавирусную инфекцию. Повышены параметры Vst: $37,1 \pm 0,3$ мкм/мин у больных, $30,9 \pm 1,6$ мкм/мин у здоровых людей; Начальная скорость Vi: $56,9 \pm 4,1$ мкм/мин у больных и $48,3 \pm 2,9$ мкм/мин у здоровых людей; Размер фибринового сгустка CS больше: $1301,3 \pm 49,5$ мкм у больных и $1133 \pm 41,4$ мкм у здоровых.

МАТЕРИАЛЫ

Также отмечен высокий прокоагулянтный потенциал плазмы у больных с алопечией после перенесенной коронавирусной инфекции, из 26 обследуемых образование спонтанных сгустков зарегистрировано у 10 человек. В группе лиц, не перенесших Covid-19, спонтанные фибриновые сгустки не зафиксированы.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о наличии у пациентов с постковидными алопечиями нарушений системы гемостаза протромботической направленности. Одним из основных осложнений постковидных пациентов является гиперкоагуляционный синдром. Образование микротромбов в кровеносных сосудах препятствует обеспечению тканей кислородом и питанием, что и лежит в основе развития изучаемой патологии – постковидной алопечии.

СТАБИЛИЗАЦИЯ И ВЫРАЖЕННАЯ РЕПИГМЕНТАЦИЯ ОЧАГОВ ВИТИЛИГО ПРИ ТЕРАПИИ ЦИКЛОСПОРИНОМ РАСПРОСТРАНЕННОГО ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Никулина А.С., Ломоносов К.М.

Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова,
Москва

Цель демонстрации клинического случая. Описание стабилизации и возникновения выраженной репигментации очагов распространенного несегментарного витилиго на фоне терапии циклоспорином распространенного вульгарного псориаза.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение, результаты обследования.

Клинический случай. Пациент 25 лет предъявляет жалобы на множественные высыпания на коже лица, тела, паховой области верхних и нижних конечностей. Из анамнеза известно, что впервые пятна появились в области кистей в возрасте 16 лет на фоне сильного стресса. Далее процесс продолжал распространяться на другие участки тела и принял генерализованный характер, представлен множественными пятнами молочно-белого цвета, склонными к слиянию и формированию обширных очагов депигментации. В 2017 году был выставлен диагноз «Распространенное несегментарное витилиго». Лечение по поводу данного заболевания не проводилось. Также известно, что с 2020 года пациент страдает распространенным вульгарным псориазом по поводу чего неоднократно проходил лечение, включающее топические глюкокортикостероидные препараты и фототерапию без особого эффекта. Полгода назад пациент отметил возникновение зуда и распространение псориазических высыпаний. На данный момент кожный процесс представлен: эритематозно-сквамозными очагами в области кистей, на коже разгибательных поверхностей локтевых суставов и паховой области плоскими папулами

МАТЕРИАЛЫ

ярко-розового цвета с четкими границами, на коже туловища и нижних конечностей слиянием папул в бляшки округлых очертаний размером от 3 до 10 см, поверхность папул и бляшек шероховатая с шелушением мелкими серебристо-белыми чешуйками. В связи с чем последние 3 месяца проходит курс комбинированной терапии циклоспорином в дозировке 3 мг/кг (в 2 приема) в сочетании с фототерапией УФБ-311 нм. Лечение циклоспорином проводится под регулярным контролем показателей крови – отклонений от референсных значений отмечено не было. Терапию переносит хорошо без побочных и нежелательных явлений. На 4 неделе лечения помимо уменьшения зуда и инфильтрации псориатических бляшек, были отмечены: стабилизация процесса депигментации, а также появление выраженной точечной репигментации очагов витилиго.

Выводы. Представленный клинический случай свидетельствует о положительной клинической динамике в виде стабилизации и выраженной репигментации очагов распространенного несегментарного витилиго при терапии циклоспорином. Однако для дальнейшего его практического применения при лечении витилиго требуется детальная разработка эффективных и безопасных схем лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ЦИКЛОСПОРИНА С УЗКОПОЛОСНОЙ УФБ-ТЕРАПИЕЙ 311 НМ В ЛЕЧЕНИИ НЕСЕГМЕНТАРНОГО ВИТИЛИГО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Никулина А.С., Ломоносов К.М.

Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова,
г. Москва

Цель демонстрации клинического случая. Описание эффективности и безопасности применения циклоспорино в комбинации с узкополосной УФБ-терапией 311 нм в лечении несегментарного витилиго.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение, результаты обследования.

Клинический случай. Пациент 30 лет предъявляет жалобы на высыпания на коже лица, тела, верхних и нижних конечностей. Считает себя больным с 2016 года, когда впервые отметил появление единичных белесоватых пятен на шее. После перенесенной в 2020 году коронавирусной инфекции COVID-19 процесс прогрессировал и принял генерализованный характер, пятна распространились на кожу лица, туловища, верхних и нижних конечностей. Был выставлен диагноз «Витилиго». Пациент проходил лечение, включающее в себя топические глюкокортикостероидные препараты, курсы фототерапии без выраженного эффекта. С 2021 года в рамках научной диссертационной работы проходил комбиниро-

МАТЕРИАЛЫ

ванную терапию азатиоприном 50 мг/сут в сочетании с УФБ-311 нм с положительным эффектом. Спустя 2,5 месяца лечения в биохимическом анализе крови пациента было отмечено сильное повышение печеночных показателей, таких как: АСТ, АЛТ, общий билирубин, в связи с чем прием азатиоприна был прекращен. Комиссией врачей было принято решение перевести пациента на другой иммуносупрессивный препарат (циклоспорин), предварительно восстановив печеночные показатели. На данный момент пациент принимает циклоспорин 3 месяца в дозировке 3 мг/кг (в 2 приема) в комбинации с фототерапией УФБ-311 нм. Отмечается выраженная репигментация очагов. Лечение циклоспорином проводится под регулярным контролем показателей крови – отклонений от референсных значений не наблюдается. Терапию переносит хорошо без побочных и нежелательных явлений.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует нам то, что применение циклоспорина в комбинации с узкополосной УФБ-терапией 311 нм может послужить эффективным и безопасным альтернативным методом лечения несегментарного витилиго.

Однако требуются дальнейшие исследования с включением большего количества пациентов, тщательным наблюдением и детальным изучением всех результатов, в том числе и отсроченных.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: ДЛИТЕЛЬНАЯ РЕМИССИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА НА ФОНЕ КУПИРОВАНИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

Новиков Ю.А.¹, Правдина О.В.¹, Чермошенцев А.А.², Екимов И.Н.¹

¹Омский государственный медицинский университет,

²Клинический кожно-венерологический диспансер,

г. Омск

Актуальность. На сегодняшний день псориаз является одним из самых распространенных дерматозов. По различным оценкам, в общей мировой популяции от псориаза страдает 2-7% населения. Исследование псориаза с точки зрения системного воспаления, учитывая его этиопатогенез и высокую коморбидность, является трендом последнего времени. В ряде исследований показано, что длительное воспаление приводит к образованию токсических продуктов, воздействующих на ткани макроорганизма. Хроническое воспаление или чрезмерный воспалительный ответ могут неблагоприятно воздействовать на органы-мишени. Повреждение мембранных структур, нарушение проницаемости и гибели клеток усугубляет синдром эндогенной воспалительной интоксикации, который нарушает работу органов детоксикации, в т.ч. печени.

МАТЕРИАЛЫ

Цель исследования. Описать клинический случай пациентки с диагнозом «Хронический гепатит (HCV-ассоциированный). Генерализованный пустулезный псориаз, прогрессирующая стадия, непрерывно-рецидивирующее течение. Вторичная эритродермия. Синдром системной воспалительной реакции».

Материалы и методы. Больная К., 1952 г. рождения, наблюдается БУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер» с 2013 г. В феврале 2013 г. поставлен диагноз «Псориаз с преимущественным поражением ногтевых пластинок». В период с февраля 2013 г. по март 2014 г. больная К. проходила лечение, включающее бетаметазон, метотрексат, ацитретин и ПУВА-терапию. В указанный период времени терапия не достигала продолжительной и клинически значимой ремиссии. В апреле 2014 г. больной К. был поставлен диагноз «Псориаз пустулезный». На фоне лечения эффекта не отмечалось, появились новые пустулы. В мае 2014 г. на основании распространенности патологического процесса был поставлен диагноз «Генерализованный пустулезный псориаз, прогрессирующая стадия». Заключение гистологического исследования соответствует поставленному диагнозу. При обследовании методом ИФА HbS-Ag и Анти-ВГС не выявлены. УЗИ абдоминальное: признаки стеатогепатоза, диффузных изменений в поджелудочной железе. По результатам биохимического анализа крови выявлено повышение АлАТ (88,1) и АсАТ (35,1). Больная К. получила комплексное лечение и выписана с клиническим улучшением. Отмечалось непрерывно-рецидивирующее течение процесса. В декабре 2014 г. обратилась к дерматологу БУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер» в связи с сохраняющимися высыпаниями. При обследовании было выявлено повышение АлАТ (266,3) и АсАТ (219,6), С-реактивного белка (72 мг/л). Поставлен диагноз «Генерализованный пустулезный псориаз, прогрессирующая стадия. Синдром системной воспалительной реакции». Больная К. была переведена в реанимационное отделение многопрофильного стационара в связи с ухудшением процесса в тяжелом состоянии. В январе и феврале 2015 г. больная К. дважды осмотрена консилиумом в составе специалистов дерматовенерологов, гастроэнтерологов, анестезиологов-реаниматологов и клинических фармакологов. На момент обследования в патологический процесс вовлечен весь кожный покров, имелась деформация суставов, край печени выступал на 0,5 см из-под реберной дуги. По результатам комплексного обследования (включая полный спектр маркеров вирусных гепатитов) консилиумом поставлен диагноз «Хронический гепатит (HCV-ассоциированный). Генерализованный пустулезный псориаз, прогрессирующая стадия, непрерывно-рецидивирующее течение. Вторичная эритродермия. Синдром системной воспалительной реакции». Больная К. направлена на стационарное лечение в БУЗОО «Инфекционная клиническая больница №1 имени Д.М. Далматова», где прошла лечение хронического вирусного заболевания печени согласно актуальным клиническим рекомендациям. В ноябре 2022 г. больная К. обратилась в БУЗОО «Клинический кожно-венерологический диспансер». Субъективные жалобы и клиническая картина процесса соответствуют аллергическому дерматиту. Со слов пациентки, в период с окончания лечения в инфекционном стационаре в 2015 г. до последнего обращения к дерматологу общие и дерматологические жалобы не беспокоили.

МАТЕРИАЛЫ

Результаты и обсуждение. Данный клинический случай представляет интерес с точки зрения курации больных псориазом, во время которой обязательна оценка коморбидного фона и уровня системной воспалительной реакции. В результате междисциплинарных консилиумов и подробного комплексного обследования у пациентки было установлено наличие хронического вирусного поражения печени. После курса лечения по данному диагнозу удалось достичь длительной ремиссии псориаза, которая не завершилась на сегодняшний день.

Выводы. Представленный клинический случай подтверждает сведения о том, что развитие системной воспалительной реакции у пациентов, страдающих псориазом, может служить причиной поддержания и усугубления псориазического процесса. Таким образом, эффективность курации больных псориазом на сегодняшний день зависит от оценки их коморбидного фона, в том числе сочетанности псориаза и патологии печени.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ В12 ДЕТЕЙ С ДИСТРОФИЧЕСКИМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Орлова О.С.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России,
Благотворительный фонд «БЭЛА. Дети-бабочки»,
Москва

Актуальность. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – это группа генетически и клинически гетерогенных заболеваний, общей чертой которых является поражение кожи и слизистых оболочек вследствие малейшей травматизации. ВБЭ может наследоваться как аутосомно-доминантно, так и аутосомно-рецессивно. В настоящее время существует 4 типа ВБЭ: простой ВБЭ, пограничный, дистрофический ВБЭ и синдром Киндлера. Тяжесть течения ВБЭ может варьироваться от легкой до крайне тяжелой. Тяжелые формы ВБЭ характеризуются не только поражением кожных покровов, но и возникновением осложнений со стороны других органов и систем организма, таких как поражение слизистых оболочек ЖКТ с развитием микростомии, анкилоглоссии и стриктур пищевода, поражение сердечно-сосудистой системы с развитием дилатационной кардиомиопатии, деформации конечностей с последующим формированием контрактур крупных суставов и псевдосиндактилий пальцев стоп и кистей. Все вышеперечисленные осложнения сопровождаются белково-энергетической недостаточностью различной степени выраженности, дефицитом макро- и микронутриентов. Причинами дефицита витамина В12 при ВБЭ может являться ограничение продуктов животного происхождения в рационе пациентов из-за поражений слизистой оболочки полости рта и пищевода, зубочелюстной системы, а также нарушения всасывания в тонком кишечнике.

Цель исследования. Изучить уровень обеспеченности детей с ВБЭ витамином В12.

МАТЕРИАЛЫ

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 63 ребенка с дистрофическим ВБЭ, из них 31 девочки и 32 мальчиков. Медиана возраста составила 9,62 [6,1; 13,5] лет. Всем пациентам было проведено лабораторное исследование крови с определением концентрации витамина В12. Референтные пределы нормальных показателей витамина В12 196 - 1020 пг/мл. Уровень витамина В12 ниже 350 пг/мл считался недостаточным для защиты организма от развития симптомов дефицита В12.

Результаты и обсуждение. Медиана концентрации витамина В12 у детей с дистрофическим ВБЭ составила 317,7 [197,1; 486,5] пг/мл. У 34 пациентов (53,9%) уровень витамина В12 был ниже 350 пг/мл, из них у 16 пациентов (47,05%) уровень витамина В12 был ниже 196 пг/мл, что соответствовало дефициту витамина В12. 18 пациентов (52,9%), у которых уровень витамина В12 находился в диапазоне 197-350 пг/мл составляли группу риска по развитию симптомов дефицита витамина В12. У остальных пациентов (46,03%) концентрация витамина В12 находилась в диапазоне 351-667,3 пг/мл.

Выводы. Результаты исследования показали низкий уровень обеспеченности детей с дистрофической формой ВБЭ витамином В12. Пациенты с дистрофическим ВБЭ нуждаются в регулярном контроле концентрации витамина В12 и в профилактике дефицита витамина В12 посредством оптимизации питания и дополнительной саплементации для предотвращения гематологических и неврологических осложнений.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ПРЕПАРАТА ФАБОМОТИЗОЛ НА ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ И КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Осмоловская П.С., Тлиш М.М.

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар

Принимая во внимание важность психогенного фактора в развитии красного плоского лишая, представляется обоснованным и целесообразным включение в терапию данных больных безопасных и эффективных методов, направленных на его коррекцию.

Цель исследования. Оценка влияния комплексной терапии с применением транскраниальной электростимуляции и препарата фабомотизол на уровень цитокинового профиля и эффективность комплексной терапии у больных красным плоским лишаем.

Методы. В работу включено 67 больных (46 женщин – 68,6% и 21 мужчины – 31,3% с распространенной типичной формой КПЛ. Возраст пациентов составил от 18 до 76 лет. Методом адаптивной рандомизации больные были разделены на две группы. Все пациенты получали терапию в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями (гидроксихлорохин по 200 мг перорально 2 раза в сутки,

МАТЕРИАЛЫ

топические глюкокортикостероиды), а в основной группе дополнительно назначалась транскраниальная электростимуляция и препарат фабомотизол, а в группе сравнения больным, помимо традиционного лечения, дополнительно назначалась только транскраниальная электростимуляция. Курс стационарной терапии в обеих группах составил 21 день, последующее наблюдение – 3 месяца.

Результаты терапии оценивали по изменению показателей уровня про- и противовоспалительных цитокинов в плазме крови, динамике кожного патологического процесса (ИЛР), по степени выраженности зуда и его влиянии на повседневную жизнь пациентов (BRS), степени негативного воздействия красного плоского лишая на различные аспекты жизни больных (ДИКЖ), психоэмоциональный статус (НАМ-А, НАМ-Д).

Результаты. До назначения терапии в исследуемых группах статистически значимых различий ($p > 0,05$) не обнаружено по изучаемым параметрам. Определение уровня цитокинов у больных после лечения выявило статистически значимый иммунокорректирующий эффект от комплексной терапии, включающей транскраниальную электростимуляцию и фабомотизол ($p < 0,001$). Полученные результаты показали более значимую тенденцию к нормализации исследуемых про- и противовоспалительных цитокинов ($p < 0,001$) относительно группы сравнения. У пациентов основной группы, начиная с 7-го дня терапии, также были достигнуты достоверно более значимые результаты по изучаемым показателям (ИЛР, ДИКЖ, BRS, НАМ-А, НАМ-Д).

Заключение. Включение транскраниальной электростимуляции и анксиолитика фабомотизол в комплексную терапию больных красным плоским лишаем положительно влияет на цитокиновый статус, что ведет к более быстрому регрессу кожного патологического процесса, а также благоприятно влияет на качество жизни пациентов и нормализует их психоэмоциональный статус.

СИФИЛИС В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ И ВОПРОСЫ

Панкратов О.В.¹, Крумкачев В.В.¹, Панкратов А.О.²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования,

²Минский городской клинический центр дерматовенерологии,
г. Минск, Беларусь

После эпидемического роста заболеваемости сифилисом в Беларуси с пиком в 1996 г. (210 случаев/100000 населения) отмечалось устойчивое снижение заболеваемости до 2019 г. (4,3 случая/100000 населения). В 2020, 2021 и 2022 годах зафиксирован рост до 8,4; 11,1 и 12,1 случая/100000 населения.

Анализ структуры заболеваемости, динамики выявления клинических форм болезни (ранних и поздних, манифестных и латентных), пола и возраста пациентов, выявил существенные изменения: снижение доли ранних форм сифилиса с 99,9% в 1996 г. до 33% в 2022 г., с увеличением доли поздних и других форм с 0,1% в 1996 г. до 67% в 2022 г.; преобладание в 2022 г. латентных форм (83,4%) над манифестными (16,6%); соотношение мужчин и женщин, больных сифилисом, су-

МАТЕРИАЛЫ

щественно не отличалось, с незначительным преобладанием мужчин в последние годы; низкая, стабильная заболеваемость сифилисом в возрастных группах 0-14, 15-17 и 18-19 лет; снижение за последние 10 лет в 2,6 раза доли больных 20-29 лет и 30-39 лет (в 1,8 раза) и повышение доли больных 40 лет и старше (в 2,8 раза).

Наблюдая подобные тенденции, мы изменили порядок скрининга и диагностики сифилиса и с 2019 г. используем «обратный» алгоритм лабораторного серологического скрининга: скрининг – трепонемный тест, подтверждение – нетрепонемный тест (количественный), подтверждение отрицательного нетрепонемного – другой трепонемный тест.

На фоне быстрого роста поздних форм сифилиса актуальны вопросы диагностики, а именно: «Что считать значимым и расценивать как положительный результат трепонемного серологического теста?», «Лечить ли повторно болевших ранее и имеющих стойкую позитивность двух и более трепонемных тестов?».

В 2007 г. ВОЗ выступила с инициативой глобальной ликвидации врожденно-го сифилиса (ВС) как проблемы общественного здравоохранения. Все беременные в Беларуси трижды обследуются на сифилис, как трепонемным (ИФА IgG/IgM), так и нетрепонемным (RPR) тестами: при первом посещении, в 28-30 недель беременности и при поступлении в роддом. При выявлении заболевания назначают курсы специфического и профилактического лечения. Поздний ВС не регистрируется в Беларуси более 30 лет, ранний ВС – с 2011 года.

Беларусь была рассмотрена и одобрена ВОЗ в июне 2016 года для подтверждения ликвидации вертикальной передачи сифилиса как проблемы общественного здравоохранения. Статус подтвержден в 2018 и 2020 годах.

Таким образом, после эпидемии сифилиса в Беларуси в середине 90-х эпидемиологические тенденции сифилиса в стране существенно изменились, носят противоречивый характер, требуют новых подходов к диагностике и организации лечения, особенно учитывая перебои с доступностью пенициллинов и отсутствие бензатин бензилпенициллина.

Существующая в Беларуси система перинатальной помощи и медицинской помощи беременным позволяет предотвратить вертикальную передачу сифилиса.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ ЛИЦА БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ

Першина К.С.¹, Биткина О.А.²

¹Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии,

²Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Нижний Новгород

Розацеа (Р) представляет собой хронический воспалительный процесс, который характеризуется расширением сосудов и образованием очагов воспаления на

МАТЕРИАЛЫ

коже. На начальных этапах заболевания наблюдается эритема лица, жар и ощущение приливов. На более поздних этапах возникают телеангиоэктазии, папулы и пустулы, а также нарушения в работе сальных желез. «Золотым стандартом» терапии на сегодняшний день является лазерное лечение Р с использованием IPL-систем.

Лазерная терапия может применяться как на начальных стадиях Р, так и при длительном течении заболевания. Воздействие лазером позволяет устранить эритему, разрушить телеангиоэктазии и выровнять цвет кожи.

На базе клиники «Александрия», г. Нижний Новгород проводилось исследование клинической эффективности параметров кожи лица до и после проведения процедур лазеротерапии на Candela Nordlys PR 530 и VL555 каждые 2-3 недели, при помощи Multiskin center.

Диагностический комплекс Multi Skin Test Center оценивает широкий спектр параметров кожи: увлажненность, жирность, пигментация и эритема кожи, эластичность, индекс ТЭПВ, температура, рН поверхности кожи.

Методика исследований. Контролируемое исследование проведено на 10 пациентах (все женщины) с проявлениями Р. Возраст варьировал от 22 до 54 лет, средний возраст составил $38,5 \pm 0,1$ года. Критериями включения в исследование были клинические проявления поражения кожи: эритема, телеангиоэктазии, папулы. Критериями исключения являлись злокачественные новообразования, системные заболевания крови, кахексия, гипертоническая болезнь III стадии, декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы, эпилепсия, психозы, склонность к кровотечениям, общее тяжелое состояние, лихорадка, активный легочный туберкулез, гемофилия, тромбоцитопения, беременность, лактация.

Все пациенты до и после процедуры лазеротерапии проходили обследование на Multiskincenter, которое включало в себя определение выраженности- влажности, пигментации, эритемы, эластичности, себиума кожи. Также для оценки результатов лазеротерапии заполнялись анкеты врачом и пациентом в начале исследования и через несколько процедур. Результаты обследования сравнивались с исходными показателями, полученными до начала проведения процедур.

Результаты исследования. В исследовании принимали участие пациенты с эритемой, по окончании исследования отмечено значительное ее уменьшение. Достоверно уменьшались такие показатели, как пигментация кожи, себуметрия и увеличилась эластичность кожи.

Таким образом, исследование показало хорошую переносимость лазеротерапии всеми пациентами. Использование лазеротерапии способствует развитию визуального клинического эффекта, выравниванию цвета лица, улучшение тургора кожи, избавление от эритемы и сосудистых дефектов кожи. Положительный клинический эффект подтверждается субъективным мнением пациентов, а также измерениями функциональных параметров кожи. Показатели, отражающие эритему кожи, при применении лазера демонстрировали положительную динамику. Разнонаправленное изменение показателей себуметрии и пигментации в области лба, щеки и шеи можно связать с особенностями строения кожи указанных зон, и для более точных результатов следует увеличить число обследуемых. Поскольку клинически, объективно и субъективно, внешний вид кожи улучшается, то изменение параметров эластометрии можно связать с повышением влажности дермы и возможным последующим изменением в ней метаболических процессов.

МАТЕРИАЛЫ

СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Петунова Я.Г., Требунская Н.А., Кабушка Я.С.
Городской кожно-венерологический диспансер,
Санкт-Петербург

Актуальность. Сифилис, «великий имитатор» кожных болезней, является хроническим системным инфекционным заболеванием с волнообразным течением, клинические манифестации которого имеют широко варьируемое течение. Кроме этого, сифилис является эпидемиологически значимым заболеванием. В последнее время в СМИ встречаются высказывания, о том, что отмечается резкий рост заболеваемости сифилисом в 2022 году в Санкт-Петербурге.

Цель исследования. Проанализировать показатели заболеваемости сифилисом за последние 2 года. Данные 2020 года к учету не принимались вследствие особенностей работы медицинских учреждений в период ограничений по распространению коронавирусной инфекции COVID-19. Разработать методы профилактики.

Материалы и методы. Анализ данных статистической отчетности по Санкт-Петербургу за 2021-2022 год (утвержденные формы Росстата №9,12).

Результаты и обсуждение. Рост заболеваемости сифилисом в Санкт-Петербурге по сравнению с 2021 годом отмечается на 10,6%. В 2022 году выявлен сифилис у 1320 пациентов (в 2021 – 1190), из них иностранные граждане 414 человек, что составило 31% (в 2021 году – 40%). Среди всех пациентов с сифилисом при анкетировании указали гомосексуальную ориентацию 217 человек (16,4%). В 2022 г. детей (0-14 лет) больных сифилисом не зарегистрировано; в 2021 г. зарегистрирован 1 ребенок с врожденным сифилисом (заболеваемость – 0,12 на 100 тыс. детей). В 2022 г. среди подростков (15-17 лет) зарегистрировано 7 случаев сифилиса, заболеваемость составила 5,71 на 100 тыс. подростков, в 2021 г. было зарегистрировано 4 подростка, больных сифилисом – 3,23 на 100 тыс. подростков. Во всех случаях у подростков заражение произошло половым путем, из 5 подростков мужского пола – 4 указали гомосексуальную ориентацию и беспорядочную половую жизнь. В структуре сифилиса в 2022 г. отмечается преобладание ранних форм сифилиса – 60,7% (2021 – 56,8%). Поздние формы сифилиса составили 39,3%. Нейросифилис (ранний и поздний) составляет 10,1% (в 2021 – 8,2%; 2020 – 10,2%). Кардиоваскулярный сифилис в 2022 г. составил 1,1% (2021 – 0,9%; 2020 – 2,1%). Скрытые формы (ранние и поздние) в 2022 г. составили 55,6% (в 2021 – 58,9%; 2020 – 72,1%).

Выводы. Заболеваемость по сравнению с 2021 годом увеличилась, не столь значительно – на 10,6%. Нужно отметить изменение структуры клинических форм сифилиса: преобладание ранних форм заставляет пациента обращаться к врачу с клиническими симптомами, в то время как преобладание поздних форм в предыдущий период выявлялось только при серологическом обследовании. Пациенты стали более внимательно относиться к своему здоровью, обращаться чаще в медицинские организации государственной формы собственности в связи с повышением доверия

МАТЕРИАЛЫ

к данным структурам и отсутствием финансовых средств для лечения в организациях других форм собственности. По-прежнему значительный вклад в заболеваемость сифилисом вносят иностранные граждане. Среди пациентов с сифилисом при анкетировании указали гомосексуальную ориентацию 217 человек (16,4%), что явно не отражает истинную картину, т.к. при лечении пациентов с сифилисом на венерологическом отделении СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» ежегодно около 70% составляют мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ). Каждый представитель группы МСМ имеет большее число сексуальных партнеров по сравнению с гетеросексуалами, допускает сексуальные отношения как с мужчинами, так и с женщинами, имеет широкую практику пенетрирующих половых контактов, в том числе и незащищенных, большую распространенность ИППП в анамнезе, более частое употребление наркотиков и алкоголя, а также широкую миграцию. Представители данной группы чаще других занимаются продажей секс-услуг. Проводится выявление и лечение контактных лиц, однако, пациенты данной группы не всегда сообщают информацию о возможном источнике и контактных лицах.

В качестве общественной профилактики проводится обследование всех взрослых пациентов, находящихся на лечении в общесоматических стационарах; лечение больных манифестными и скрытыми формами сифилиса; выявление лиц, находившихся в половом и тесном бытовом контакте с больными сифилисом; регулярные осмотры и обследование декретированных групп населения; постановка на учет и обследование беременных; тщательная проверка гемотрансфузионных компонентов; клинико-серологический контроль инфицированных пациентов с последующим снятием с учета.

Необходимо усилить работу с подростками и взрослыми в виде обучения методам индивидуальной профилактики сифилиса, заключающемся в соблюдении определенных мер безопасности – постоянный половой партнер, использование барьерных методов контрацепции, избегание случайных связей. Перед началом половой жизни с новым партнером необходимо обсудить меры защиты, пройти обоюдное обследование.

СЛУЧАЙ СУПЕРИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г.,
Смирнова Н.В., Агабабаева Ж.А., Яцуба Е.А., Козминский Е.Б.

Городской кожно-венерологический диспансер,
Санкт-Петербург

Актуальность. Сифилис является общим инфекционным и социально-значимым заболеванием, которое вызывается бледной трепонемой с поражением всех органов и тканей, наиболее часто поражаются кожа и слизистые оболочки. Согласно традиционной клинической классификации, первичный период приобретенного сифилиса длится 6-7 недель, характеризуется формированием на месте внедрения

МАТЕРИАЛЫ

бледной трепонемы первичного аффекта (твердый шанкр или первичная сифилома). В 80% случаев локализация твердого шанкра – слизистая оболочка половых органов.

Цель исследования. Анализ современных особенностей твердых шанкров, диагностики и ведения пациентов с первичным сифилисом.

Материалы и методы. Анализ 36 медицинских карт венерического больного с диагнозом первичного сифилиса, поступивших на венерологические отделения СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (далее – ГорКВД) в 2020-2022 годы, статистическая обработка полученных данных.

Результаты и обсуждение. Из 36 проанализированных случаев у 30 пациентов (83,3%) отмечался первичный сифилид на половых органах, у 28 из них (93,3%) был представлен эрозивным дефектом в области головки полового члена, у 2 – (6,7%) отмечался язвенный дефект с осложнением в виде фимоза. В 1 из 36 проанализированных случаев твердый шанкр локализовался в области красной каймы нижней губы (2,8%), у 1 пациента – на коже лобка (2,8%), у 4 в области ануса (11,1%). Большая часть пациентов – 34 человека (94,4%) – мужского пола, 26 (76,5%) из них имели сопутствующий диагноз В23, все, кроме одного, получали антиретровирусную терапию. Средний возраст пациентов составил от 25-35 лет.

Приводим клинический случай – пациент П. 40 лет, поступил в плановом порядке с диагнозом первичный сифилис, был выявлен активно. Результаты лабораторных исследований крови: РПГА 4+, ИФА с суммарным определением IgM и IgG положительный. Клинические проявления: множественные эрозивно-язвенные шанкры головки полового члена, корпуса полового члена, регионарный лимфаденит. Считает себя больным с 3 января 2023 года, когда впервые появились элементы на половом члене без субъективных ощущений. 5 января 2023 с жалобами на выделения из уретры и дизурическими явлениями обратился к врачу-урологу по месту жительства, проведено исследование молекулярно-биологическими методами отделяемого уретры с положительным результатом, получил лечение по гонококковой инфекции азитромицином, лабораторные исследования крови на сифилис проведены не были. 10 января 2023 года обратился в КВД по месту жительства в связи с появлением многочисленных эрозивно-язвенных высыпаний (последовательные твердые шанкры), при взятии образцов из очагов поражения в темном поле трепонема не найдена (пациент обрабатывал поверхность элементов антисептиками), проведенное исследование крови на сифилис МРП и ИФА суммарные – отрицательные (возможно, эффект «прозоны»). Пациенту клинически был установлен диагноз герпеса генитального, проводилось лечение валацикловиrom без эффекта. Пациент обратился в клинику СЗГМУ им И.И. Мечникова, где был выявлен сифилис первичный половых органов, лечение проведено в ГорКВД.

Выводы. В настоящее время отмечается рост ранних форм сифилиса, представленных типичными эрозивно-язвенными шанкрами на месте внедрения трепонемы. В соответствии с действующими клиническими рекомендациями Гонококковая инфекция, утвержденными в 2021 году, пациентов с установленным диагнозом гонококковая инфекция необходимо обследовать на другие инфекции, передаваемые половым путем, в том числе на сифилис, при неустановленном источнике инфицирования рекомендуется повторное серологическое исследова-

МАТЕРИАЛЫ

ние на сифилис через 3 месяца. Необходимо проводить профилактику среди населения с целью исключения случайных половых контактов и использования средств барьерной контрацепции.

СИНДРОМ ХАНТА-РАМСЕЯ КАК РЕДКАЯ ФОРМА ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

Пирятинская В.А., Карякина Л.А., Смирнова О.Н.,
Лалаева А.М., Иванова Ж.О.

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

Вирус опоясывающего герпеса относится к семейству герпес-вирусов. Все герпес-вирусы морфологически неразличимы и обладают некоторыми общими свойствами – возможностью вызывать латентную персистирующую инфекцию. При ветряной оспе вирус *Varicella zoster* проникает из кожных и слизистых высыпаний в окончания сенсорных ганглиев, где вызывает латентную персистирующую инфекцию. В результате различных предрасполагающих факторов (эмоциональные стрессы, иммуносупрессии, опухолевые образования, ОРВИ, переохлаждение и др.) развивается опоясывающий герпес.

Особую форму опоясывающего герпеса на коже лица представляет синдром Ханта-Рамсея с поражением коленчатого ганглия лицевого нерва (ганглионит). Кожный процесс локализуется в области наружного уха, слухового прохода, позади ушной области. Поражение лицевого и преддверно-улиткового нервов проявляется в виде выпадения двигательной функции, проявляющейся парезом мимической мускулатуры на стороне поражения.

Цель работы. Описание случая синдрома Ханта-Рамсея как редкую форму опоясывающего герпеса.

Материалы и методы. Пациент 27 лет обратился с жалобами на подъем температуры до 38 градусов, сильные боли, отдающие в левое ухо, иррадиирующие в затылок и периорбитальную область. Начало заболевания связывает с переохлаждением и перенесенным ОРВИ. Кожный процесс локализовался в области слухового прохода и за ушной раковиной слева, где на фоне небольшого отека и эритемы располагались сгруппированные пузырьки, наполненные мутным серозным содержимым.

Невропатологом выявлено снижение мышечной силы мимической мускулатуры левой половины лица, гиперестезия кожи ушной области и слухового прохода. Имелась небольшая сглаженность носогубной складки.

При проведении аудиометрии отмечено снижение слуха. В клиническом анализе крови незначительный лейкоцитоз и СОЭ до 20 мм\час.

Результаты. На основании жалоб больного, выраженной клинической картины, аудиометрии поставлен диагноз опоясывающего лишая – синдром Ханта-Рамсея.

МАТЕРИАЛЫ

Назначен валоцикловир 1000 мг 3 раза в сутки 7 дней. Учитывая наличие у больного неврологической симптоматики и сильных болей, пациент получал диклофенак, amitriptил, витамины группы В, никотиновую кислоту, пентоксифиллин. Процесс на коже полностью разрешился в течение 10 дней. Больному рекомендовано ввиду сохранявшихся болей и восстановления двигательных функций мимических мышц продолжить лечение у невролога с назначением рефлексотерапии.

Выводы. 1. Синдром Ханта-Рамсея является редкой формой опоясывающего герпеса. 2. Необходима консультация невролога с целью определения мышечной силы мимической мускулатуры и назначение дополнительной терапии. 3. В большинстве случаев при своевременно начатой терапии при синдроме Рамсея-Ханта наступает полное выздоровление. 4. Профилактическое значение имеет здоровый образ жизни, позволяющий поддерживать высокий уровень иммунитета.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРИХОФИТИИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Платонов А.В.¹, Козлова А.В.¹, Мельниченко Н.Е.²

¹Амурский областной кожно-венерологический диспансер,

²Амурская государственная медицинская академия,
г. Благовещенск

Актуальность. Глобальная пандемия новой коронавирусной инфекции (SARS-COV19) в 2019-2021 гг., ограничение контактов населения, введение противоэпидемических мер (закрытие или приостановка работы спортивных секций и открытие их в 2022 г., длительная изоляция больных, низкая обращаемость населения за медицинской помощью в период пандемии, несоблюдение противоэпидемических мероприятий изменили структуру заболеваемости заразными кожными заболеваниями.

Методы исследования. Форма федерального статистического наблюдения №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» и Форма федерального статистического наблюдения № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за 2021-2022 год.

Результаты наблюдения. Проанализированы данные форм государственного статистического наблюдения за 2022 год, 2 месяца 2023 гг., представленные по Амурской области (АО), в сравнении с данными по Дальневосточному Федеральному округу (ДФО) и Российской Федерации (РФ). Отмечена неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости трихофитией в АО.

Трихофития – грибковое заболевание, характеризующееся поражением кожи, волосистой части головы и ногтей. Источником заражения являются как животные (зооантропофильная форма), так и больные трихофитией люди (антропофильная форма).

Согласно данным ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» в 2022 году в Амурской области заболеваемость заразными кожными

МАТЕРИАЛЫ

заболеваниями составила 113,0 на 100 тыс. населения (878 больных), это ниже, чем в среднем по России на 31% (в 2021 г. интенсивный показатель составил 163,6 на 100 тыс. населения) и ниже, чем по ДФО на 30% (в 2021 г. интенсивный показатель заболеваемости заразными кожными заболеваниями в ДФО составил 160,5). За 2 мес. 2023 года выявлено 139 больных – 17,9 на 100 тыс. населения, отмечается рост заболеваемости на 8,5% по сравнению с 2 мес. 2022 года (16,5 на 100 тыс. населения).

Анализ заболеваемости трихофитией за 2 месяца 2023 г. в АО показал неблагоприятную ситуацию в этой группе заболевших.

За 2022 г. в АО было зарегистрировано 8 больных трихофитией, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил 1,0 (в 2021 г. – 0,5 на 100 тыс. населения), отмечено увеличение заболеваемости в 2 раза. В АО заболеваемость трихофитией в 2022 году была на уровне средней по РФ, и на 22% ниже уровня показателя по ДФО (в РФ интенсивный показатель составил в 2021 г. 1,06, по ДФО – 1,28 на 100 тыс. населения). Заболеваемость трихофитией детей 0-14 лет составила 2,71 на 100 тыс. соответствующего населения, что ниже показателя по РФ в 1,4 раза (в 2021 г. – 3,8; ДФО – 3,6; АО – 2,02 на 100 тыс. соответствующего населения).

По возрасту наибольшее число заболевших детей в возрасте до 14 лет составило 50% (в 2021 г. – 75%).

За 2 месяца 2023 года по г. Благовещенску было зарегистрировано 7 больных с трихофитией, что составило 3,0 на 100 тыс. населения, был отмечен рост заболеваемости в 7 раз по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (1 случай, что составило 0,4 на 100 тыс. нас.), показатель по городу Благовещенску был выше среднеобластного в 2,3 раза и составил 1,3 на 100 тыс. населения. Случаи заболевания по Благовещенску составляют 70% от всех зарегистрированных по области (10 случаев).

Отмечается и недостаточная активность выявления заболевания, что составило 14% от всех выявленных заболеваний. Наибольшую группу составили учащиеся – 86% от всех случаев, заболевших трихофитией. При выяснении эпидситуации было выявлено, что более 85% заболевших по г. Благовещенску посещают спортивные организации города. Аналогичная ситуация по заболеваемости трихофитией складывалась в 2015 году, когда заболеваемость трихофитией составляла 5,9 на 100 тыс. населения). В основном это были мальчики, занимавшиеся в спортивных секциях самбо, вольная борьба, а также единичные случаи заболеваний детей, обучающихся в спортивных секциях рукопашного боя, секций греко-римской борьбы, секции футбола.

Проводя анализ эпидемиологической ситуации, были выявлены следующие причины, способствующие распространению трихофитии:

1. Многие дети, занимавшиеся в спортивной секции, и их родители не обращали внимание на клинические проявления и вовремя не обращались за медицинской помощью.

2. Со слов больных, большинство из них до обращения в диспансер к специалисту занимались самолечением по совету друзей, тренеров, что значительно затрудняло своевременную диагностику и правильную постановку диагноза.

3. Несмотря на запрет врачей, установивших диагноз, дети, больные грибковой инфекцией, не пройдя всех контролей излеченности продолжали посещать спортивные мероприятия, срывали лечение.

МАТЕРИАЛЫ

4. По данным ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер» причиной возникновения данной ситуации является также несоблюдение и нарушение кратности медицинского обследования спортсменов, а также правил санитарной обработки помещений и спортивных снарядов (маты, напольные покрытия).

Учитывая факт пребывания в эпидоचाгах, что позволяет предположить антропонозную трихофитию, и клинические проявления с локализацией на волосистой части головы, гладкой коже, положительные результаты микроскопического исследования были сделаны выводы, что заболевание детей и подростков трихофитией в спортивных секциях носит антропонозный характер.

Таким образом, из-за недостаточных, а иногда и просто отсутствующих правил исполнения санитарно-гигиенических норм, сформировавшийся в определенном коллективе эпидочаг остается резервуаром дальнейшего заражения детей и подростков, посещающих данные спортивные секции.

Выводы. Данный вопрос рассматривался на заседании областного штаба по борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями. Было вынесено решение о проведении дополнительных мер по предупреждению распространения антропофильной трихофитии в соответствующих коллективах:

1. Проведены дополнительные медицинские осмотры в эпидочагах.
2. Активизированы санитарно-просветительные мероприятия с учащимися спортивных организаций, с разъяснением клинической картины и признаков грибкового заболевания, с выдачей раздаточного материала, определяющего алгоритм действий в детских спортивных организациях на период неблагоприятной эпидемиологической обстановки.
3. Проведена санитарно-просветительная работа с персоналом спортивных организаций в форме семинаров, лекций, бесед.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2019-2022 ГГ. В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Платонов А.В.¹, Козлова А.В.¹, Мельниченко Н.Е.²

¹Амурский областной кожно-венерологический диспансер,

²Амурская государственная медицинская академия,
г. Благовещенск

Проанализированы данные форм государственного статистического наблюдения за 2019-2022 гг., по заболеваемости дерматофитиями Амурской области (АО), в сравнении с данными по Дальневосточному Федеральному округу (ДФО) и Российской Федерации (РФ). Отмечена неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по грибковым заболеваниям кожи как в АО, так и в ДФО и в стране в целом.

МАТЕРИАЛЫ

Актуальность. С 2020 г. стали применяться мероприятия по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, направленные на недопущение распространения пандемии на территории РФ. Изменилась организация оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19: приостановка оказания плановой медицинской помощи в условиях круглосуточных и дневных стационаров дерматовенерологического профиля; перепрофилирование круглосуточных дерматовенерологических коек; приостановка оказания плановой медицинской помощи по профилю дерматовенерология в амбулаторных условиях; приостановка профилактических медицинских осмотров и диспансеризации; привлечение медицинских работников профильных организаций к оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19; карантинные мероприятия и самоизоляция граждан.

Цель исследования. Установление основных тенденций в динамике заболеваемости заразными кожными заболеваниями (ЗКЗ) в условиях пандемии COVID-19, путей их распространения и профилактики в АО.

Материал исследования. Проведен анализ заболеваемости микозами стоп, кистей и онихомикозом в АО по данным форм государственного статистического наблюдения №9 «Сведения об инфекциях, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми заболеваниями кожи и чесоткой» за 2019-2022 гг.

Методы исследования. Статистический, текущего наблюдения.

В связи с низкой обращаемостью больных в условиях COVID-19 снизилась регистрация заразных кожных заболеваний, таких как чесотка, микозы (микроспория, трихофития, отрубевидный лишай, микозы стоп и кистей, туловища), гнойничковые и др., характеризующиеся поражением волос, кожи и ногтей.

В 2022 г. по области вновь зарегистрировано 878 больных ЗКЗ, что составило 113,0 на 100 тыс. населения (2019 г. – 142,2 на 100 тыс. нас.; 2020 г. – 121,3; 2021 г. – 120,2), отмечено снижение заболеваемости на 21%. В 2021 году в АО регистрация заболеваемости ЗКЗ ниже, чем в среднем по России на 27% (РФ 2021 г. – 163,6) и ниже, чем по ДФО на 25% (в 2021 г. интенсивный показатель заболеваемости ЗКЗ в ДФО составил 160,3). В 2019 году в АО регистрация заболеваемости ЗКЗ ниже, чем в среднем по России на 32% (РФ 2019 г. – 120,2) и ниже, чем по ДФО на 34% (в 2019 г. интенсивный показатель заболеваемости ЗКЗ в ДФО составил 216,2). Заболеваемость чесоткой в 2022 г. увеличилась на 22% и составила 16,0 на 100 тыс. нас. (2019 г. интенсивный показатель составил 13,1 на 100 тыс. нас.; 2020 г. – 15,2; 2021 г. – 15,5). В АО уровень заболеваемости чесоткой в 2021 году был на 34% выше, чем в среднем по РФ (РФ 2021 г. – инт. показатель – 11,6 на 100 тыс. нас.) и на 29% выше, чем по ДФО (интенсивный показатель – 12,0). В 2019 году наоборот, в АО уровень заболеваемости чесоткой был на 15% ниже, чем в среднем по РФ (РФ 2019 г. – инт. показатель – 15,5 на 100 тыс.нас.) и на 6,4% ниже, чем по ДФО (интенсивный показатель – 14,0). Заболеваемость чесоткой детей 0-14 лет составила в 2022 году – 37,3 на 100 тыс. детского населения, что ниже показателя 2021 г. на 7% (в 2021 г. интенсивный показатель – 40,3 на 100 тыс. соответствующего населения). Дерматомикозы являются чрезвычайно важной актуальной проблемой здравоохранения. Распространение дерматофитий зависит от ряда климатических, социальных условий, возраста, пола, профессии, сопутствующих заболеваний и ряда других условий. (2).

МАТЕРИАЛЫ

Длительность заболевания обычно исчисляется годами. Так, по данным зарубежных авторов, онихомикозом страдает от 2% до 18,5% жителей планеты. В возрастной группе от 70 лет и старше онихомикозы регистрируются значительно чаще (у 50% населения земного шара) [5]. По данным ряда авторов, в России число больных онихомикозом составляет от 4,5 до 15 миллионов человек [6].

Заболеемость дерматофитиями в АО в целом за отчетный период имеет тенденцию к снижению на 25% и в 2022 году показатель составил 97,0 на 100 тыс. населения, (2019 г. – 129,1; 2020 г. – 106,1; 2021 г. – 104,7), при этом показатель по АО в среднем в 1,6 раза ниже показателей по РФ и ДФО: 2021 год АО – 104,7; РФ – 152,0; ДФО – 148,5. В 2019 году АО – 129,1; РФ – 194,7; ДФО – 202,2).

С микозами стоп и кистей на учет в 2022 году взято 613 больных, т.е. 78,9 на 100 тысяч населения (2019 г. – 107,1; 2020 г. – 80,2; 2021 – 85,1), заболеваемость уменьшилась на 26% по сравнению с 2019 годом. В АО в 2021 году заболеваемость микозами на 25% ниже, чем в среднем по РФ (2021 г. – 114,2), на 29% ниже, чем по ДФО – 120,5.). В АО в 2019 году заболеваемость микозами на 26% ниже, чем в среднем по РФ (2019 г. – 144,8), в 1,5 раза ниже, чем по ДФО – 157,8). Преимущественную часть больных микозами стоп и кистей составило население 40 лет и старше. Анализируя гендерные характеристики контингента больных, следует отметить, что максимальную часть составили женщины.

В 2022 г. отмечается снижение заболеваемости микроспорией на 20%, что составило 17,1 на 100 тыс. нас. (2019 г. – 21,4; 2020 г. – 24,9; 2021 г. – 19,1), при этом показатель заболеваемости в АО более, чем в 2 раза ниже показателей по РФ и ДФО. В 2022 г. показатель заболеваемости трихофитией составил 1,0 на 100 тыс. нас. (2019 г. – 0,8; 2020 г. – 1,0; 2021 – 0,5), заболеваемость увеличилась на 26%, при этом в 2019 году в АО заболеваемость трихофитией в 2,0 ниже показателей по РФ и ДФО (1,59 и 1,70 соответственно). Заболеваемость трихофитией детей 0-14 лет составила 2,71 на 100 тыс. соотв. населения, что ниже показателя по РФ в 1,4 раза (интенсивный показатель в РФ в 2021 составил 3,8 на 100 тыс. населения; в ДФО – 3,6; в АО – 2,02 соответственно).

Анализируя заболеваемость заразными кожными заболеваниями за 2019-2022 гг. следует отметить, что среди всех заболеваний чаще всего регистрируется заболеваемость микозами, затем микроспорией и чесоткой.

Выводы. 1. Анализ заболеваемости ЗКЗ в АО показал более низкую заболеваемость в сравнении с ДФО и РФ, что, по-видимому, связано с противоэпидемическими мероприятиями в условиях пандемии COVID-19. 2. Отмечено преимущественное распространение микозов стоп, кистей и туловища среди населения в возрасте от 40 лет и старше. В динамике показателей отмечалась тенденция к снижению, как по ДФО, так и в целом по РФ. 3. В условиях изоляции при пандемии COVID19 и несвоевременном обращении населения за специализированной медицинской помощью, больные занимались самолечением, что является одной из причин эпидемиологического неблагополучия в регионе. 4. В целях улучшения эпидемиологической ситуации в области, необходимо повысить информированность населения, улучшить качество профилактических мероприятий в местах общественного пользования, а также обеспечить доступность и качество специализированной медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ

СИНДРОМ СВИТА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Плиткина Л.А.^{1, 2}, Ключарева С.В.²

¹Медицинский центр Прайм Роуз,

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

Синдром Свита относится к редким воспалительным заболеваниям из группы нейтрофильных дерматозов, с рецидивирующим течением, характеризующийся поражением кожи эритематозно-инфильтративного характера, лихорадкой, артралгией и нейтрофильным лейкоцитозом.

Впервые описание данного заболевания представил врач Роберт Дуглас Свит в 1964 году.

Классификация

Данное заболевание подразделяется на три клинические формы: идиопатическую, ассоциированную с онкологическими заболеваниями и лекарственную.

Идиопатический (классический) синдром Свита проявляется преимущественно у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. В литературе также описаны клинические случаи возникновения нейтрофильного дерматоза у детей до года и молодых людей. Часто данному заболеванию предшествует инфекция верхних дыхательных путей. Классический синдром Свита может быть связан с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), заболеваниями ЖКТ (иерсиниоз, сальмонеллез), аутоиммунными заболеваниями (тиреоидит Хашимото, синдром Шегрена), а также беременностью.

Синдром Свита, ассоциированный с онкологическими заболеваниями, формируется у пациентов как паранеопластический синдром, наиболее часто при остромиелолойкозе. Среди солидных опухолей часто выявляется рак мочеполовых органов, ЖКТ, молочной железы. Данный дерматоз может возникнуть до, во время или после диагностированного рака у пациента.

Лекарственная форма синдрома Свита чаще всего встречается у пациентов, получавших лечение гранулоцитарным, колониестимулирующим фактором, азатиоприном и All-trans-ретиноевой кислотой. Имеются данные о возникновении синдрома Свита при употреблении миноциклина, фуросемида, противозлептических средств, пероральных контрацептивов, ко-тримоксазола, пропили-оурацила.

Считается, что синдром Свита развивается как реакция гиперчувствительности к антигенам: вирусным, бактериальным, опухолевым. Иницируется каскад цитокинов таких как интерлейкин-1 β (IL-1 β), ИЛ-17 и фактор некроза опухоли- α (TNF- α), которые вызывают клинические проявления дерматоза.

Хороший ответ наблюдается при лечении препаратами глюкокортикостероидов, антибиотиков, так же эффективна химиотерапия, что подтверждается гистопатологическими изменениями.

МАТЕРИАЛЫ

К факторам, индуцирующим развитие синдрома Свита можно отнести фотоиндукцию и феномен Кебнера. Фотоиндукция была подтверждена при пробном фототестировании пациентов. В свою очередь формирование очагов на месте травматизации отмечено при развитии дерматоза на месте внутривенных катетеризаций, биопсий. В эту же группу относятся места укусов насекомых, кошачьих царапин, места проведения лучевой терапии.

Цель работы. Описать клиническую картину редкого дерматоза.

Материалы и методы. Проанализированы отечественные и зарубежные источники (20) с описанием синдрома Свита. В основе диагностики лежит оценка больших и малых критериев, предложенных еще в 1986 г SuWP и LiuHN. Для постановки диагноза синдрома Свита необходимо наличие 2 больших и 2 малых критерия.

Результаты. Дебют заболевания ассоциируется с лихорадкой. Высокая температура может возникнуть на несколько дней или недель раньше, либо одновременно с кожными проявлениями. Высокая температура тела характерна для больных лекарственной формой синдрома Свита. К клинической картине дерматоза относятся миалгия, головная боль, артралгия, общее недомогание. Зуд в области высыпаний возникает редко, так, по данным авторов ретроспективного исследования 77 пациентов, частота жалоб составила 18%.

Кожные очаги представлены болезненными папулами от розового до ярко красного цвета, плотной консистенции, с валикообразными краями, четкими границами. Высыпания могут быть как единичными, так и множественными, характерно асимметричное расположение. Из-за выраженного отека валикообразные края напоминают скопление везикул (явление «иллюзии везикуляции»). Высыпания постепенно увеличиваются в размерах, склонны к слиянию очагов с образованием бляшек неправильной формы. Наиболее часто очаги располагаются на лице, шее, верхних конечностях.

Кожные проявления могут быть представлены в виде пустулезного дерматоза, в таком случае множественные пустулы формируются на эритематозном фоне или поверх папул. Очаги так же могут быть буллезными и подвергаться изъязвлению, такое течение возникает преимущественно у пациентов с паранеопластическим синдромом.

У пациентов возможны рецидивы заболевания, в таком случае очаги формируются в тех же местах.

Высыпания разрешаются с центра, что приводит к формированию дугообразных очагов. Разрешение может быть, как после лечения, так и начаться спонтанно, при этом рубцов не остается.

Гистологическая картина дерматоза представлена инфильтрацией верхнего и среднего слоев дермы зрелыми нейтрофилами, реже затрагивает эпидермис и жировую ткань.

Выводы. Синдром Свита - редкий и трудно диагностируемый дерматоз. Особенности клинической картины синдрома Свита необходимо учитывать в практике дерматолога при проведении обязательной дифференциальной диагностики со схожими заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ

**ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИЙ,
ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ЖЕНЩИН
НА РАЗНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ**

Порфириади Е.В., Сергеева И.Г., Квардакова А.К.

Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет,
Новосибирский областной клинический
кожно-венерологический диспансер,
г. Новосибирск

Введение. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) могут встречаться на любом сроке беременности. ИППП повышают вероятность выкидышей, невынашивания, могут быть причиной фетоплацентарной недостаточности, послеродовых воспалительных заболеваний, а также внутриутробных и неонатальных инфекций.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения инфекций, передаваемых половым путем у женщин, находящихся на разных сроках беременности.

Материалы и методы. Методом простой последовательной выборки, при обращении в кожно-венерологический диспансер беременных, было отобрано 40 женщин с подтвержденными лабораторно ИППП. Из них 32 человека были направлены акушером-гинекологом и 8 пациенток обратились самостоятельно. В первом триместре беременности было 14 человек, во втором – 14, в третьем – 12.

Всем беременным выполняли стандартные анализы на ИППП: микроскопический мазок на флору U,V,C, нативный мазок, бактериологический посев U,V,C на *Trichomonas vaginalis*, ПЦР ДНК *N.gonorrhoeae*, ПЦР ДНК *Chlamydia trachomatis*, ИФА САТ к *treponema pallidum*, ИФА ВИЧ. При осмотре оценивали жалобы и данные клинического обследования.

Результаты. По результатам исследования у 40 пациенток: были диагностированы урогенитальный трихомониаз у 32 (80%) человек – у 12 в первом триместре, у 9 – во втором и у 11 – в третьем триместре, хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта была выявлена у 22 (55%) пациенток – у 10, 7 и 5 в первый, второй и третий триместры соответственно.

Также следует отметить, что у 14 (35%) пациенток были обнаружены обе инфекции, в первом триместре у 8 человек, во втором – у 2 и в третьем – у 4. Среди беременных было 3 пациентки с ВИЧ инфекцией, которые уже состояли на учете в СПИД центре (1 в первом триместре, 2 во втором), также в 1 триместре была пациентка у которой были АТ к *Treponema pallidum* (сифилис в анамнезе, лечение получала, на учете состояла).

При оценке жалоб важно отметить, что 29 (72,5%) пациенток не предъявляли жалоб, у 7 (17,5%) человек были тянущие боли внизу живота (из них 3 пациентки с трихомониазом и 4 пациентки с сочетанием урогенитального трихомониаза

МАТЕРИАЛЫ

и хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта) и у 4 (10%) беременных были патологические выделения из половых путей (все 4 пациентки с урогенитальным трихомониазом).

Объективно у 37 (92,5%) пациенток (15 пациенток с урогенитальным трихомониазом, 8 с хламидийной инфекцией нижних отделов мочеполового тракта, 11 с сочетанием инфекций), при осмотре отмечали гиперемию и отечность слизистой оболочки вульвы и влагалища; у 3 пациенток (2 с хламидиозом, 1 с трихомониазом) не отмечали гиперемии и отека слизистой оболочки вульвы и влагалища. Петехиальные кровоизлияния на слизистые оболочки шейки матки были обнаружены у 10 (25%) человек – 2 пациентки с трихомониазом, 3 с хламидийной инфекцией и 5 с сочетанием инфекций. Патологические серо-желтые вагинальные выделения отмечались у 4 пациенток (все пациентки с урогенитальным трихомониазом).

Также следует отметить, что лечение проводили препаратами 1 линии терапии. На контроль пришли 40 (100%) женщин – по результатам повторного исследования ИППП выявлено не было, у всех наступило лабораторное и клиническое выздоровление.

Выводы. В 72,5% случаев у беременных отмечается асимптомное течение как урогенитального трихомониаза (A59.0), так и хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта (A56.0).

Основные жалобы, предъявляемые пациентами, были на тянущие боли внизу живота (17,5%) и патологические выделения из половых путей (10%). Объективно чаще всего отмечается гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы и влагалища (72,5%), патологические выделения из половых путей (7,8%), а также петехиальные кровоизлияния на шейке матки (19,6%).

Современная этиотропная терапия 1 линии для лечения ИППП у беременных, показала свою эффективность в 100% случаев.

АКТИНИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ, ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ

Приб М.И.

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

Актинический кератоз (АК) – это новообразование из кератиноцитов (эпителиальная опухоль), возникающее на коже вследствие длительного воздействия ультрафиолетового излучения. УФ-облучение вызывает мутацию гена-супрессора опухоли p53, способствует мутациям, при которых гуанин ДНК замещается тиминном, а также проникает глубоко к коже где стимулирует выработку активных форм кислорода, которые повреждают клеточные мембраны, их ядра и белки, что

МАТЕРИАЛЫ

считается причиной развития АК. Традиционно очаг АК описывается, как чешуйчатая папула на эритематозной основе, которая развивается в зонах, анатомически подверженных УФ-воздействию: кожа лица, волосистость части головы (ВЧГ), верхней части туловища и тыльной поверхности кистей рук. Поскольку он имеет потенциал для злокачественной трансформации в немеланомный рак кожи (НМРК), особенно в ПКР, рекомендуется лечение всех проявлений АК.

Цель. Оценка эффективности лечения актинического кератоза (АК) лазером на парах меди.

Материалы и методы. В период с 2022 по 2023 г. было обследовано 40 пациентов с АК I и II степени по шкале Олсена. 25 пациентов (62,5%) имели I степень – мягкие и тонкие, легко осязаемый и едва заметный очаги АК и 15 пациентов (37,5%) II степень – легко видимый и осязаемый, умеренные, выявляемые при тщательной пальпации.

Единичные патологические образования были у 28 пациентов (70%) и у 12 (30%) множественными (от 2 до 5 эл-в) и располагались на коже лица и ВЧГ. По длительности: 24 пациентов (60%) утверждали, что данные образования были впервые обнаружены примерно 1 год назад, 14 (35%) – 6 месяце, а 2 (5%) – 2 месяц. У 30 пациентов (75%) отмечался I фототип кожи и у 10 (25%) II фототип. У всех пациентов были жалобы на «шершавость» коже в области образования, шелушение, пятно и эстетический аспект. Применялась методика: 1. сбор анамнеза, анкетирование; 2. визуальный осмотр, пальпация; 3. фотофиксация и дерматоскопия; 4. бальная оценка эффективности лечения. У всех больных оценивали состояние кожного покрова и эффективность лазеролечения с помощью лазерной установки на парах меди по разработанной анкете, в которой оценивалось: «эстетическое удовлетворение» «раздражение кожи», «шелушение», «гиперемия» и «период восстановления» которую оценивали по 3 критериям: «абсолютно удовлетворен – 3 балла», «удовлетворен – 2 балла» и «не удовлетворен – 1 балл».

Лечение проводилось без анестезии с помощью лазерной установки на парах меди «Яхрома-Мед», генерирующая импульсный свет на длине волны 578 нм с длительностью импульса 15 нс и частотой повторения импульсов 16,6 кГц. Средняя мощность лазера на парах меди для лечения устанавливалась в диапазоне 0,8 Вт. Каждое образование плотно обрабатывалось лазерным лучом до полного удаления патологического очага.

Результаты. Установлено, что 40 пациентов подтвердили пребывание на солнце без солнцезащитного крема и головного убора. У всех пациентов при осмотре были выявлены дефекты кожи на лице и ВЧГ в виде плоских чешуйчатых папул на гиперемизированной основе, с помощью метода дерматоскопии были обнаружены эритематозные псевдосеть, дискретные шкалы, кератотические и увеличенные фолликулярные отверстия – все это подтверждало диагноз АК. Процедуру все больные переносили хорошо, уход за кожей после сеанса лечения заключался в нанесении несколько раз в день тонкого слоя антибактериального препарата до образования струпа. Очищение кожи от корочки происходило через 5 дней, после чего цвет кожи был светло-розовый, а через 14 дней кожа приобретало естественный цвет.

МАТЕРИАЛЫ

Через 4-8 недель и 8-12 месяцев так же проводились повторные осмотры: у пациентов отсутствовали жалобы на высыпания на коже. При дерматоскопии признаков АК не обнаружилось. В результате тестирования пациентов до и после лечения по трехбалльной системе, определили, что основные субъективные ощущения больных до исследования составляли в среднем $1,5 \pm 0,5$ балла, после лазеротерапии показатели изменились до $2,75 \pm 0,25$ баллов. Таким образом, на 21-й день лечения отмечалось улучшение патологического процесса на коже (разрешение гиперемии и шелушения, отсутствие дефекта кожи). Необходимо отметить, что уже на 5-6-ой день после лечения пациенты отмечали отсутствия главных жалоб: шелушение, шершавость и гиперемии.

При оценке переносимости лазерного лечения все пациенты отметили отличное качество данной терапии – критерий составил 3,0 балла. Среди 40 пациентов (100%) – все отметили значительное улучшение состояния кожных покровов и готовность к повторному лечению при необходимости.

Выводы. Эффективность лечения АК селективным лазером на парах меди очень высокая и равна 100%. Преимуществом данного метода терапии является однократность, локальное воздействие, относительно быстрое заживление, а также то, что лечение можно проводить сразу после консультации - что повышает эффективность лечения, снижает время реабилитации и дает очень хороший косметический результат.

МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Прожерин С.В.

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

Предупреждение распространения на территории Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), является главной целью Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции на период до 2030 года. Один из целевых показателей реализации указанной стратегии – охват населения медицинским освидетельствованием на ВИЧ. К 2030 г. значение этого критерия должно быть не менее 39%. Скрининг на ВИЧ-инфекцию направлен, прежде всего, на раннее выявление среди населения лиц, которые еще не осведомлены о своем положительном ВИЧ-статусе, а также на привлечение их к диспансерному наблюдению и проведению антиретровирусной терапии.

Цель и задачи. Изучить результаты исследования образцов крови на наличие антител к ВИЧ среди граждан России с подозрением или подтвержденным диагнозом инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), за период 2012-2021 гг.

МАТЕРИАЛЫ

Материалы и методы. Проведен анализ сведений, содержащихся в информационных бюллетенях «ВИЧ-инфекция» №№38-47 федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. В случаях различия данных за отдельные годы в разных выпусках бюллетеня, для расчета использовались наиболее поздние (уточненные) сведения. Расчетные показатели представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). При анализе динамических рядов применялся метод укрупнения интервалов (2012-2016 гг. и 2017-2021 гг.).

Результаты. За исследуемый период (по данным формы федерального государственного статистического наблюдения №4) протестировано около 7,9 млн образцов крови на наличие антител к ВИЧ, взятых у лиц с подозрением или подтвержденным диагнозом ИППП (код обследуемого контингента – 104). Максимальное число исследований проведено в 2012 г. (897 260), минимальное – в 2021 г. (579 046). Ежегодно в среднем по стране тестировалось на маркеры ВИЧ по 104 коду 785 736,6 \pm 33 234,3 проб крови. Наибольшее число анализов проводилось в Сибирском (200 646,9 \pm 10 915,5 тестов в год), Приволжском (184 004,3 \pm 6 441,7), Центральном (94 068,4 \pm 8764,9) и Уральском (93 556,2 \pm 8 195,2) федеральных округах (ФО). Число вновь выявленных случаев серопозитивности к ВИЧ в 2012-2021 гг. составило в среднем 545,3 \pm 28,4 (минимум в 2012 г. – 429,9; максимум в 2015 г. – 671,6) в пересчете на 100 тыс. исследованных образцов крови. Больше всего ВИЧ-позитивных проб диагностировалось в Уральском (1208,2 \pm 57,0), Сибирском (616,6 \pm 45,4) и Приволжском (519,9 \pm 32,7) ФО. В последние пять лет изучаемого периода (2017-2021 гг.) при сравнении с 2012-2016 гг. регистрируется снижение общероссийских значений данного показателя на 7,6% (с 566,8 \pm 52,6 до 523,8 \pm 32,0) на фоне разнонаправленной динамики в федеральных округах. Однако из всех обследуемых на наличие ВИЧ-инфекции контингентов населения число положительных проб среди лиц с подозрением или подтвержденным диагнозом ИППП (в расчете на 100 тыс. исследованных образцов) в 2017-2021 гг. уступает лишь тестируемым по кодам: 103 (мужчины, имеющие секс с мужчинами – 18 518,7 \pm 1 583,7), 120 (обследование при проведении эпидемиологического расследования – 5505,1 \pm 63,2), 102 (лица, употребляющие психоактивные вещества – 2176,4 \pm 469,1) и 112 (лица, находящиеся в местах лишения свободы – 2158,7 \pm 123,3). В этот же период в целом среди всех обследованных на наличие ВИЧ-инфекции россиян ежегодно выявлялось 295,0 \pm 30,4 ВИЧ-позитивных образцов крови на каждые 100 тыс. проведенных исследований.

В настоящее время порядок медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию регламентируется санитарными правилами и нормами СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных заболеваний» (СП). Лиц с подозрением или подтвержденным диагнозом ИППП относят к уязвимым по ВИЧ-инфекции группам населения. Данный контингент рекомендуется обследовать на маркеры инфицирования ВИЧ при установлении диагноза и через 6 мес. Стандартный вариант скрининга предполагает определение антител к ВИЧ-1/ВИЧ-2, а также антигена р24. СП не предусмотрен дифференцированный подход в проведении повторного исследования на ВИЧ в зависимости от результатов эпидемиологического расследования.

Нельзя не отметить, что в действующих клинических рекомендациях по ИППП и их проектах отсутствует единая тактика медицинского освидетельствования на ВИЧ.

МАТЕРИАЛЫ

Выводы. Высокая выявляемость новых случаев ВИЧ-инфекции среди больных с подозрением или подтвержденным диагнозом ИППП свидетельствует о целесообразности и необходимости проведения их обследования на маркеры инфицирования ВИЧ. Учитывая высокую социальную и эпидемиологическую значимость раннего выявления у населения ВИЧ-инфекции, требуется уточнение показаний и сроков проведения тестирования на ВИЧ в клинических рекомендациях по ИППП при их актуализации.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Радионов В.Г.¹, Радионов Д.В.², Хайминов Е.М.¹

¹Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки,

²Клиника дерматологии и косметологии
ООО «Молекулярная диагностика плюс»,
г. Луганск

Актуальность. На современном этапе развития дерматоонкологии, для лечения рака кожи существует большое количество методов, к сожалению, несмотря на их количество и разнообразие, ни один из методов не дает гарантии полного излечения, а вероятность развития рецидивов после проведенного лечения велика и каждый из имеющих место методов терапии имеет свои недостатки.

Цель работы. Определить степень эффективности оперативных и консервативных методов комплексного лечения предраков и рака кожи.

Материал и методы. При отсутствии эффективных методов лечения, позволяющих добиться полного излечения и избежать рецидивов заболевания, нами используется в течение последних почти 20 лет с хорошими отдаленными результатами комбинированная терапия с применением аппаратных деструктивных или хирургических методов лечения опухолей, с преимущественной локализацией в области лица, параллельно с фокальным и перифокальным введением иммуномодуляторов (рекомбинантные интерфероны альфа-2b).

Результаты и заключение. Одной из основных первопричин образования рецидивов связано с тем, что существующие границы опухоли, превышают видимые ее очертания и подобрать адекватную площадь для деструкции или определить границы иссечения новообразования довольно сложно, например, как при синдроме Горлина-Гольтца и др., поэтому возможности применения существующих методов лечения ограничиваются. Методика позволяет добиться синергизма действия, тем самым существенно повысить эффективность проводимой комплексной терапии при узелковых и узелково-язвенных базалиомах, некоторых предраках кожи с хорошими отдаленными результатами, а главное с минимальным процентом рецидивов.

МАТЕРИАЛЫ

40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ

Радионов В.Г.¹, Радионов Д.В.²

¹Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки,

²ООО «Молекулярная диагностика плюс»,

г. Луганск

Актуальность. В последние годы наблюдается постоянный рост заболеваемости населения различными новообразованиями кожи, значительную долю которых составляют доброкачественные новообразования и предраки кожи. В связи с этим актуальным является совершенствование подходов к диагностике, профилактике и лечению данной патологии. В случае ошибочного установления диагноза, больной подвергается неоправданно травмирующему хирургическому лечению, что обуславливает формирование косметического дефекта, сопровождающегося рубцовой деформацией ткани и формированием функциональных нарушений. Несмотря на достигнутые успехи в оперативном лечении, в определенных случаях хирургический метод теряет свою актуальность, за счет появившихся новых методов лечения, таких как лазерная хирургия.

Цель работы. Разработать методики лазеротерапии и определить ее клиническую эффективность в лечении дерматологических и дерматоонкологических заболеваний.

Материал и методы. Нами, еще в 1980-1981 гг. была создана одна из первых лазерных лабораторий в Украине, насчитывающей более 10 лазерных аппаратов, работающих в трех областях спектра: красном, фиолетовом и сине-зеленом (гелий-неоновые, гелий-кадмиевые и аргоновые). Это позволило нам проведение как экспериментальных, так и клинических исследований, что, впоследствии отразилось в нескольких сотнях научных публикаций, написанию кандидатских и докторских диссертаций. Проведенные нами экспериментальные исследования по изучению влияния трех спектров лазерного излучения на «капилляротоксические» свойства сыворотки крови больных, позволили разработать методики как наружной гелий-неоновой лазеротерапии (с длиной волны 0,63 мкм) при трофических язвах, язвенно-некротических васкулитах кожи, хронической язвенной пиодермии и др., с целью стимуляции процессов репаративной регенерации, так и проведение внутрисосудистого лазерного облучения крови при многих соматических заболеваниях, в последствии названной ВЛОК. Несмотря на значительное число на тот период времени врачей и научных работников-скептиков, отвергавших лазеротерапию, разработанные и наработанные методики ее применения живут и по день сегодняшний. Напротив, очень сложно на данный период представить любое направление в здравоохранении, где в той или иной мере не использовались бы лазерные излучатели или методы лечения с их применением.

Сегодня, для деструкции новообразований кожи, в том числе в косметологии и эстетической медицине, все чаще используют различные высокоинтенсивные лазерные установки, которые различаются по материалу рабочей среды. Используя

МАТЕРИАЛЫ

с 1980 года в эксперименте и клинике аргоновый лазер, нами было положено начало его применения в лечении сотен больных с доброкачественными (мягкие фибромы, кератомы, кондиломы, папилломы и др.), а также некоторых факультативных, облигатных предраков и злокачественных опухолей кожи с проведением предварительной инцизионной биопсии.

Среди большого разнообразия лазерных систем особую нишу занимают диодные лазеры, генерирующие излучение в инфракрасном диапазоне с длиной волны 810-1470 нм. Эти установки, как и СО₂ лазеры, мы используем в лечении многих сотен пациентов отделения опухолей кожи, уже в течение почти 20 лет с хорошим терапевтическим и косметическим эффектом. Данные лазеры отечественного производства имеют невысокую стоимость, просты в обслуживании, малогабаритны, надежны в эксплуатации и позволяют использовать в дерматоонкологической практике, как коллиматор, так и световод, позволяющий подвести лазерное излучение к очагу в труднодоступных зонах. Излучение диодного лазера хорошо поглощается важнейшими эндогенными хромофорами кожи – меланином, гемоглобином, водой и коллагеном. Немаловажными являются также экзогенные хромофоры, такие как пигмент для татуировок. Данные лазеры позволяют сформировать четкие границы зоны коагуляционного некроза, обеспечить надежный гемостаз, избежать диффузного и перифокального воспаления, что влечет за собой раннее формирование грануляционной ткани, незначительные сроки регенерации послеоперационных ран, они предотвращают развитие осложнений, дисхромий кожи, рецидивов и приводит к формированию на месте новообразования нормо-трофического рубца.

Выводы. Таким образом, наш 40-летний опыт использования высокоинтенсивных лазеров в лечении больных доброкачественными новообразованиями, предраками и рака кожи, свидетельствует о целесообразности их применения в дерматоонкологической практике с целью достижения хорошего терапевтического и косметического результата.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА С ПОМОЩЬЮ МЕТАБОЛОМНОГО СКРИНИНГА

Рогачева В.В.¹, Кулес И.В.²

¹Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова,

²Международная ассоциация клинических
фармакологов и фармацевтов,
Москва

Актуальность. Псориаз – генетически детерминированное, иммунозависимое заболевание, с хроническим рецидивирующим течением, характеризующееся гиперпролиферацией кератиноцитов, нарушением процессов дифференцировки клеток и воспалительной реакцией в дерме.

МАТЕРИАЛЫ

Патология имеет повышенный риск коморбидных заболеваний, таких как, например, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, воспалительные заболевания кишечника, психические заболевания и другое.

Поэтому важен поиск новых методов прогнозирования и оценки коморбидных состояний у пациентов с псориазом. В этом случае клиническая метабомика является перспективным инструментом диагностики и прогнозирования заболеваний.

Цель исследования. Изучение показателей аминокислот и лактата в периферической крови пациентов с вульгарным псориазом.

Материалы и методы. Исследование проводили на кафедре кожных и венерических болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова и лаборатории хроматографических исследований – ООО «ХРОМОЛАБ». В исследовании были включены 15 пациентов с вульгарным псориазом, которым была назначена лекарственная терапия препаратом нетакимаб, по схеме 120 мг в виде двух подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) каждая 1 раз в неделю на неделях 0, 1, 2, затем 1 раз каждые 4 недели в течение всей жизни, на базе УКБ №2 клинического центра Первого Московского Государственного Медицинского Университета им И.М. Сеченова. Исследование крови пациентов производилось до начала терапии, спустя 2 недели и 2 месяца от 1 инъекции соответственно. На протяжении 2 месяцев каждый пациент получил 4-5 инъекций.

Уровни аминокислот определялись в плазме крови методом ВЭЖХ-МС на тройном квадрупольном масс-спектрометрическом детекторе Shimadzu LC-MS 8030 с применением реагентов Chromsystems, и на аминокислотном анализаторе AAA 400 (INGOS).

Концентрация молочной кислоты определялась на биохимическом анализаторе StatFax 1904 Plus (Awareness Technology, США) колориметрическим методом с помощью набора реагентов Vital («Витал Девелопмент Корпорейшн», Россия) и NEFA FS DiaSys (DiaSys, Германия). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.0.5

Результаты и обсуждение. Исследование воспалительного статуса пациентов с вульгарным псориазом на фоне лечения препаратом нетакимаб демонстрирует корреляцию между уровнем молочной кислоты, глутамина, лейцина, изолейцина.

Под влиянием препарата моноклональных антител, после первой инъекции через 14 дней отмечалось снижение уровня молочной кислоты, тогда как уровни глутамина, лейцина, изолейцина повышались относительно исходных показателей на момент включения пациентов в исследование.

Также проводилась корреляция между уровнем индекса PASI и уровнем пролина. На фоне лечения препаратом нетакимаб отмечалось снижение индекса PASI и напротив повышение уровня пролина в периферической крови, что указывает на процесс восстановления тканей в связи с пролиферацией кератиноцитов, в котором пролин активно участвует.

Кроме того, проводилась оценка психоэмоционального фона пациентов в динамике лечения препаратом нетакимаб. Для этого использовался тест MFI-20, а в частности подраздел теста «снижение мотивации». Корреляцию проводили с уровнями таких аминокислот как орнитин и цитруллин, которые являются важными участниками орнитинового цикла, нарушения в котором могут влиять на психоэмо-

МАТЕРИАЛЫ

циональное состояние человека. В динамике лечения препаратом нетакимаб отмечалось снижение уровня теста MFI-20 и напротив повышение орнитина и цитруллина.

Таким образом, введение препарата нетакимаб имело зависимый эффект на снижение активности процесса гликолиза (молочная кислота), а также снижало потребность в глутамине. Данные химические вещества активно расходуются активированными иммунными клетками при воспалительном процессе.

Важно отметить, что определение уровня пролина в интервале 1-12 месяцев лечения можно использовать в качестве прогноза регресса высыпаний на фоне терапии моноклональными препаратами, что подтверждается и рядом аналогичных исследовательских работ.

Динамика повышения уровня цитруллина и орнитина коррелирует с улучшением мотивационной составляющей пациентов на фоне применения препарата нетакимаб. В свою очередь после инъекции препаратом нетакимаб отмечается нарастание уровня орнитина, который к 2 месяцам опять имеет тенденцию к снижению. Это может быть связано с тем, что за счет орнитина повышается уровень пролина. Из этого следует, что орнитин может быть биохимическим источником пролина, который расходуется на восстановление тканей путем пролиферации кератиноцитов. Поэтому колебания в психоэмоциональном фоне у пациентов с псориазом могут быть связаны с процессом восстановления поврежденной кожи.

Выводы. Оценка аминокислотного профиля с помощью метаболомного скрининга необходима для лучшего понимания патофизиологических процессов, участвующих в активной стадии заболевания у конкретного пациента, оценки эффективности проводимой терапии, а также для поиска новых диагностических или прогностических биомаркеров различных коморбидных состояний. Все эти факторы могут дать ранний прогноз эффективности фармакотерапии псориаза, а также повысить профилактику и коррекцию коморбидных заболеваний у таких пациентов.

В настоящее время, исследовательская работа продолжается с расширением выборки пациентов и увеличения количества показателей метаболомной скрининговой панели.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА И ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В КЛИНИКАХ ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ В 2016-2023 ГГ.

Рудых Н.М.

Иркутский государственный медицинский университет,
г. Иркутск

Актуальность. Для определенной части больных с псориазом и псориатическим артритом (ПсА) базисные виды терапии являются низкоэффективными, что является показанием для назначения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

МАТЕРИАЛЫ

Цель исследования. Провести оценку экономической эффективности лечения псориаза и ПсА с применением ГИБП в Клиниках ФГБОУ ВО ИГМУ на основе разных моделей финансирования в 2016-2023 гг.

Материалы и методы. В дерматологическом отделении Клиник ФГБОУ ВО ИГМУ генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ) применяется в течение 8 лет. За это время терапию получили/получают 42 пациента с тяжелым и среднетяжелым бляшечным псориазом и ПсА. Для терапии применялись следующие ГИБП: секукинумаб, нетакимаб, гуселькумаб, голимумаб.

Результаты и обсуждение. Все вышеописанные ГИБП, применяемые в нашей практике, продемонстрировали высокую клиническую эффективность в сфере своих показаний. С 2016 г. по 2021 г. терапию с применением ГИБП дерматологическим пациентам можно было проводить как по клинко-статистическим группам специализированной медицинской помощи (КСГ), так и в рамках высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (ВТМП). При этом модели лечения дублировали друг друга.

В 2022 г. сохранялась возможность генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) в рамках и КСГ и ВТМП. При этом, для специализированной медицинской помощи была проведена разгруппировка, в результате которой были сформированы 3 уровня КСГ для ГИБП (с подуровнями для возрастных групп) для дневного и круглосуточного стационаров. 3х-уровневая система КСГ была основана на объединении в группы биологических препаратов по принципу соответствия ценового диапазона (для фиксированной цены ЖНВЛП) («Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 г. и плановый период 2023 и 2024 годов»). Однако, в результате разброса цен на ГИБП, данная модель не отражала объективного объединения в группы и с 2023 г. предполагалась разгруппировка КСГ с формированием уже 20 групп. Также обсуждался вопрос об устранении дублирования методов лечения с применением ГИБП в рамках КСГ и ВТМП.

С 2023 г. в соответствии с «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 г. и плановый период 2024 и 2025 годов» терапия с применением ГИБП регламентирует инициацию препаратом (нагрузочная доза) в рамках ВТМП, а поддерживающее лечение – в рамках 20 групп КСГ. Однако, несмотря на более детальную разгруппировку, тарифы КСГ были основаны на фиксированной цене ЖНВЛП без учета НДС, региональной оптовой торговой надбавки, прочих затрат лечебного учреждения.

В дерматологическом отделении Клиник ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ лечение пациентов ГИБП с псориазом и ПсА с 2016г. по 2021г. проводилось в рамках КСГ, в 2022 г. – ВТМП, в 2023 г. – ВТМП и КСГ (инициация и поддерживающая терапия соответственно).

С 2016 г. по 2020 г. тариф оплаты ГИБТ за один законченный случай лечения (ЗСЛ) в круглосуточном стационаре по КСГ был стабильным и составлял в среднем 157 739,38 руб. (для сравнения по ВТМП – 109 149,83 руб.). При этом, средний финансовый результат оплаты за один ЗСЛ по КСГ с учетом затрат лечебного уч-

МАТЕРИАЛЫ

реждения в соответствии с кодами экономической классификации за данный период, был представлен «экономией» в размере 63 612,91 руб.

В 2021 г. средний тариф оплаты ГИБТ по КСГ за один ЗСЛ вырос и составлял 243 163,74 руб. (по ВТМП – 119 204,77 руб.), а средний финансовый результат характеризовался «экономией» в размере 126 445,27 руб.

В 2022 г. лечение пациентов с применением ГИБТ проводилось только на основе ВТМП в связи с тем, что тарифы КСГ после разгруппировки на 3 группы не покрывали затраты (прямые и косвенные). Средний тариф оплаты ВТМП при этом составил 121 094, 60 руб. за один ЗСЛ, а средний финансовый результат был представлен «экономией» в размере 41 526,00 руб.

В 2023 г. (5 месяцев плюс планирование) в результате разгруппировки КСГ для ГИБП на 20 групп средний суммарный тариф оплаты за один ЗСЛ для применяемых в отделении биологических препаратов (голимумаб, секукинумаб, нетакимаб, гуселькумаб) составил 69 147,22 руб. Данный тариф не покрывал затраты, что выразилось в финансовом результате за один ЗСЛ в форме «перерасхода» в размере -20 413,06 руб. В итоге, за счет средств благотворительности средний суммарный расход по всем КСГ и ВТМП составил 63 972,31 руб. за один ЗСЛ, в результате чего был достигнут финансовый результат в виде «экономии» в размере 5 174,91 руб.

Объем финансовых средств, образующийся в результате прямых и косвенных затрат лечебного учреждения, позволяет направить их на развитие в дальнейшем самой ГИБТ, как на наиболее перспективное направление современной дерматологии, а также на повышение качества оказываемой медицинской помощи в целом.

Выводы. Таким образом, ГИБТ – современный и востребованный подход в лечении среднетяжелых и тяжелых форм псориаза и ПсА. При соответствующем финансовом обеспечении данный метод может иметь более широкое внедрение в лечебный процесс дерматозов (в соответствии с показаниями), не отвечающих на другие методы системной терапии.

МЕСТО ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

Санькова М.В., Николенко В.Н., Оганесян М.В.
Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова,
Москва

Актуальность. Последние десятилетия ознаменовались существенным ростом распространенности аллергических поражений кожи, как среди взрослого населения, так и среди детей. Всего за двадцать лет частота встречаемости нетипичных ответов иммунной системы возросла более чем в 10 раз, достигнув в некоторых группах населения 25% и более. Повышению восприимчивости к аллер-

МАТЕРИАЛЫ

генам способствуют ухудшающаяся экология современных мегаполисов, большое количество сенсibilизирующих бытовых агентов, неправильное питание и образ жизни. Немаловажный вклад в нарушение функции иммунных клеток внесла пандемия COVID-19. Лечение аллергических поражений кожи представляет собой сложную задачу, решение которой требует слаженного взаимодействия большого круга специалистов, включая терапевта, иммунолога, психолога, невролога, инфекциониста, гастроэнтеролога и дерматолога. В последнее время особое значение в поддержании гомеостаза иммунитета отводится кишечной микробиоте, поэтому перспективным направлением в рамках комплексной терапии аллергических поражений кожи является применение пробиотиков.

Цель исследования. Установить пробиотики с доказанным противоаллергическим эффектом для подбора оптимального пробиотического препарата при лечении аллергических поражений кожи.

Материал и методы. Основой научно-аналитического исследования явились данные электронных библиотек e-Library.ru, Cochrane-Library и КиберЛенинка, поисковой системы Академии Google и баз медицинских статей PubMed-NCBI, Embase и Medline. Применялись аналитический и структурно-логический методы.

Результаты и обсуждение. Большинство иммунных ответов организма реализуется на уровне слизистых оболочек, которые служат первой линией обороны и находятся под непрерывной антигенной нагрузкой. Ведущее место в системе барьерных органов занимает кишечник, который является самым большим иммунным компонентом человеческого организма, содержащим около 80% всех иммунокомпетентных клеток. Многочисленными исследованиями было доказано, что компоненты клеточной стенки и внутреннего содержимого нормальных кишечных микроорганизмов хорошо распознаются Toll- и NOD-подобными рецепторами, экспрессируемыми эпителиоцитами кишечника, клетками Панета и клетками врожденного иммунитета. Это взаимодействие крайне необходимо для стимуляции продукции слизи, секреторного IgA и антимикробных пептидов, а также для уплотнения межклеточных контактов и уменьшения проницаемости эпителиального пласта кишечника. Присутствие кишечной микробиоты имеет большое значение для развития изолированных лимфоидных узелков собственной пластинки, необходимых для осуществления эффективного адаптивного клеточного иммунитета и сдвига T-helpers-1/T-helpers-2 баланса в сторону T-helpers-1, контролирующей его осуществление и препятствующих гиперактивации проаллергенных реакций. Кроме того, существуют факты, свидетельствующие о противовоспалительном эффекте кишечной микробиоты, который реализуется через постоянную стимуляцию комменсал-специфических T-регуляторных клеток, продуцирующих главный противовоспалительный цитокин – интерлейкин-10. Спектр терапевтического воздействия пробиотических препаратов определяется видами входящих в него микроорганизмов, их свойствами и диапазонами их действия. В последние годы пробиотические микроорганизмы получили широкое распространение в качестве профилактического и терапевтического средства для лечения всех видов аллергии. Особенно перспективным в этом направлении считается применение таких симбионтов, как *Bifidobacterium breve* и *Lactobacillus helveticus*. Действи-

МАТЕРИАЛЫ

тельно, в ряде клинических исследований была доказана противоаллергическое действие *Bifidobacterium breve* посредством IL-33/ST2 сигнализации. Кроме того, эффективность этих пробиотических бактерий в уменьшении симптомов аллергии достигается подавлением иммунного ответа Т-хелперов второго типа (Th) и модуляции системного баланса Th1/Th2. Специфическая ферментативная активность *Lactobacillus helveticus* повышает биодоступность питательных веществ и способствует расщеплению аллергенов. Кроме того, что они облегчают симптомы хронической аллергии, подавляя активность эозинофилов как в крови, так и в назальной жидкости. Консорциум из этих бактерий микробиома человека является основой создаваемых в последнее время комплексных биопробиотиков направленного противоаллергического действия.

Выводы. Нормальная кишечная микробиота является одним из важных компонентом многоуровневой системы защиты барьерных тканей, включающей в себя гуморальные факторы, клетки врожденного и адаптивного иммунитета, а также неиммунные механизмы защиты. Применение пробиотических препаратов, включающих установленные пробиотические микроорганизмы, будет способствовать нормализации иммунного баланса, что позволит увеличить эффективность проводимой противоаллергической терапии, снизить дозы основных групп препаратов и предотвратить развитие осложнений.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА *GSTP1* С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Саранюк Р.В.¹, Ефанова Е.В.², Бушуева О.Ю.³, Полоников А.В.³

¹Центр Медицинских осмотров и профилактики,

²Медвенская центральная районная больница,

³Курский государственный медицинский университет,

г. Курск

Актуальность. Псориаз является распространенным, генетически обусловленным, мультифакториальным заболеванием кожи, поражающим 1-3% населения планеты. В патогенезе заболевания играют роль множество факторов, включая нарушения механизмов врожденного и приобретенного иммунитета. Также немаловажную роль в патогенезе псориаза играет окислительный стресс и связанное с ним системное воспаление. В данном контексте полиморфные варианты генов глутатион-S-трансфераз, участвующих в детоксикации потенциально опасных молекул экзотического происхождения, представляют собой привлекательные объекты для изучения молекулярных механизмов развития болезни.

Цель исследования. Целью настоящего исследования было изучение ассоциаций однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) гена *GSTP1* с риском развития псориаза.

МАТЕРИАЛЫ

Материалы и методы. Исследование проведено на выборке неродственных жителей Центральной России славянского происхождения общей численностью 944 человека, включая 474 пациента с псориазом (252 мужчины и 222 женщины) и 470 здоровых индивидов. Проведено генотипирование образцов ДНК пациентов по 4 SNP (rs1790753, rs1695, rs749174, rs1138272) гена GSTP1 с помощью геномного масс-спектрометра MassArrayAnalyzer-4. Уровень значимости ассоциаций (Pperm) оценивался посредством пермутационного теста с помощью программы PLINKv1.9.

Результаты и обсуждение. Установлено, что полиморфизм rs1790753 гена GSTP1 ассоциирован с повышенным риском развития псориаза (OR=1.41 95% CI,01-1,98, Pperm=0.04 рецессивная модель). Стратифицированный анализ по полу показал, что SNPrs1790753 гена GSTP1 связан с повышенным риском развития псориаза у женщин (OR=2.02 95% CI,22-3,34, Pperm=0.006). У мужчин ассоциации полиморфных вариантов гена GSTP1 и риском развития псориаза не установлено.

Выводы. Впервые была установлена ассоциация полиморфизма rs1790753 гена GSTP1 с повышенным риском развития псориаза, причем влияние данного генетического варианта на риск развития болезни наблюдался исключительно у женщин. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения природы пол-специфического эффекта полиморфизма rs1790753 гена GSTP1 на развитие псориаза.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И КЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА РАСТЕНИЙ РОДА ANGELICA НА ПРОЦЕССЫ РОСТА ВОЛОС

Сафонова Л.А.¹, Теряев А.С.², Волчек И.А.^{1,2}

¹Медицинский институт непрерывного образования

Российского биотехнологического университета (РОСБИОТЕХ),

²ООО «Научно-исследовательский центр иммунологии и аллергологии»,
Москва

Проблема нарушений роста волос является общей для дерматологов и косметологов, а также, косвенно, и для врачей других специальностей.

Данные нарушения во многом обусловлены дисбалансом реакций системы иммунитета как на клеточном, так и субклеточном уровнях. Известно, что ряд гетероциклических соединений, содержащихся в растениях семейства зонтичных, в частности ангелицин, обладают регулирующим влиянием на данные процессы и перспективны в качестве фармацевтических и косметических субстанций.

Цель исследования. Тестирование экстракта Дудника Амурского (*Angelica Amurensis*) в отношении регуляции синтеза цитокинов и стимуляции роста волос. Обследовано 16 мужчин, в возрасте 45-65 лет, не имеющих заболеваний в фазе обострения, страдающих андрогенетической алопецией по мужскому типу, сопровождающейся повышенным выпадением волос.

МАТЕРИАЛЫ

Материалы и методы. В качестве исходного сырья использовали корни и траву Дудника Амурского (*Angelica Amurensis*). Экстрагирование материала осуществляли с помощью комбинации методов погружной ультразвуковой экстракции в водно-спиртовом растворе и ускоренной экстракции этанолом ASE (Accelerated solvent extraction). Для оценки цитокинмодулирующего эффекта экстракта исследовали спонтанный и РНА стимулированный синтез GM-CSF, IFN γ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF α мононуклеарными клетками периферической крови обследуемых пациентов. Анализ проведен методом цитометрических бус Bio-Plex Pro™ Human Cytokine Grp I Panel 8-plex (Bio-RAD). Также в клеточном лизате определяли уровень NFAT5 (ядерный фактор активированных Т-клеток) с помощью тест-системы производства Cusabio Biotech для иммуноферментного анализа (Human Nuclear factor of activated T-cells 5(NFAT5) ELISA kit). Исследование выполняли по протоколам производителей. Кроме того, все пациенты использовали косметический лосьон для ухода за волосами, содержащий 5% экстракта дудника, изготовленный ООО «НИЦ иммунологии и аллергологии». Эффективность лосьона контролировалась методами обзорных фотографий, трихоскопии, фототрихограммы на камере Aramo SG, увеличение x 60.

Результаты. Установлено, что использованный экстракт не оказывал достоверного влияния на спонтанный синтез изучаемых цитокинов, но обладал выраженным ингибирующим эффектом в отношении IFN γ , IL-2, IL-6, IL-8, TNF α ($P \leq 0,01$). Также отмечено достоверное снижение концентрации NFAT5 в лизатах предобработанных экстрактом мононуклеарных клеток.

Известно, что NFAT5 является одним из ключевых факторов инициации провоспалительной цитокиновой реакции, можно с уверенностью предположить, что иммуномодулирующее действие полученного экстракта осуществляется, в том числе, через NFAT5-зависимый механизм.

Выводы. Полученные данные указывают на высокую перспективность использования экстракта Дудника Амурского в косметологической и дерматологической практике.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРО РНК ПРИ АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ

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

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,

Москва

Актуальность. Аутоиммунная пузырчатка (АП) представляет собой группу буллезных дерматозов, при которых происходит образование циркулирующих

МАТЕРИАЛЫ

аутоантителам к десмоглеину Dsg3 или/и Dsg1, приводящих к акантолизу клеток многослойного плоского эпителия. При этом в иммунопатогенезе пузырчатки важную роль играет соотношение Th1/Th2-клеток, поскольку согласно данным литературы у пациентов с пузырчаткой снижены уровни Th1-клеток и Th1-цитокинов (IFN- γ , IL-2), тогда как уровни Th2-клеток и цитокинов Th2-типа (IL-4, IL-10) значительно повышены.

Появление пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках пациентов, присоединение вторичной бактериальной и грибковой инфекции ухудшают общее состояние, утяжеляют течение кожного процесса и впоследствии могут стать причиной летального исхода. Таким образом, для пациентов с АП чрезвычайно важна ранняя и точная диагностика. В настоящее время она основывается на выявлении характерной клинической картины, гистологическом исследовании, а также методах прямой и непрямой иммунофлуоресценции (РИФ) и/или иммуноферментном анализе (ИФА). Однако, методы непрямой РИФ, ИФА в ряде случаев демонстрирует ложноотрицательные результаты, а метод прямой РИФ относительно мало доступен для врачей общей практики. Кроме того, ни один из вышеперечисленных методов не может быть использован для оценки тяжести заболевания, а существующие клинико-диагностические индексы, такие как ABSIS (бальная оценка тяжести аутоиммунных буллезных заболеваний кожи), PDAI (индекс площади поражения при пузырчатке) и другие, являются субъективными, и не образуют единой системы оценки тяжести заболевания.

За последние годы было опубликовано множество работ посвященных исследованию микроРНК. Данные некодирующие молекулы участвуют в регуляции экспрессии генов путем связывания с целевыми мРНК и индуцирования их деградации или подавления трансляции. Доказана роль микроРНК в регуляции многих биологических процессов, включая апоптоз, дифференцировку клеток, межклеточную коммуникацию и активацию клеток иммунной системы. Изменение экспрессии микроРНК активно изучается в качестве диагностического биомаркера при многих заболеваниях, в том числе дерматологических, таких как псориаз, atopический дерматит, склеродермия, а в последние несколько лет исследуется роль изменения экспрессии микроРНК при АП и ее связь с патогенезом заболевания.

Цель исследования. Провести анализ литературных источников, посвященных изучению экспрессии микроРНК при АП за последние 10 лет и оценить перспективность исследования данного лабораторного показателя в клинической практике.

Материалы и методы. В процессе исследования проводился анализ российских и международных электронных баз данных научных публикаций по исследованию микроРНК при АП, такие как PubMed, Google Scholar, eLibrary.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного анализа данных литературы с 2013 по 2023 год найдено 5 оригинальных статей по данной тематике. В 2017 году в исследовании Menglei Wang et al., посвященном изучению микроРНК при АП в мононуклеарных клетках периферической крови, установили, что после анализа массива микроРНК aberrантно экспрессировалось 124 микроРНК; при этом наблюдалось более, чем 500-кратное изменение уровня экспрессии miR-424-

МАТЕРИАЛЫ

5p и miR-338-3p. При дальнейшем изучении экспрессии описанных микроРНК, Xu, Meinian et al., 2020 г., доказали, что повышенная экспрессия miR-338-3p подавляет продукцию IFN- γ и повышает уровень IL-4 и IL-10. Результаты исследования свидетельствуют о том, что измененная экспрессия miR-338-3p может быть пусковым фактором в дисбалансе Th1/Th2 клеток. Кроме того, Lin, Naiyu et al., 2018 продемонстрировали, что уровень экспрессии miR-338-3p при АП коррелировал со степенью тяжести кожного процесса и постепенно снижался в процессе эффективной терапии. He Wenxiu et al., 2022 на основании изучения экспрессии микроРНК в плазме пациентов с АП выявили повышенную экспрессию 12 микроРНК, при этом по данным исследования чувствительность и специфичность экспрессия miR-584-5p и miR-155-5p для диагностики АП составила 95,5% и 100% соответственно. Также в рамках исследования была установлена выраженная корреляция между уровнем экспрессии miR-326 и степенью тяжести пузырчатки.

Выводы. Изучение экспрессии микроРНК может стать новым перспективным методом диагностики АП, а также мониторинга степени тяжести и прогноза течения заболевания.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЛЛАГЕНОВОГО БИОМАТЕРИАЛА В КОРРЕКЦИИ ПОСТАКНЕ

Толыбекова А.А.¹, Чернова О.А.¹, Суранчиева А.С.²

¹Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алма-Ата, Казахстан,

²Центр эстетической коррекции,
г. Шымкент, Казахстан

На сегодняшний день большое беспокойство у пациентов вызывают постэруптивные изменения кожи, наблюдающиеся примерно у половины пациентов и являющиеся частой причиной нарушения качества жизни пациентов. Выраженность постакне зависит от возраста пациента и длительности рецидивов, так длительное течение угревой болезни легкой и средней степеней тяжести, с частыми обострениями, снижает репаративные возможности кожи и приводит к формированию постакне

Цель исследования. Клиническое наблюдение эффективности включения препаратов на основе коллагена в план коррекции постакне.

В исследование были включены 15 пациентов, в возрасте от 18 до 35 лет, страдающие постакне.

Критерии включения:

1. Пациенты обоего пола;
2. Возраст пациентов от 18 до 35 лет;
3. Перед включением в исследование пациенты подписывали форму информированного согласия.

МАТЕРИАЛЫ

Критерии исключения:

1. Повышенная чувствительность к материалу;
2. Беременность и лактация;
3. Прием антикоагулянтов, антиагрегантов, стероидных и нестероидных противовоспалительных средств для наружного применения;
4. Дерматозы в стадии обострения;
5. Пациенты, страдающие аутоиммунными, неврологическими, психиатрическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями или другими заболеваниями/состояниями, которые, по мнению врача, могут повлиять на результаты исследования;
6. Отказ от участия в исследовании. Оценка эффективности и безопасности проводимого лечения проводилась путем регистрации нежелательных явлений, оценки состояния области коррекции.

Для осуществления поставленной цели нами был выбран препарат, активными компонентами которого являются 7% коллаген очищенный нейтральный с фибриллярной структурой, фрагментированный с сохранением биологических свойств (поддерживающий матрикс для стимулятора роста тканей иммунной системы, клеточной адгезии). Вспомогательные вещества: 1,2-пропандиол (2-пропиленгликоль), способствующее созданию влажной раневой среды, предотвращающее обезвоживание тканей и гибель клеток, представляет собой рассасывающийся имплант на основе коллагена для регенерации клеток кожи в клинической форме гель-крема или гель-спрея, в зависимости от площади поражения, 2 раза в день.

В ходе исследования не было зарегистрировано ни одного нежелательного явления. На фоне применения коллагенового биоматериала не было зарегистрировано местных или общих аллергических реакций. Аппликации препарата не стягивают кожу, не приносят дискомфорт, могут использоваться под макияж.

В результате проведенного клинического наблюдения отмечена высокая эффективность применения коллагенового биоматериала в коррекции постакне. У всех пациентов наблюдалось уменьшение выраженности явлений постакне, а также субъективных ощущений.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РОЗАЦЕА

Хабаров А.С.

Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул

Актуальность. Поиск новых способов терапии розацеа связан не столько с распространенностью этого заболевания, поражающего от 5 до 20% людей с дерматологической патологией, но и со сложностью персонализации его лечения из-за чрезвычайно гетерогенной патогенетической структуры патологического процесса, включающей как экзогенные (инфекционные/акариазные, физические, хими-

МАТЕРИАЛЫ

ческие), так и эндогенные (активированные иммунокомпетентные клетки (ИКК), увеличение синтеза и секреции воспалительных цитокинов, сенсibilизация к экзогенным аллергенам) значимые факторы, приводящие к иммуопосредованной нейрососудистой дисрегуляции с формированием ангиотрофоневроза кожных покровов и его исходом в фиматозный ремоделинг.

Цель исследования. Оценить клинический и иммунологический эффекты противорецидивной иммуноориентированной терапии у пациентов, страдающих умеренной эритемато-телеангиэктатической формой розацеа.

Материалы и методы. В основу работы положены сведения о 8 пациентах (1 мужчины и 7 женщин) 45-50 лет, с умеренно выраженной эритемато-телеангиэктатической формой розацеа. Кожное тестирование сенсibilизации к пироглифидным клещам *Dermatophagoides* осуществлялось прик-тестом. Оценка субпопуляционной структуры иммунокомпетентных клеток (ИКК), спонтанной и стимулированной продукции IL-1b проводилась общепринятыми методами.

Результаты и обсуждение. Учитывая, что в активации и персистенции иммуопосредованного воспаления кожных покровов при розацеа принимают участие инфекционные (*B. Oleronius*) и инвазионные (инфестация *Demodex f.*) факторы приводящие к девиации с увеличением активности Th2 типа иммунного ответа, сопряженного с феноменом кросс-реактивности в структуре сенсibilизации к пироглифидным клещам у предрасположенных пациентов, были верифицированы клинические стигмы атопии и установлена латентная сенсibilизация к *Dermatophagoides* путем постановки кожного прик-теста.

Диагностика подтипа и степени тяжести розацеа у 8 пациентов основной группы и 6 больных группы сравнения осуществлялась согласно «Клинических рекомендаций (КР)» [КР, - РОДВК, 2020].

Проведено сравнительное нерандомизированное исследование. Стигмы атопии (симптомы: ксеродермии, псевдо Хертоге, Черни, аллергического сияния, белого дермографизма и др.) и положительный прик-тест с клещом домашней пыли при отсутствии сформированного аллергического заболевания были установлены у всех пациентов обеих групп. Исследование фенотипов ИКК в обеих группах обнаружило тенденции к увеличению относительного числа CD4-позитивных клеток и повышению уровня спонтанной продукции IL-1b.

Противорецидивная терапия пациентам основной группы проводилась: внутривенной лазерной фотомодификацией аутокрови (ВЛОК), с экспозицией световода в кубитальной вене 60 минут, – 2 раза в неделю, системным использованием пероральной комбинации мотенлукаст/левоцетиризин – ежедневно, наружным применением 1% кремов: ивермектина и пимекролимуса, – ежедневно, – до достижения контроля, а затем, противорецидивно, они чередовались по 2 раза в неделю каждый. Кроме того, для восстановления эрготип-антиэрготипических взаимоотношений ИКК, сублингвально использовался препарат аллергена из пироглифидных клещей.

Пациентам группы контроля осуществлялось традиционное лечение с применением доксициклина, ивермектина и пимекролимуса.

МАТЕРИАЛЫ

Непосредственный корригирующий эффект клинической картины заболевания – эритема – у обеих групп пациентов достигался 0,5% гелем бримонидина тартрата, – по необходимости.

Выводы. Результатом проводимого 3-месячного курса лечения было снижение тяжести эритемато-телеангиэктатического подтипа среднетяжелой формы розацеа отмеченное к моменту окончания терапии у 6 пациентов основной группы и у 4 больных группы контроля. В то же время, длительность наступившей ремиссии и продолжительность минимальной активности заболевания у пациентов основной группы было больше, – 1296 (в среднем 216) дней, против 550 (137) дней больных группы сравнения. Среди параметров иммунного статуса отмечалась тенденция снижения уровня спонтанной продукции IL-1.

СЕНИЛЬНЫЙ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ – ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

Хажомия К.Д.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Актуальность проблемы. Атопический дерматит является одним из наиболее распространенных дерматозов, им страдает до 20% детей и 10% взрослых. В последние годы выделяют сенильный атопический дерматит, который поражает людей старше 60 лет. Частота сенильного атопического дерматита составляет 1-5%, но существенно варьирует по сведениям, полученным в различных исследованиях. Считают, что возрастные изменения кожи и организма в целом, сопутствующая патология и ее терапия оказывают влияние на характер течения атопического дерматита у лиц старших возрастных групп. Однако, работы, которые касаются особенностей эпидемиологии, клинических проявлений атопического дерматита у лиц старше 60 лет и подходов к лечению, одиночны.

Цель исследования. Изучение эпидемиологических и клинических особенностей атопического дерматита у лиц старше 60 лет, получающих стационарное лечение.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1584 медицинских карт стационарного больного пациентов с атопическим дерматитом, которые получали лечение с января 2020 года по январь 2023 года в стационаре Городского кожно-венерологического диспансера. Из них старше 60 лет было 420 пациентов, которые составили группу исследования. Оценивали половой состав пациентов с сенильным атопическим дерматитом, частоту и структуру сопутствующей патологии, особенности клинической картины заболевания.

МАТЕРИАЛЫ

Результаты. Сенильный атопический дерматит диагностировался у 420 пациентов, что составило 26% от всех пациентов с атопическим дерматитом, получавших стационарное лечение. Из них в возрасте 60-74 (пожилой возраст) было 285 пациентов, что составило 67% от всех пациентов с сенильным атопическим дерматитом и 17% от всех больных с атопическим дерматитом, а у пациентов в возрасте 70-89 (старческий возраст) у 135 пациентов, что составило 33% и 9% соответственно.

Число мужчин было несколько меньше, чем женщин. Количество мужчин 196, что составило 47% и 12% соответственно. Количество женщин 224, что составило 53% и 14% соответственно. У значительного числа пациентов (87%) заболевание начиналось в детском и юношеском периоде и у половины из них (41%) протекало хронически с рецидивами на протяжении всей жизни. В 13% случаев атопический дерматит впервые диагностировали у пациентов старше 50 лет.

Практически у всех больных была диагностирована сопутствующая патология, среди которой доминировала гипертоническая болезнь (88%), сахарный диабет 2 типа (12%). В связи с сопутствующей патологией пациенты принимали различные группы препаратов: антигипертензивные препараты, гипогликемические препараты.

Клиническая картина заболевания характеризовалась упорным течением и распространенным поражением кожи с выраженными явлениями инфильтрации и лихенификации.

Выводы. Сенильный атопический дерматит составляет в возрастной структуре заболеваемости у госпитализированных больных 26% случаев от общего числа пациентов с атопическим дерматитом. В подавляющем большинстве наблюдений заболевание начинается в детском и юношеском возрасте. Сопутствующая патология и ее терапия могут вносить существенный вклад в поддержание воспаления при сенильном атопическом дерматите, усиливая ксероз кожи. Требуются дальнейшие исследования клинических проявлений заболевания и разработка принципов его лечения у больных старших возрастных групп.

ПОИСК ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Чикин В.В., Карамова А.Э.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии,
Москва

Актуальность. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия рекомендуется для лечения пациентов с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести, однако ее эффективность варьирует в широких пределах.

МАТЕРИАЛЫ

Факторы, влияющие на эффективность узкополосной фототерапии при атопическом дерматите, неизвестны.

Цель исследования. Определить факторы, влияющие на вариабельность клинического ответа на лечение методом узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии, у больных атопическим дерматитом.

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. Для оценки степени тяжести атопического дерматита рассчитывали значение индекса EASI. Пациентам проводили курс общей узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии в режиме 4 процедуры облучения в неделю в течение 5 недель. Для оценки эффективности терапии определяли долю пациентов, достигших показателей EASI50 и EASI75. Сравнивали эффективность лечения пациентов в зависимости от величины начальной и кумулятивной дозы облучения, фототипа кожи, исходной степени тяжести заболевания и потребления табака.

Результаты и обсуждение. Среднее значение EASI у находившихся под наблюдением пациентов составило $14,4 \pm 7,1$ баллов. У 25 пациентов был диагностирован атопический дерматит средней тяжести. Значение EASI у них составило $10,9 \pm 3,7$ баллов. Диагноз тяжелый атопический дерматит установлен у 15 пациентов (EASI – $20,2 \pm 7,8$ баллов). У 25 пациентов с атопическим дерматитом был II фототип кожи, у 15 пациентов – III фототип. 6 пациентов были курильщиками табака, 34 пациента сообщили, что не курят. Облучение начинали в дозе от 0,05 до 0,3 Дж/см² (в среднем – $0,19 \pm 0,08$ 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.

По завершении курса терапии кумулятивная доза облучения составила от 5,79 до 18,42 Дж/см², в среднем – $10,93 \pm 2,57$ Дж/см². Значение EASI уменьшилось с $14,4 \pm 7,1$ до $4,1 \pm 3,9$ баллов ($p < 0,05$). В среднем значение EASI у пациентов уменьшилось на 68,8%. Значения EASI50 достигли 82,5% пациентов, EASI75 – 60% пациентов. Эффективность терапии была низкой или отсутствовала у 17,5% пациентов.

Узкополосная фототерапия больных атопическим дерматитом была более эффективна при ее назначении в более высокой начальной дозе облучения. Значение EASI у 24 пациентов, которым облучение начинали в дозе 0,2 Дж/см² и более, уменьшилось на 75,6%, тогда как терапия 16 пациентов с начальной дозой облучения менее 0,2 Дж/см² привела к значительно менее выраженному улучшению с уменьшением EASI на 58,7% ($p < 0,05$). Значение EASI75 на 5-ой неделе лечения было достигнуто у 75,0% пациентов, у которых начальная доза облучения составляла 0,2 Дж/см² и более, и лишь у 37,5% пациентов, у которых облучение начинали с дозы менее 0,2 Дж/см² ($p = 0,041$).

Сравнение эффективности проведенного лечения между подгруппой из 20 пациентов, получивших большую кумулятивную дозу облучения ($12,83 \pm 1,92$ Дж/см²) и подгруппой из 20 пациентов, получивших меньшую кумулятивную дозу облучения ($9,02 \pm 1,49$ Дж/см²) ($p < 0,05$), не выявило различий в эффективности узкополосной фототерапии в зависимости от величины кумулятивной дозы облучения.

МАТЕРИАЛЫ

Проведен анализ эффективности узкополосной фототерапии в зависимости от статуса курения табака. Если в начале терапии различий в степени тяжести атопического дерматита у некурящих пациентов ($EASI=14,0\pm 7,6$) и у пациентов-курильщиков табака ($EASI=16,6\pm 2,5$) не было ($p>0,05$), то уже, начиная со второй недели лечения, было отмечено более выраженное уменьшение значения индекса EASI у некурящих пациентов с атопическим дерматитом, который составил $4,9\pm 3,3$ баллов по сравнению с курильщиками ($EASI=12,5\pm 5,3$ баллов) ($p<0,05$). К 5-ой неделе терапии статистически значимые различия между подгруппой некурящих пациентов ($EASI=3,9\pm 3,2$ баллов) подгруппой с курящих пациентов ($EASI=9,1\pm 3,6$ баллов) сохранялись ($p<0,05$). Уменьшение значения EASI у некурящих пациентов составило $73,0\pm 30,7\%$, и было более выраженным, чем у пациентов-курильщиков – $45,4\pm 19,7\%$ ($p<0,05$).

Не было выявлено влияния исходной тяжести поражения кожи и фототипа кожи больных атопическим дерматитом на эффективность узкополосной фототерапии.

Выводы. Получены данные о большей эффективности высокой начальной дозы облучения $0,2-0,3$ Дж/см² по сравнению с меньшими начальными дозами (менее $0,2$ Дж/см²) узкополосной фототерапии в лечении пациентов с атопическим дерматитом. Получены также данные об уменьшении выраженности терапевтического эффекта узкополосной фототерапии у пациентов с атопическим дерматитом курильщиков табака.

ИЗУЧЕНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ

Чурсинова Д.В.¹, Сорокина Е.Д.², Сергеева И.Г.¹

¹Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет,

²Новосибирский областной клинический
кожно-венерологический диспансер,
г. Новосибирск

Актуальность. Точная причина развития дисгидротической экземы не установлена, но существует несколько факторов риска ее возникновения, включая атопический дерматит, воздействие контактных аллергенов и/или раздражителей, гипергидроз, курение, воздействие ультрафиолетового света. Дисгидротическая экзема может возникать на фоне эмоциональных стрессов, а также во влажном и жарком климате.

Цель. Изучить какие факторы рассматривались пациентам, как провоцирующие обострение экземы.

Материалы и методы. В исследование включены 30 пациентов, которых разделили на 2 группы. В 1-й группе было 15 пациентов в возрасте от 19 до 44 лет (11 женщин, 4 мужчины). Во 2-й 15 пациентов в возрасте от 46 до 56 лет (8 женщин, 7 мужчин).

МАТЕРИАЛЫ

При сборе анамнеза отмечали наличие вредных профессиональных и/или бытовых факторов, аллергических реакций, хронических неинфекционных заболеваний, обострение которых могло привести к возникновению дисгидротической экземы, перенесенных в течение последнего месяца инфекционных заболеваний.

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов выявлены следующие факторы, провоцирующие обострение дисгидротической экземы: эмоциональный стресс – у 6 (40%) человек; использование спиртовых антисептиков для рук – у 3 (20%); латексных перчаток в быту и профессиональной деятельности – у 2 (13,3%); обострение атопического дерматита – у 2 (13,3%); контакт с бытовой химией – у 1 (6,7%); контакт с мазутом/машинным маслом в профессиональной деятельности – у 1 (6,7%).

Во 2-й группе пациенты считали триггерными факторами: эмоциональный стресс – 4 (26,7%); обострение атопического дерматита – 3 (20%); контакт с мазутом/машинным маслом в профессиональной деятельности – 3 (20%); использование спиртовых антисептиков для рук – 2 (13,3%); латексных перчаток в быту и профессиональной деятельности – 2 (13,3%); обострение сопутствующей психиатрической патологии – 1 (6,7%).

Выводы. Факторы обострения дисгидротической экземы не имеют отличий в зависимости от возраста пациентов. Факторами, провоцирующими обострение дисгидротической экземы, пациенты 19-56 лет считали эмоциональный стресс; контакт с химическими раздражителями в быту и в профессиональной деятельности; использование спиртовых антисептиков для рук; обострение атопического дерматита.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАНОКАПСУЛИРОВАННЫХ ПЕПТИДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Шамилова Л.Ф., Снарская Е.С.

Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова,
Москва

Введение. Склероатрофический лихен – это воспалительный дерматоз аутоиммунного характера, обычно поражающий аногенитальную область, относящийся к группе очаговой склеродермии. Заболевание вызывает нестерпимый зуд в аногенитальной зоне, боль, дизурию, диспареунию и сексуальную дисфункцию у женщин и мужчин. Актуальные методы терапии заболевания включают: приме-

МАТЕРИАЛЫ

нение топических глюкокортикостероидов сильного класса, такролимуса, 5-фторурацила, ретиноидов; хирургическое иссечение, криохирургию, лазерную терапию и ультрафиолетовое облучение UVA1. Однако ни один из этих способов лечения и не приводит к стойкой стабилизации кожного процесса. На данный момент большой интерес направлен к стандартизации неинвазивных методов терапии, а именно фотодинамической, с использованием инновационного сенсibilизатора с нанопептидным комплексом 5-аминолевулиновой кислоты, который вызывает накопление протопорфирина IX в митохондриях клеток, стимулирующего высвобождение синглетного кислорода под действием красного света излучения, тем самым опосредованно разрушающий коллаген в очаге поражения кожи.

Цель исследования. Разработка лечения очаговой склеродермии гениталий с использованием метода фотодинамической терапии с комплексом нанокапсулированных пептидов 5-аминолевулиновой кислоты (5-АЛА).

Материалы и методы. В клиническое исследование были включены пациенты с установленным диагнозом склероатрофического лишая. В группу пациентов вошло 19 человек. Возраст пациентов варьировал от 18 до 49 лет: 4 (21%) женщины и 15 (79%) мужчин. Эффективность проведенной терапии оценивалась по дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ) с подсчетом баллов, а так же с трехмерной визуализацией кожного процесса до и после лечения аппаратом Antera 3D. Тяжесть кожного процесса оценивалась модифицированным индексом склеродермии Ramsey и Silman по ключевым признакам: симптомов заболевания (зуд, диспареуния, сексуальная дисфункция), локального статуса (трещины, «папирусная бумага», ulcerация, эритема, индурация тканей), архитектурных изменений тканей (вовлечение клитора, перианального отверстия, сужения входа во влагалище у женщин, закупорка уретрального отверстия, вовлечение головки/ствола полового члена – у мужчин). Средняя степень каждого признака оценивалась от 0 до 3 баллов (отсутствует, слабая степень, умеренная и тяжелая степень). Фотодинамическая фотопорация, с предварительно нанесенным фотосенсibilизатором 2% 5-аминолевулиновой кислотой за 30 минут до процедуры, была проведена на аппарате Revixan Duolight на длине волны 633 нм 30 минут местно на очаге поражения (средняя суммарная доза облучения составила 144 джоуль). Кратность процедуры – 3 раза в неделю с общим количеством 12.

Результаты. В ходе проведенного вышеуказанного лечения после процедур фотодинамической фотопорации было выявлено: уменьшение индекса ДИКЖ у женщин в среднем на $1 \pm 0,25$ баллов (в значительной степени пункта влияния заболевания на сексуальную жизнь), у мужчин – $3 \pm 0,1$ балл. Так же у всех пациентов обоих полов наблюдалась инвалюция индекса Ramsey и Silman от 3 до 1 в пункте «симптомы»: частичное исчезновение зуда и болей вне половой активности. В ходе трехмерного моделирования кожного процесса по оси x отмечается уменьшение высоты индурации: у мужчин в среднем на 0,36 мм, у женщин клинически важных отклонений не отмечалось. Нежелательных и побочных явлений в виде местной эритемы и индивидуальной непереносимости препарата 5-аминолевулиновой кислоты не отмечалось.

МАТЕРИАЛЫ

Выводы. На основании полученных результатов клинического исследования показана эффективность фотодинамической терапии с использованием нанокапсулированных пептидов 5-АЛА в лечении склероатрофического лишая гениталий: 76% пациентов из группы отмечали смягчение очагов поражения в аногенитальной зоне, исчезновение зуда, улучшение качества жизни, в виде исчезновения диспареунии и сексуальной дисфункции у обоих полов.

МИКРОСФОКУСИРОВАННЫЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЛИФТИНГ И ФРАКЦИОННЫЙ АБЛЯТИВНЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ В КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА

Шамсутдинова Д.С.¹, Пономаренко И.Г.²

¹Клиника «Философия Красоты»,

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Комплексные программы омоложения с использованием высокотехнологичных физиотерапевтических технологий безусловно потенцируют эффективность и способствуют гармоничным и выраженным результатам. Однако существует необходимость научного обоснования лечебных эффектов их совместного применения, используемых параметров в ходе проспективных доказательных исследований.

Цель исследования. Научное обоснование и оценка эффективности комбинированного применения фракционного абляционного фототермолиза и микрофокусированного ультразвукового лифтинга в коррекции возрастных инволютивных изменений кожи лица.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 85 пациентов с выраженными проявлениями хроно- и фотостарения. Выборка разделена на 3 группы, в 1-й группе (n=24) пациентам однократно проводили ультразвуковой лифтинг кожи лица – во 2-й группе (n=27) – фракционный абляционный фототермолиз углекислотным лазером с длиной волны 10600 нм, пациентам 3-й группы (n=34) комбинированное лечение – ультразвуковой лифтинг и фракционный абляционный фототермолиз, 2 последовательных процедуры с интервалом в 4 недели. Произведена оценка степени выраженности морщин по шкале MERZ и стадии фотостарения по Глогау до и после лечения, динамики упруго-эластических свойств кожных покровов по данным поперечной динамометрии. Для оценки эффективности терапии использовали шкалу общего эстетического улучшения GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale). Период наблюдения составил 15 месяцев.

МАТЕРИАЛЫ

Результаты. Установлена положительная динамика клинического статуса, инструментальных показателей во всех группах. На момент окончания исследования наиболее значимые изменения выявлены у пациентов 3-й группы. Динамика упруго-эластических свойств была достоверно более значимой у пациентов, получавших комплексную терапию: показатель поперечной упругости (ΔFy) в первой группе до лечения составил $50,1 \pm 0,5n$, $44,3 \pm 0,4n$ через 8 мес и был максимально выраженным на данном этапе наблюдения, у пациентов 2-й группы – $51,4 \pm 0,3n$ и $45,3 \pm 0,5n$ через 8 мес, в 3-й группе до – $50,6 \pm 0,5n$, $39,2 \pm 0,7n$ через 8 месяцев соответственно, при этом обратной динамики показателя к концу периода наблюдения не было установлено.

Эффективность комбинированной коррекции составила 87-91%, в группе монотерапии у пациентов 1-й группы – 73-78%, 2-й группы – 69-72%.

Заключение. Установлена более значимая динамика клинических и инструментальных показателей при комбинированном ремоделировании кожи. Эффективность комбинированной терапии пациентов с фото-и хроностарением кожи подтверждается верифицированной тенденцией к пролонгации лечебных эффектов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРОВОДОРОДНЫМИ ВАННАМИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Шарапова С.А., Глиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю.,
Лазарев В.В., Золотарёва А.И., Шарапов А.А.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар

Актуальность. Профилактика рецидивов, увеличение сроков ремиссии и улучшение качества жизни пациентов – является одной из приоритетных задач в ведении псориаза. Развитие физиотерапевтического направления профилактики сероводородными ваннами перспективно в Краснодарском крае благодаря наличию источников высокого качества (Мацестинские источники) с разнообразным спектром биологически активных соединений: сероводород – 250,3 мг/л (свободный сероводород – до 160,2 мг/л), бром – 59,0 мг/л, йод – 12,0 мг/л, борная кислота – 86,5 мг/л (критерий 35 мг/л) и экономической доступности.

Цель. Провести анализ эффективности курса профилактики сероводородными ваннами на состояния кожи больных псориазом в период ремиссии.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней ГБУЗ КВД №2 г. Сочи с 2017 по 2020 год. Группа исследования: 80 пациентов с клиническим диагнозом псориаз среднетяжелой степени. Возраст пациентов 28-67 лет, из которых 47 (58,8%) мужчин и 33 (41,2%) женщины. Для анализа учитывалась частота обращаемости пациентов с обострениями псориаза,

МАТЕРИАЛЫ

длительность ремиссий после продолжения курсов сероводородных ванн. Также проводился тест для оценки дерматологического индекса качества жизни (The Dermatology Life Quality Index), включающий вопросы по оценке психологического, физического и социального воздействия на качество жизни больного, где рассчитывается по сумме баллов, максимальный результат 20 (показатель качества жизни обратно пропорциональны сумме баллов). Сероводородные ванны источника Мацесты использовались в концентрации 100-150 мг/л, температурой 36-37°C, продолжительностью 6-8-10-15 минут курсом 10 процедур.

Результаты и обсуждения. При проведении анализа в группе мужчин 23 из 47 (48,9%) прошли курс из 10 процедур сероводородных ванн, остальные 24 мужчин (51,1%) не проходили. В группе женщин 17 из 33 (51,5%) прошли профилактику сероводородными ваннами, а 16 женщин (49,5%) нет. Среди проходивших курс профилактики сероводородными ваннами обострение раннее чем через 6 месяцев встречалось у 6 (26,1%) мужчин и 4 (23,5%) женщин, от 6 до 12 месяцев 15 (65,2%) и 12 (70,6%) мужчин и женщин соответственно и у 2 (8,7%) мужчин и 1 (5,9%) женщины период ремиссии был более года. В то время как в группе, не проходившей профилактику сероводородными ваннами периоды между обострениями до 6 месяцев у 18 (75%) мужчин и 9 (56,3%) женщин, от 6 до 12 месяцев у 6 (25%) и 7 (43,7%) мужчин и женщин соответственно и ремиссия больше года не наблюдались. Также пациентам до прохождения профилактического курса был предложен тест для оценки дерматологического индекса качества жизни (DLQI), средний результат у 40 человек был 14,3 балла. После курса сероводородных ванн в этой же группе при повторном тестировании средний показатель был 10,2 балла, более низкий индекс соответствует лучшему субъективному оцениванию самочувствия пациентов. Сероводородные ванны способствуют расширению мелких сосудов кожи за счет изменение количества и активности гистамина и ацетилхолина, вызывая улучшение микроциркуляции, трофики и регенерации кожи. Действие сероводородных ванн на ЦНС: процессы торможения преобладают над процессами возбуждения, что является важным для больных псориазом в связи с характерной для них симпатoadренальной активностью.

Выводы. Сероводородные ванны оказывают положительное влияние на динамику течения такого хронического дерматоза как псориаз, что подтверждается уменьшением количества обострений (в группе проходивших профилактику до 6 месяцев обострения у 26,1% мужчин и 23,5% женщин, а не проходивших 75% мужчин и 56,3% женщин) и увеличением сроков ремиссий в исследуемых группах (более года ремиссии в группе проходивших профилактику 8,7% мужчин и 5,9% женщин, у не проходивших курс ремиссии более года не наблюдалось). Улучшение качества жизни пациентов, проходивших профилактику сероводородными ваннами, проявляется в уменьшении дерматологического индекса качества жизни с 14,3 до процедур и до 10,2 баллов после процедур. В виду результативности данные процедуры являются отличным дополнением вторичной профилактики рецидивов хронического течения псориаза в совокупности с лечением в стационаре и поликлинике.

МАТЕРИАЛЫ

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ВИТИЛИГО

Юновидова А.А., Соболев А.В.

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

Цель исследования. Оценить скорость наступления клинического ответа и количество проводимых процедур узкополосной средневолновой фототерапии на пике излучения с длиной волны 311 нм (UV UVB TLO1 311 нМ) у пациентов с различными формами витилиго. **Материалы и методы.** Проведен анализ данных медицинской документации 438 пациентов с различными формами витилиго, получающих UV UVB TLO1 311 нМ. Из их числа были рандомизированы лишь те 57 пациентов, которые получали монотерапию UV UVB TLO1 311 нМ без адьювантной терапии. Были проанализированы листы назначений, проводимых фотопроцедур и осмотрены дерматологом 21 (36,84%) мужчина и 36 (63, 15%) женщин с различными формами витилиго. Фотопроцедуры проводились с использованием автоматизированной кабины Neolux 3 Series PC Daavlin и аутентичного компьютерного приложения Daavlin Pro Industrils. Суждение о наличии клинического ответа на проводимую терапию строили на основании клинического осмотра, осмотра в темноте с лампой Вуда и дерматоскопии. Клиническая оценка проводилась на основании данных индексов SA-VES (Self Assessment Vitiligo Degree Score), F-VASI (Face Vitiligo Area Scoring Index), VETI (Vitiligo Extent Tensity Index). Ранним клиническим ответом (РКО) считали появление эфелид (фокусов пигмента Ø ~ 1 мм в очаге депигментации), а также уменьшении площади очагов поражения или изменении их формы по сравнению с начальными значениями (base line) на 4-7 процедуре, что соответствовало 2-3 неделям продолжительности терапии. Процедуры фототерапии проводили 3 раза в неделю с инициальной дозой, соответствующей фототипу пациента, прогрессирующая доза как правило составляла 0,05-0,1 Дж/см². Количество процедур было вариативно, а среднее количество составляло 20 процедур. **Результаты и обсуждение.** Среди общего числа исследуемых, пациенты со II фототипом составили 33,6% (N=19), а с фототипом III и IV – 66,4% (N=38). Средний возраст пациентов составил 32±75,3 года. Средняя продолжительность заболевания на момент обращения составила 276±12,4 месяцев. Анализ данных показал, что клинический ответ был выявлен у 56±179,5 пациентов (98,24%), а на ранних стадиях у 11±96,8 пациентов (19,3%). Примечательно, что из 11 пациентов с РКО в подавляющем большинстве случаев были пациенты с темной кожей (3 пациента с III фототипом и 5 пациентов с IV фототипом), в то время как лишь 3 пациента со II фототипом кожи отмечали РКО. У одного пациента со II фототипом кожи клинический ответ не удалось получить даже через 30 процедур фототерапии. РКО

МАТЕРИАЛЫ

регистрировался чаще у пациентов с поражением кожи лица и туловища ($N=81,8\%$) и гораздо реже у пациентов с поражением кистей и крупных складок ($N=3; 27,2\%$). Анализ данных показал, что РКО на проводимую фототерапию отмечался у тех пациентов, которые обратились к врачу на ранних стадиях заболевания ($N=8; 72, 7\%$). Клинического ответа не отмечалось у пациента, который обратился за медицинской помощью спустя 252 месяца от начала заболевания. Наиболее удобным индексом в оценке появления очагов пигментации оказался VETI. При помощи этой системы очаги депигментации на коже удастся точно оценивать числами. Этот индекс сочетает в себе анализ экстенсивности и тяжести витилиго и характеризуется воспроизводимым числом. Индекс выражается процентом расширения (р), который выражается правилом девяток, применяемым в камбустиологии для оценки степени ожогов. Пять пораженных участков, голова (h), верхние конечности (u), туловище (t) нижние конечности (l) половые органы (g) оцениваются отдельно с использованием пяти стадий тяжести заболевания (Т). VETI: (степень поражения головы \times степень активности витилиго) + (степень поражения туловища \times степень активности витилиго) 4+ (степень поражения верхних конечностей \times степень активности витилиго) 2+ (степень поражения нижних конечностей \times степени активности витилиго) 4+ (степень поражения половых органов \times степени активности витилиго) 0, 1. Коэффициенты, указанные в этой формуле, основаны на степени поражения кожи на основе правила девяток. Соответственно, коэффициент головы равен 1 ($9:9=1$), туловища и нижних конечностей равен 4 ($36:9=4$), верхних конечностей равен 2 ($18:9=2$) и половых органов равен 0,1 ($1:9=0,1$). • Процент вовлеченности: $p \bullet$ активность заболевания: $T (pH \times Th) + (Pt \times Tt)4 + (Pu \times Tu)2 + (Pl \times Tl)4 + (Pg \times Tg)0,15 + 20 + 10 + 20 + 0,5 = 55,5$ Максимальная степень VETI соответствовала 55,5, минимальная 21, 8. У 4 пациентов среднее значение VETI соответствовало $38,3 \pm 93,4$; у 3 этот коэффициент составил $23,3 \pm 82,7$; а еще у 4 пациентов среднее значение этого индекса было $27,5 \pm 78,2$.

Выводы. РКО от проводимой UV UVB TLO1 311 нМ наблюдается у одного из пятипациентов с витилиго. Раннее начало лечения предопределяет успешность терапевтических мероприятий и способствует РКО при витилиго. У пациентов с фототипом РКО регистрируется чаще. Клинический ответ от проводимой фототерапии регистрируется чаще у тех пациентов, у которых очаги депигментации расположены в области лица и туловища, в то время как клинический ответ формируется гораздо позже или отсутствует вообще у пациентов с поражением кистей или крупных складок.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А	Д
Абишев А.Т. 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11	Джусупгалиева М.Х. 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11
Агабабаева Ж.А. 87	Дзицкоева А.А. 22
Агзамходжаева С.С. 12	Дмитриева А.А. 75
Айтоян Л.Л. 73	Дудко В.Ю. 87
Аляви С.Ф. 13	
Амрина Л.К. 14	
Арифов С.С. 15	
Артамонова О.Г. 16	
	Е
	Екимов И.Н. 79
	Еремеева А.А. 48
	Ерёмина А.А. 64
	Ермолаева С. 24
	Ефанова Е.В. 25, 110
Б	Ж
Бабаева М.О. 72	Житниковская А.Л. 26
Бадиков В.Д. 18	Жумадилова Г.Ж. 14
Базаев В.Т. 22	
Белова Е.А. 46, 48, 50, 54	
Белякова Г.Л. 19	
Биткина О.А. 75, 84	
Борухович Д.Г. 18	
Бушуева О.Ю. 110	
	З
	Зеянина М.И. 27
	Золотарёва А.И. 28, 124
	Золотарёва А.Ю. 59
	Зуева Ю.Е. 30
В	И
Владимирова И.С. 20	Иброхимова Н.С. 15
Волчек И.А. 111	Иванова Ж.О. 89
Воробьев А.С. 73	Иванова Ю.А. 31
	Исмагилов А.И. 63
	Исмаилова Г.А. 33
Г	
Габасова М.К. 5, 6, 8, 10	
Гладько В.В. 19	
Грабовская О.В. 70	
Грицкова И.А. 21	
Гулзода М.Н. 71	

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

К

Кабазиева Г.Ш.	8, 10, 11
Кабушка Я.С.	86, 87
Карамова А.Э.	16, 34, 118
Карпова О.А.	35
Карякина Л.А.	37, 89
Касаткин Е.В.	38
Касенова О.В.	3, 4, 5, 8, 9, 11
Каурова Т.В.	40
Каюкова Н.Д.	42
Квардакова А.К.	97
Кениксфест Ю.В.	26
Ключарева С.В.	44, 46, 48, 50, 52, 54, 95
Ключарев Г.В.	54
Ковалёва Л.В.	56
Козлова А.В.	90, 92
Козлова И.В.	16
Козминский Е.Б.	87
Койлыбаева Г.Б.	33
Колерова А.В.	56
Конторщикова К.Н.	75
Корнеева Л.С.	57
Крумкачев В.В.	83
Кузнецова Т.Г.	28, 59, 124
Кукес И.В.	104

Л

Лагун К.М.	16
Лазарев В.В.	28, 59, 124
Лалаева А.М.	89
Леденцова С.С.	61
Ломоносов К.М.	77, 78
Лялина Л.В.	38

М

Мавлянова Ш.З.	63
Мак Д.В.	112
Макеенко О.А.	56, 64

Масюкова С.А.	19
Медведева Т.В.	65
Мельниченко Н.Е.	90, 92
Миненок В.А.	67
Миродилова Ф.Б.	68
Мишин С.А.	70
Муниева С.Х.	71, 72
Мухитдинова Д.Н.	72

Н

Наатыж Ж.Ю.	28, 59, 124
Нечаева О.С.	46, 48, 50, 54
Нечукин Г.Р.	73
Николаева А.Ю.	75
Николенко В.Н.	108
Никулина А.С.	77, 78
Новиков Ю.А.	79

О

Оганесян М.В.	108
Орлова О.С.	81
Осмоловская П.С.	82

П

Панкратов А.О.	83
Панкратов О.В.	83
Першина К.С.	84
Петренко И.И.	3, 4, 9, 10
Петунова Я.Г.	86, 87
Пирятинская А.Б.	87
Пирятинская В.А.	37
Пирятинская В.А.	89
Платонов А.В.	90, 92
Плиткина Л.А.	95
Полоников А.В.	110
Пономарев И.В.	48
Пономаренко И.Г.	21, 46, 50, 123

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Порфириади Е.В.	97
Правдина О.В.	79
Преснякова М.В.	75
Приб М.И.	50, 54, 98
Прожерин С.В.	100

Р

Радионов В.Г.	102, 103
Радионов Д.В.	102, 103
Радченко И.Д.	54
Рогачева В.В.	104
Рудых Н.М.	106

С

Сабилов У.Ю.	63
Савицкая Т.И.	65
Сагидолдина Л.К.	14
Самадзода У.С.	72
Санькова М.В.	108
Саранюк Р.В.	110
Сафонова Л.А.	111
Сергеева И.Г.	56, 64, 97, 120
Смирнова Н.В.	87
Смирнова О.Н.	37, 89
Снарская Е.С.	121
Соболев А.В.	126
Сорокина Е.В.	19
Сорокина Е.Д.	120
Суранчиева А.С.	114

Т

Таджибаев У.А.	71
Таубаева А.А.	3, 4, 5, 6
Теплюк Н.П.	112
Теряев А.С.	111
Тлиш М.М.	28, 59, 82, 124
Толыбекова А.А.	114
Тонконогова Н.В.	3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11
Требунская Н.А.	86

Ф

Феденко А.М.	42
Федогчева Т.А.	112

Х

Хабаров А.С.	115
Хажомия К.Д.	117
Хайминов Е.М.	102
Хайрутдинов В.Р.	31

Ч

Чермошенцев А.А.	79
Чернова О.А.	114
Чикин В.В.	118
Чурсинова Д.В.	120

Ш

Шамилова Л.Ф.	121
Шамсутдинова Д.С.	123
Шарапов А.А.	124
Шарапова С.А.	28, 59, 124
Шимановский Н.Л.	112

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Ю

Юновидова А.А. 126

Я

Якубова А.С. 15

Яцуба Е.А. 87

СОДЕРЖАНИЕ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИТИЛИГО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2021-2022 ГОДЫ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Петренко И.И.....	3
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В 2013-2022 ГГ. Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Петренко И.И.....	4
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022 ГОДУ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Габасова М.К.....	5
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД 2013-2022 ГГ. Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А., Тонконогова Н.В., Габасова М.К.....	6
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД С 2012 ПО 2022 ГОД Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Габасова М.К.....	8
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2020-2022 ГГ. Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Петренко И.И., Тонконогова Н.В., Касенова О.В.....	9
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2022 ГОДУ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Петренко И.И., Габасова М.К.....	10

СОДЕРЖАНИЕ

СТРУКТУРА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2021-2022 ГОДАХ Абишев А.Т., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.	11
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА Агзамходжаева С.С.	12
СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКОВ P53 И VCL-2 ПРИ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЕ ПСОРИАЗА Аляви С.Ф.	13
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ЛЕНТИКУЛЯРНОГО МЕЛАНОЗА ПИКА Амрина Л.К., Сагидолдина Л.К., Жумадилова Г.Ж.	14
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ АКНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕРМАЛИНИ SEBIVUM Арифов С.С., Якубова А.С., Иброхимова Н.С.	15
ПОИСК ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ Артамонова О.Г., Карамова А.Э., Козлова И.В., Лагун К.М.	16
МОНИТОРИНГ УТОЙЧИВОСТИ NEISSERIA GONORRHOЕAE К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ В 2016-2022 Г. Бадиков В.Д., Борухович Д.Г.	18
НЕЙРОИММУННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ АКНЕ Белякова Г.Л., Гладько В.В., Масюкова С.А., Сорокина Е.В.	19
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАКА МИКОЛЕПТ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗА Владимирова И.С.	20
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ГЕЛЯ С ТРАНСКУТАННОЙ АКТИВНОСТЬЮ В КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ Грицкова И.А., Пономаренко И.Г.	21

СОДЕРЖАНИЕ

СРЕДНЕТЯЖЕЛЫЕ И ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ Дзищцоева А.А., Базаев В.Т.....	22
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ Ермолаева С.....	24
ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНА ГЛУТАТИОНСИНТАЗЫ КАК НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПСОРИАЗА И РОЛЬ КУРЕНИЯ В РЕАЛИЗАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К БОЛЕЗНИ Ефанова Е.В.....	25
ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Житниковская А.Л., Кениксфест Ю.В.....	26
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА МИКРОСОСУДИСТОЕ РУСЛО НОРМАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ КОЖНОГО ПОКРОВА У ПАЦИЕНТОВ С КОЖНЫМИ ЛИМФОМАМИ Зелянина М.И.....	27
СОВРЕМЕННЫЕ ЭМОЛЕНТЫ В ТЕРАПИИ КСЕРОЗА БЕРЕМЕННЫХ Золотарёва А.И., Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю., Шарاپова С.А., Лазарев В.В.....	28
ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА Зуева Ю.Е.....	30
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВА ОНИХОМИКОЗА СТОП ЗА СЧЕТ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ РИСКОВЫХ КЛАССОВ Иванова Ю.А., Хайрутдинов В.Р.....	31
МИКРОСПОРИЯ КАК ОСТРАЯ ПРОБЛЕМА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ Исмаилова Г.А., Койлыбаева Г.Б.....	33

СОДЕРЖАНИЕ

РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ Т-КЛЕТОЧНЫМИ ЛИМФОМАМИ КОЖИ Каримова А.Э.....	34
КОМПЛЕКСНОЕ ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ СРЕДСТВО ТЕРАПИИ АКНЕ Карпова О.А.....	35
АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА Карякина Л.А., Пирятинская В.А., Смирнова О.Н.....	37
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСАМИ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА И ДРУГИМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Касаткин Е.В., Лялина Л.В.....	38
К ПРОБЛЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ВЗГЛЯД СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ Каурова Т.В.....	40
ИСХОДЫ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОПИЧЕСКИХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ Каюкова Н.Д., Феденко А.М.....	42
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМОЛЕНТА, СПЕЦИАЛЬНО РАЗРАБОТАННОГО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Ключарева С.В.....	44
ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНАЯ ФОРМА АКНЕ – КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ СЕРУ Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Пономаренко И.Г.....	46
ПРИМЕНЕНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ ПРИ ЛАЗЕРНОМ ЛЕЧЕНИИ КСАНТЕЛАЗМ Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Пономарев И.В., Еремеева А.А.....	48

СОДЕРЖАНИЕ

РИНОФИМА – ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ РАЗНОВИДНОСТЕЙ Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Приб М.И., Пономаренко И.Г.....	50
СУХАЯ КОЖА, СИНИЛЬНЫЙ ЗУД – ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМОЛЕНТА С ПОЛИДОКАНОЛОМ Ключарева С.В.....	52
ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНЫМ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТОМ ИМИКВИМОД Ключарева С.В., Ключарев Г.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Радченко И.Д., Приб М.И.....	54
ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Ковалёва Л.В., Сергеева И.Г., Колерова А.В., Макеенко О.А.....	56
СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО Корнеева Л.С.....	57
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ Лазарев В.В., Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю., Шарапова С.А., Золотарёва А.Ю.....	59
КОМПЛЕКСНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ АКНЕ И ПОСТАКНЕ Леденцова С.С.....	61
К РЕЗУЛЬТАТАМ ИЗУЧЕНИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Сабиров У.Ю.....	63
ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С КСЕРОЗОМ И МУТАЦИЕЙ В ГЕНЕ ФИЛАГГРИНА Макеенко О.А., Ерёмина А.А., Сергеева И.Г.....	64

СОДЕРЖАНИЕ

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИННОВАЦИОННОГО ТОПИЧЕСКОГО СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА Медведева Т.В., Савицкая Т.И.....	65
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА Е НА БАРЬЕРНЫЕ ФУНКЦИИ КОЖИ Миненок В.А.....	67
СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ – ФАКТОР РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТРИХОФИТИЙ Миродилова Ф.Б.....	68
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДЕРМАЛЬНЫХ ВАСКУЛИТАХ Мишин С.А., Грабовская О.В.....	70
ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕЙ И МИКРОЭЛЕМЕНТЫ Муниева С.Х., Таджибаев У.А., Гулзода М.Н.....	71
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ МИКОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН В Г. ДУШАНБЕ Муниева С.Х., Самадзода У.С., Мухитдинова Д.Н., Бабаева М.О.....	72
АНАЛИЗ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ Нечукин Г.Р., Айтоян Л.Л., Воробьев А.С.....	73
ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМИ АЛОПЕЦИЯМИ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА «ТРОМБОДИНАМИКА» Николаева А.Ю., Биткина О.А., Преснякова М.В., Конторщикова К.Н., Дмитриева А.А.....	75
СТАБИЛИЗАЦИЯ И ВЫРАЖЕННАЯ РЕПИГМЕНТАЦИЯ ОЧАГОВ ВИТИЛИГО ПРИ ТЕРАПИИ ЦИКЛОСПОРИНОМ РАСПРОСТРАНЕННОГО ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Никулина А.С., Ломоносов К.М.....	77

СОДЕРЖАНИЕ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ЦИКЛОСПОРИНА С УЗКОПОЛОСНОЙ УФБ-ТЕРАПИЕЙ 311 НМ В ЛЕЧЕНИИ НЕСЕГМЕНТАРНОГО ВИТИЛИГО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Никулина А.С., Ломоносов К.М.	78
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: ДЛИТЕЛЬНАЯ РЕМИССИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА НА ФОНЕ КУПИРОВАНИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ Новиков Ю.А., Правдина О.В., Чермошенцев А.А., Екимов И.Н.	79
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ В12 ДЕТЕЙ С ДИСТРОФИЧЕСКИМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ Орлова О.С.	81
ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И ПРЕПАРАТА ФАБОМОТИЗОЛ НА ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ И КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ Осмоловская П.С., Тлиш М.М.	82
СИФИЛИС В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ И ВОПРОСЫ Панкратов О.В., Крумкачев В.В., Панкратов А.О.	83
ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ ЛИЦА БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ Першина К.С., Биткина О.А.	84
СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ Петунова Я.Г., Требунская Н.А., Кабушка Я.С.	86
СЛУЧАЙ СУПЕРИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С., Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Смирнова Н.В., Агабабаева Ж.А., Яцуба Е.А., Козминский Е.Б.	87

СОДЕРЖАНИЕ

СИНДРОМ ХАНТА-РАМСЕЯ КАК РЕДКАЯ ФОРМА ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА Пирятинская В.А., Карякина Л.А., Смирнова О.Н., Лалаева А.М., Иванова Ж.О.....	89
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРИХОФИТИИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД Платонов А.В., Козлова А.В., Мельниченко Н.Е.....	90
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗАРАЗНЫМИ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2019-2022 ГГ. В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 Платонов А.В., Козлова А.В., Мельниченко Н.Е.....	92
СИНДРОМ СВИТА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА Плиткина Л.А., Ключарева С.В.....	95
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ Порфириади Е.В., Сергеева И.Г., Квардакова А.К.....	97
АКТИНИЧЕСКИЙ КЕРАТОЗ, ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ Приб М.И.....	98
МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ Прожерин С.В.....	100
КОМПЛЕКСНАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ Радионов В.Г., Радионов Д.В., Хайминов Е.М.....	102
40- ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ Радионов В.Г., Радионов Д.В.....	103

СОДЕРЖАНИЕ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА С ПОМОЩЬЮ МЕТАБОЛОМНОГО СКРИНИНГА Рогачева В.В., Кукес И.В.....	104
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА И ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В КЛИНИКАХ ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ В 2016-2023 ГГ. Рудых Н.М.....	106
МЕСТО ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ Санькова М.В., Николенко В.Н., Оганесян М.В.....	108
ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА GSTP1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Саранюк Р.В., Ефанова Е.В., Бушуева О.Ю., Полоников А.В.....	110
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И КЛЕТОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАКТА РАСТЕНИЙ РОДА ANGELICA НА ПРОЦЕССЫ РОСТА ВОЛОС Сафонова Л.А., Теряев А.С., Волчек И.А.....	111
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРО РНК ПРИ АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ Теплюк Н.П., Мак Д.В., Шимановский Н.Л., Федотчева Т.А.....	112
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЛЛАГЕНОВОГО БИОМАТЕРИАЛА В КОРРЕКЦИИ ПОСТАКНЕ Толыбекова А.А., Чернова О.А., Суранчиева А.С.....	114
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РОЗАЦЕА Хабаров А.С.....	115
СЕНИЛЬНЫЙ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ – ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ Хажомия К.Д.....	117

СОДЕРЖАНИЕ

ПОИСК ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Чикин В.В., Карамова А.Э.....	118
ИЗУЧЕНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ Чурсинова Д.В., Сорокина Е.Д., Сергеева И.Г.....	120
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАНОКАПСУЛИРОВАННЫХ ПЕПТИДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ Шамилова Л.Ф., Снарская Е.С.....	121
МИКРОСФОКУСИРОВАННЫЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЛИФТИНГ И ФРАКЦИОННЫЙ АБЛЯТИВНЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ В КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ЛИЦА Шамсутдинова Д.С., Пономаренко И.Г.....	123
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРОВОДОРОДНЫМИ ВАННАМИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ Шарапова С.А., Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю., Лазарев В.В., Золотарёва А.И., Шарипов А.А.....	124
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ ФОТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ВИТИЛИГО Юновидова А.А., Соболев А.В.....	126