



XII Международный форум
дерматовенерологов
и косметологов

XII International Forum
of Dermatovenereologists
and Cosmetologists

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Москва, «Крокус Экспо»
13–15 марта 2019 года

РАЗДЕЛ 1. ДЕРМАТОЛОГИЯ*Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.***КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА 12***Абдулкаримова Ф.С., Касихина Е.И., Кулик А.С.***ЦИНК-ТЕРАПИЯ ДЕРМАТИТОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА 12***Антропова А.Н., Замараева Д.Д., Бычкова Н.Ю.**Руководитель: к.м.н., асс. Бычкова Н.Ю.***CUTIS LAHA: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 13***Арутюнян Л.С., Шугнина Е.А., Петров В.В., Рассохина О.И., Янцен Л.И., Кныр И.М.***ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СО СТОРОНЫ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ 14***Бабушкина Е.С., Сурикова Е.В., Чувашева М.В., Шапорова А.Ю., Гаранина О.Е.***ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА АРХИВНОГО МАТЕРИАЛА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА 14***Бабушкина М.В.***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ 15***Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Кармацких О.Г., Аминова П.Г.***БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ КОЖИ И УРОВЕНЬ АНТИМИКРОБНОГО ПЕПТИДА LL-37 У ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ 16***Биткина О.А., Габасов И.В.***КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ДИСКОИДНОГО ЭРИТЕМАТОЗА 16***Биткина О.А., Пересторонина В.С., Варенова Т.Н., Ражева П.А., Габасов И.В.***СТРУКТУРА ТРИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ «АЛЕКСАНДРИЯ» 17***Бобко С.И., Львов А.Н., Штендер С.***ЕВРОПЕЙСКИЙ ПРОЕКТ ПО ПРУРИГО 18***Большева А.А., Петунина В.В.***КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ . . . 18***Большева А.А., Хамаганова И.В.***ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПУВА-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ СКЛЕРОДЕРМИИ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПОДХОД 19***Бородулина К.С., Бурова С.А., Сумина О.А.***НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА 19***Бородулина К.С., Волнухин В.А., Проколова Е.М.***ПРИМЕНЕНИЕ МОНОХРОМАТИЧЕСКОГО УФ-СВЕТА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 308 НМ В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО 20***Бурова С.А., Эмирасланов Ф.Л., Бородулина К.С.***УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРЫВАЮЩЕГО ДЕКАЛЬВИРУЮЩЕГО ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА 20**

Бычкова Н.Ю.

ВТОРИЧНЫЕ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АКНЕ И АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЙ ЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ 21

Волкова С.Б., Поршина О.В.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ: ЭТАПЫ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ 22

Волнухин В.А., Кузьмина Л.А., Васильева В.А.

ОСОБЕННОСТИ ФОТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ «ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА». 22

Второва Е.С., Сакания Л.Р.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОНИХОМИКОЗОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЯЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ТЕРБИНАФИН 23

Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д., Гунашева А.А., Салманов С.У.

БОЛЕЗНЬ ДЕВЕРЖИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ. 23

Герасимчук Е.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНИХОМИКОЗОМ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 24

Гилякова Д.Н.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» 24

Гладько В.В., Измайлова И.В.

НЕМЕДЛЕННЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНТРАДЕРМАЛЬНЫХ ФИЛЛЕРОВ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ 25

Глебова Л.И., Голоусенко И.Ю., Чернова Т.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ЭРИТЕМ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА. 26

Голованова Т.В., Сивохина Т.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ НА ОСНОВЕ 1,3-ДИЭТИЛБЕНЗИМИДАЗОЛИЯ ТРИЙОДИДА В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЯЛОЗАЖИВАЮЩЕЙ РАНЫ ПОСЛЕ ПРОСТАТЭКТОМИИ С ОСТРЫМ ЛУЧЕВЫМ ДЕРМАТИТОМ. 26

Голоусенко И.Ю.

НЕКОТОРЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ. 27

Голоусенко И.Ю.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С АКНЕ И ЯИЧНИКО-НАДПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ 28

Горбачева Е.В., Попов И.В., Заторская Н.Ф.

ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОЗОВОГО ЛИШАЯ ЖИБЕРА 28

Гребенюк В.Н., Маркова М.Н., Попов И.В., Заторская Н.Ф.

КАПЛЕВИДНЫЕ ПСОРИАЗ И ПАРАПСОРИАЗ. КАК НЕ ОШИБИТЬСЯ 29

Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Гайворонская О.В.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ. 29

<i>Егорова О.Н., Белов Б.С.</i>	
ERYTHEMA NODOSUM, АССОЦИИРОВАННАЯ С САРКОИДОЗОМ И БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА	30
<i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Северинова М.В.</i>	
НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЛОБУЛЯРНОГО ПАННИКУЛИТА	31
<i>Еременко В.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	31
<i>Зайнуллина О.Н.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ	32
<i>Заторская Н.Ф., Маркова М.Н., Попов И.В., Труфанова Е.Ю.</i>	
ЛИНЕЙНЫЙ IGA-ЗАВИСИМЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ У ДЕВОЧКИ 4-Х ЛЕТ	32
<i>Заторская Н.Ф., Пилявская С.О., Корнят М.С., Басе Ф.Б.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА – ВАЖНЫЙ «ИНСТРУМЕНТ» ДЕРМАТОЛОГА. СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ	33
<i>Захарова О.В., Лебедева А.А., Демидова А.Н.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРИОТЕРАПИИ И ХИМИОДЕСТРУКЦИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	34
<i>Зыбарева А.С., Нажмутдинова А.Т.</i>	
ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ВЕГЕТИРУЮЩИЙ ДИСКЕРАТОЗ ДАРЬЕ В СОЧЕТАНИИ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	34
<i>Игнатова Е.В., Волнухин В.А.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ПУВА-ВАНН В ЛЕЧЕНИИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА	35
<i>Игнатовский А.В., Агакишизаде Н.Э.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ ВУЛЬВЫ	36
<i>Игошина А.В., Львов А.Н., Миченко А.В.</i>	
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЯ И ИЗОТРЕТИНОИНА В ТЕРАПИИ ЭКСКОРИИРОВАННЫХ АКНЕ	36
<i>Иманвердиева Н.А.</i>	
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	37
<i>Касихина Е.И., Кочетков М.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ CUTANEOUS LARVA MIGRANS	38
<i>Климов Е.А., Третьяков А.В., Кокаева З.Г., Рудько О.И., Соболева А.Г., Корсунская И.М., Соболев В.В.</i>	
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА DVN У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ	38
<i>Корнишева В.Г., Гринева Е.М., Монахова А.П., Гулордава М.Д., Котрехова Л.П., Вашкевич А.А.</i>	
ЛОКАЛИЗОВАННАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ	39
<i>Корнишева В.Г., Кукушкина К.С., Бетихер О.В.</i>	
ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ И ОЧАГИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ	40
<i>Корнят М.С., Гребенюк В.Н., Басе Ф.Б., Пилявская С.О., Заторская Н.Ф.</i>	
АТИПИЧНАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У РЕБЕНКА В ПЕРВОМ ДЕТСТВЕ	40

Корнят М.С., Львов А.Н.

**АКНЕ-АССОЦИИРОВАННЫЕ РЕВМАТОВИСЦЕРОПАТИИ:
СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ** 41

Кулак А.И., Полын И.В.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ
У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РОЗАЦЕА** 41

Купеева И.А., Раводин Р.А., Гусаров М.В., Якушенко С.С.

**РАЗРАБОТКА МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ
В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ** 42

Ломакина Е.А., Богуш П.Г., Ли Г.В.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОЙ
КЕРАТОДЕРМИЕЙ** 43

Лысенко О.В.

ЦИНКСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА..... 43

Маймасов И.Г., Горбачук Н.В.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ –
ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ**..... 44

Макагонова О.В.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НА ГРАНИЦЕ МЕЖДУ
ИММУНОЛОГИЕЙ И ДЕРМАТОЛОГИЕЙ**..... 45

Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Коняева Е.И., Егорова Е.А.

**ИЗУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ КОЖНЫХ РЕАКЦИЙ НА ОСНОВАНИИ
АНАЛИЗА КАРТ-ИЗВЕЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ ЗА 2009–2016 ГГ.**..... 45

*Михальчик Е.В., Щербина С.А., Мурина М.А., Балабушевич Н.Г., Цимбаленко Т.В.,
Гаджигороева А.Г.*

**ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ
ВОЛОС В ТРИХОЛОГИИ** 46

Петрова Г.А., Копишинская С.В., Ускова К.А., Виноградова О.И.

РОЛЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОЛОГИИ КОЖИ..... 47

Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А.

**ДИНАМИКА ОКТ-КАРТИНЫ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**..... 47

Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Чернышев С.Н., Погодин И.Е., Карпенко А.С.

**ВОЗМОЖНОСТИ 3D-ОКТ В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ
ПОВЕРХНОСТНЫХ СТРУКТУР ПРИ ОЖОГАХ КОЖИ** 48

*Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М., Петрова Н.С., Васильева А.В., Емельянова О.Ю.,
Радикова О.В.*

**ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВ МОЛОКА В РАЗВИТИИ АТОПИИ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ
И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ** 49

*Петрова С.Ю., Хлгатын С.В., Бержец В.М., Петрова Н.С., Радикова О.В., Васильева А.В.,
Емельянова О.Ю.*

**АЛЛЕРГИЯ К БЕЛКАМ МОЛОКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МОСКВЫ
И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ** 49

Петунина В.В.

ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ РАБОТЫ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ НА КОЖЕ 50

<i>Плиева К.Т., Денисова Е.В., Корсунская И.М., Лобанов В.И., Маляренко Е.Н.</i>	
ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ РАБОТЫ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ НА КОЖЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ТЕРАПИИ ТОРПИДНЫХ ФОРМАТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА	50
<i>Поляков А.П., Филоненко Е.В., Ратушный М.В., Ребрикова И.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Васильева Е.Ю.</i>	
МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ	50
<i>Поляков А.П., Рерберг А.Г., Болотина Л.В., Хохриков Г.И., Корниецкая А.Л., Сидоров Д.Ю., Кондрашова А.А.</i>	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И РЕЦИДИВНЫМ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ.	51
<i>Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Каткова К.В., Денисова Е.В., Корсунская И.М.</i>	
К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СКЛЕРОДЕРМИИ	51
<i>Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталевская А.В., Невозинская З.А., Данилин И.Е.</i>	
БОЛЕЗнь ЛАЙМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА	52
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Мельниченко О.О., Захарова А.Б., Скворцова А.И.</i>	
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЗА 2015–2017 ГГ.	52
<i>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Жукова О.В., Фриго Н.В.</i>	
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ	53
<i>Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Шугинина Е.А., Рассохина О.И., Арутюнян Л.С.</i>	
РЕАБИЛИТАЦИЯ КОЖИ БОЛЬНЫХ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА (ХРТПХ)	53
<i>Проскурина М.И., Заторская Н.Ф., Негашева Е.С., Чудакова Т.Ю., Валитова И.В., Бобров М.А.</i>	
СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА НА ПРИЕМЕ ДЕТСКОГО ДЕРМАТОЛОГА	54
<i>Ражева П.А., Биткина О.А.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	55
<i>Раводин Р.А., Гусаров М.В., Якушенко С.С.</i>	
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДУЛЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ	55
<i>Сабанова Е.А., Львов А.Н., Фадеев В.В.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ДЕРМОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА	56
<i>Сафонова Л.А.</i>	
ГИПОТИРЕОЗ КАК ПУСКОВОЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ НЕРУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ.	56
<i>Свечникова Е.В., Мерзликина Н.А.</i>	
АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНИХОДИСТРОФИЯМИ.	57
<i>Силина Л.В., Колбина М.С., Есипова Е.А.</i>	
ВЛИЯНИЕ СТУПЕНЧАТОЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	57

<i>Симанкина Ж.Д., Петрова Г.А., Зорькина М.В., Петрова К.С.</i>	
ПРИЖИЗНЕННЫЙ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АЛОПЕЦИЙ	58
<i>Симонова Н.В., Николаева К.И., Уфимцева М.А., Попова О.С.</i>	
РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМЫХ ГРУПП	58
<i>Соболев В.В., Корсунская И.М., Плиева К.Т., Соболева А.Г., Третьяков А.В., Климов Е.А.</i>	
ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ПРИ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ	59
<i>Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КУРСА БАЛЬНЕОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ РАПЫ ОЗЕРА «ОСТРОВНОЕ» НА УРОВЕНЬ УВЛАЖНЕННОСТИ КОЖИ ДЕТЕЙ	59
<i>Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОДНОКРАТНОЙ ПРОЦЕДУРЫ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ НА УВЛАЖНЕННОСТЬ КОЖИ ДЕТЕЙ С СИМПТОМАМИ СУХОСТИ	60
<i>Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ УВЛАЖНЕННОСТИ ЗДОРОВОЙ КОЖИ ДЕТЕЙ	61
<i>Суворов С.А., Толстокоров С.А.</i>	
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭМИ ММД И ЛФК ПРИ ДЕРМАТОЗАХ	61
<i>Турбовская С.Н., Круглова Л.С., Корчажкина Н.Б.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ УФБ-311 ФОТОТЕРАПИИ И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТАКРОЛИМУСА У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ	62
<i>Ускова К.А., Орехова Ю.И., Шлишко И.Л.</i>	
УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ И НЕДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ О ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ	62
<i>Хамаганова И.В., Петунина В.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В., Деньдоброва Ф.Н., Кошелев Ю.А.</i>	
ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И ВИТИЛИГО	63
<i>Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Радионова Е.Е., Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В., Деньдоброва Ф.Н.</i>	
ДЕПРОТЕИНИЗИРОВАННЫЙ ДИАЛИЗАТ ИЗ КРОВИ ЗДОРОВЫХ МОЛОЧНЫХ ТЕЛЯТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	63
<i>Хамаганова И.В., Денисова Е.В., Моднова А.Г., Оленич И.В., Максимова М.В., Лыткина Е.А.</i>	
АДЕМЕТИОНИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА	64
<i>Хамидов Ф.Ш., Насриддинова Н.Б., Хамидова М.З., Пулатов Б.Т., Хамидов С.М.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕТОКСИПСОРАЛЕН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	64
<i>Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Пулатов Б.Т., Хамидова М.З., Ботиров К.З., Алиев Л.М., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.Ф.</i>	
ПРЕПАРАТ ДЕРМОБАКТЕР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ (ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ) ЭКЗЕМОЙ	64

<i>Хлыстова Е.А., Дмитриева А.С.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ РОЗАЦЕА	65
<i>Хостикоева К.К., Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Оганесян М.В., Парыгина О.В., Шин Н.В.</i>	
ФУЛЬМИНАНТНАЯ РОЗАЦЕА У МУЖЧИН – ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ	65
<i>Чамурлиева М.Н., Коротаяева Т.В.</i>	
ВЕРОЯТНОСТЬ ГИПО- И ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ	66
<i>Чеботарев В.В., Чеботарева Н.В.</i>	
ФЕДЕРАЛЬНЫЕ И ЗАРУБЕЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)	66
<i>Чепрасова А.В., Касихина А.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИРУСНЫХ ЭКЗАНТЕМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ	67
<i>Чистяков Н.Д., Тропин А.В.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	68
<i>Шамрикова В.А., Дубровская Э.В., Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.</i>	
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕВУСОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	68
<i>Шамрикова В.А., Дубровская Э.В., Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.</i>	
ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕВОГЕНЕЗ	69
<i>Шамрикова В.А., Дубровская Э.В., Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ МЕЛАНИНА КОЖИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ МЕКСАМЕТРИИ	69
<i>Шамрикова В.А., Дубровская Э.В., Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕВУСОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	70
<i>Шацкая Е.Е.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ	71
<i>Шевелева Е.О.</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ АПОПТОЗА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОДНО-СОЛЕВОГО БАЛАНСА В РЕГЕНЕРАЦИИ ДЕРМАЛЬНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ МНОЖЕСТВЕННОГО ВНУТРИКОЖНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ	71
<i>Шилкина Н.П., Дряженкова И.В., Виноградов А.А., Масина И.В., Юнонин И.Е.</i>	
КОЖНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ СИСТЕМНЫХ АУТОИММУННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	72
<i>Шипилова Н.А., Сергеева И.Г.</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	73
<i>Эфендиева Г.А., Джалилова Д.Н., Эфендиева М.М.</i>	
ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА	73
<i>Эфендиева Г.А., Джалилова Д.Н., Эфендиева М.М.</i>	
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	74
<i>Язлюк В.С., Кузнецова О.В.</i>	
АУТОДЕСТРУКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ ВОЛОС В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	74

Якушенко С.С., Сухова Л.П.

**ОПЫТ ОТКРЫТИЯ КАБИНЕТА ДЕРМАТООНКОЛОГИИ НА БАЗЕ ОБЛАСТНОГО
КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Г. ЛИПЕЦКА. 75**

Якушенко С.С., Сухова Л.П., Раводин Р.А., Гусаров М.В.

**ОБУЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБУЧАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ 76**

РАЗДЕЛ 2. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.

**СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН,
ОБРАТИВШИХСЯ В ММКО 77**

Андропова Н.В., Землякова С.С., Жуковский Р.О., Лосева О.К.

РАННИЙ СКРЫТЫЙ СИФИЛИС И БЕРЕМЕННОСТЬ, НЕОЖИДАННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ 77

Андропова Н.В., Щербакова В.Г., Жуковский Р.О., Лосева О.К.

ДВА СЛУЧАЯ РАЗВИТИЯ ЛИМФОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ СИФИЛИСОМ 78

Бохонович Д.В., Лосева О.К., Чернышева Н.В., Кузнецова Н.А.

СЛУЧАИ ОТСУТСТВИЯ ЭФФЕКТА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НЕЙРОСИФИЛИСА 79

Денисова Е.В., Левощенко Е.П., Каткова К.В., Маляренко Е.Н., Корсунская И.М.

ПСОРИАЗИФОРМНЫЙ СИФИЛИД. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ 79

Зверева Л.И., Залевская О.В., Жуковский Р.О.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО СИФИЛИТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА 80

Кисина В.И., Романова И.В., Гущин А.Е., Жукова О.В.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ХАРАКТЕРА МУТАНТНЫХ
ШТАММОВ MYCOPLASMA GENITALIUM У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЙ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА. 80**

Ломакина Е.А., Богош П.Г., Зарубина Е.В.

НЕЙРОСИФИЛИС НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 81

Лосева О.К., Жуковский Р.О., Андропова Н.В.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ. 81

Панкратов О.В.

**ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПО ПОЛУЧЕНИЮ И ПОДТВЕРЖДЕНИЮ СТАТУСА
ВАЛИДАЦИИ ЭЛИМИНАЦИИ ПЕРЕДАЧИ СИФИЛИСА ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ 82**

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Доля О.В., Мельниченко О.О., Скворцова А.И., Захарова А.Б.

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ СИФИЛИСОМ
В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЗА 2015–2017 ГГ. 82**

Свечникова Е.В., Маршани З.Б.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ. ... 83

Стрибук П.В., Лосева О.К., Зюзя Ю.Р.

ПОСМЕРТНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОСИФИЛИСА У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ. ... 84

Сухова Л.П., Дорошева С.В., Токарева Н.В.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОВОЛНОВОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ
БОРОДАВОК 84**

<i>Темников Д.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА 265 БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ.	85
<i>Темников Д.В., Гомберг М.А., Темников В.Е.</i>	
ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ.	85
<i>Тюленев Ю.А., Титов И.С., Гущин А.Е.</i>	
ВЕНЕРИЧЕСКАЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМА СРЕДИ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, В Г. МОСКВЕ	86
<i>Тюленев Ю.А., Титов И.С., Попова А.А., Покровская А.В., Гущин А.Е.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИППП И ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ МСМ ГОРОДА МОСКВЫ	86
<i>Шульгина М.М., Сапожникова Н.А., Ефремова Е.В., Борисова А.М., Потапова А.А.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ МАССОВОГО СКРИНИНГА СЫВОРОТКИ КРОВИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО АНТИГЕНА ВИРУСА ГЕПАТИТА В	87

РАЗДЕЛ 3. КОСМЕТОЛОГИЯ

<i>Ахмедбаева И.А., Юсова Ж.Ю.</i>	
ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ МОНОПОЛЯРНАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ	88
<i>Баранова Е.Л., Демидион Д.В., Юсова Ж.Ю.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ СВЕТОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ КОЖИ	88
<i>Биткина О.А., Апазова Э.С., Варенова Т.Н., Габасов И.В., Кашина А.С.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КРЕМ-МАСКИ ДЛЯ ВОЛОС С 10% СОДЕРЖАНИЕМ ОЗОНИДОВ НА ЭТАПЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ	89
<i>Бурмистров К.А., Нyoung J.P., Нyoung M.K., Myung J.O.</i>	
КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УМЕНЬШЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ МОРЩИН НА ЛИЦЕ С ПОМОЩЬЮ ФРАКЦИОННОЙ МИКРОИГОЛЬЧАТОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ СИСТЕМЫ	90
<i>Васильева Е.В.</i>	
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТЕЙ ИЗ 100% ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ (ФРАНЦИЯ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА	90
<i>Горская А.А., Петрова Г.А., Петрова К.С.</i>	
МНОГОУРОВНЕВОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОМОЛОЖЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ND: YAG ЛАЗЕРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 532 И 1064 НМ И КОМБИНАЦИЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИМПУЛЬСА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ	90
<i>Гресь С.Н.</i>	
ОСЛОЖНЕНИЯ «BODY-ART» И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ	91
<i>Григалашвили М.А., Демина О.М., Газитаева З.И.</i>	
РОЛЬ ФИБРОБЛАСТОВ В ВОСПАЛЕНИИ И РЕГЕНЕРАТИВНОМ ПОТЕНЦИАЛЕ КОЖИ.	92
<i>Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.</i>	
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ КОСМЕТОЛОГИИ.	93

Исмаилова Г.А., Алиев А.Ш., Правоторова Т.С.

КОЛЛАГЕН-ИНДУЦИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ 93

Локарев А.В., Громова Е.А.

**РАЗРАБОТКА ЛИНИИ КОСМЕЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ
БАЗОВОЙ МОДЕЛИ 94**

Михайлов А.Г., Петрова К.С., Кулагин Л.В., Карпенко А.А.

**ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПИГМЕНТА НА ОПТИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ КОЖИ 94**

Петрова К.С., Михайлов А.Г., Карпенко А.А., Кулагин Л.В.

**КОРРЕКЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ТАТУИРОВОК
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДАННЫХ ОКТ И ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЗИ. 95**

Потекаев Н.Н., Орлова О.Р., Кочетков М.А., Внукова О.Л.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА
ПРИ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ 95**

Ромашкина А.С.

**ПОДГОТОВКА К БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ С УЧЕТОМ ТИПА СТАРЕНИЯ:
В ЧЕМ СЕКРЕТ УСПЕХА 96**

Смагина Е.А., Жучков М.В.

**ТОПИЧЕСКИЙ БРИМОНИДИНА ТАРТРАТ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАТОМ
КОЖИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНЪЕКЦИЙ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ 97**

Степанова Т.В., Юсова Ж.Ю.

**ВЛИЯНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ СФОКУСИРОВАННОЙ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВОЛНЫ НА РАЗЛИЧНЫЕ МОРФОТИПЫ КОЖИ. 97**

Шепилова И.А., Королькова Т.Н.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЛИНГОВ С РЕТИНОИДАМИ 98

Шмакова А.С.

**АНАЛИЗ СОСТАВА КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СУХОСТИ
У ПАЦИЕНТОК С ЖИРНЫМ ТИПОМ КОЖИ 98**

Эльтес А.М.

**КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕХНИКА В КОРРЕКЦИИ КОМПЛЕКСА НОС –
НОСОГУБНАЯ СКЛАДКА – ГУБЫ – «ДЕСНЕВАЯ УЛЫБКА». БОТУЛОТОКСИН,
ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА, ГИДРОКСИАПАТТИТ КАЛЬЦИЯ: КАК, ГДЕ, КОГДА? 99**

Эльтес А.М.

**ИМПУЛЬСНЫЙ ЛАЗЕР НА КРАСИТЕЛЕ (PDL – PULSED DYE LASER) В ЕЖЕДНЕВНОЙ
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ИЛИ ИНТЕГРАЛЬНАЯ
СОСТАВНАЯ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ 99**

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Симптомы энтеропатического акродерматита, связанного с врожденным расстройством метаболизма цинка, возникающего в связи с нарушением всасывания этого микроэлемента в тонкой кишке, появляются в младенческом возрасте. Дебют болезни приходится на первые дни жизни ребенка в случае искусственного вскармливания, или же проявления энтеропатического акродерматита возникают в течение нескольких недель после прекращения грудного вскармливания и перевода ребенка на смесь на основе коровьего молока. Заболевание передается по аутосомно-рецессивному типу. Патогномоничная триада симптомов энтеропатического акродерматита – поражение кожи вокруг естественных отверстий тела (периорифициальный дерматит) и на конечностях (акродерматит), алопеция и диарея. Цель исследования: изучить особенности течения энтеропатического акродерматита с учетом возраста ребенка.

Материалы и методы. На стационарном лечении в кожном отделении городской клинической больницы № 1 находилось 23 пациента. В возрасте до 3 мес. – 5, от 3 мес. до года – 9, от года до 2 лет – 7, и старше 4 лет – 2 детей. Принцип деления больных на группы проводился согласно клинической картине заболевания.

Результаты и обсуждение. У 19 детей (первая группа) родители состояли в родственном браке, трое из их числа были членами одной семьи. Триада симптомов: дерматит, диарея, алопеция наблюдалась у всех детей первой группы, причем превалировали дети в возрасте до 1,5 лет. Высыпания симметрично располагались на коже крупных складок, вокруг рта, глаз, в аногенитальной области и области ягодиц. Сыпь была полиморфной. На эритематозном фоне определялись везикуло-пустулезные и буллезные элементы, местами крупные мокнущие эрозивные очаги, покрытые серозно-гнойными корками. У 15 пациентов наблюдались паронихии практически на всех пальцах рук. Кроме этого, были выраженные явления конъюнктивита, блефароспазм и фотофобия. У детей второй группы (3 ребенка) отмечались проявления на слизистой полости рта: глоссит, явления стоматита, заеды. Высыпания на крупных складках имели причудливую форму с четкими границами насыщенного красного цвета с выраженной мацерацией. Местами отмечались слегка шелушащиеся лихеноидные элементы красноватого оттенка. В третью группу вошел лишь один больной – мальчик в возрасте 4 лет, у которого отмечался баланопостит, дистрофические изменения ногтей пластинок, гиперкератоз нескольких пальцев стоп. Симптомов диареи и алопеции в последних двух группах не отмечалось. Таким образом, с учетом достижений современной дерматологии, течение энтеропатического акродерматита благоприятное, но зависит от точной диагностики и своевременно начатого лечения. Необходимо систематическое диспансерное

наблюдение больных дерматологом и педиатром с контролем за поддерживающей дозой препаратов цинка, так как прекращение такого лечения может вызвать рецидив и прогрессирование заболевания.

ЦИНК-ТЕРАПИЯ ДЕРМАТИТОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Абдулкаримова Ф.С., Касихина Е.И., Кулик А.С.

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

Актуальность. Дерматиты (экземы) – группа дерматозов с разной этиологией и клиническими проявлениями, занимающая значительную долю в структуре дерматологических болезней детей всех возрастных групп. По различным данным заболеваемость дерматитами составляет около 18 случаев на 1000 детского населения. Потребность в безопасных и эффективных препаратах, которые можно использовать в терапии дерматитов у детей первого года жизни и раннего детского возраста, остается высокой, поскольку большинство матерей страдают «стероидофобией». Закономерно, что часто в таких ситуациях назначаются препараты цинка. Разнообразие лекарственных форм (аэрозоль, взбалтываемая взвесь, лосьон, паста, крем, мазь, шампунь) позволяет подобрать препараты цинка для моно- и комплексной терапии воспалительного процесса любого характера и любых локализаций. При местном применении цинк оказывает противовоспалительное действие, противозудный эффект (ингибирует дегрануляцию тучных клеток и, тем самым, снижает секрецию гистамина), стимулирует процессы эпителизации эпидермиса. Предполагается также, что цинк опосредованно, через toll-подобные рецепторы, регулирует гомеостаз, влияя на функции дендритных клеток и иммунные процессы в эпидермисе и дерме.

Цель работы. Провести ретроспективный анализ применения лекарственных форм препаратов цинка в наружной терапии дерматитов у детей грудного и раннего детского возраста. Нами были проанализированы 244 амбулаторные карты детей, получавших амбулаторное лечение в консультативно-поликлиническом отделении ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2015–2018 гг. В структуре дерматитов преобладали грудные дети с диагнозом себорейный дерматит – 79 (32,4%) ребенка. Дерматит, вызванный съеденной пищей, был диагностирован у 73 (29,9%) детей. Низкий процент обращения к дерматологам детей с пеленочным дерматитом (всего 4,5%) скорее был связан с успешной коррекцией проблемы педиатрами. У 9 (3,7%) пациентов наблюдался контактный дерматит на применение различных эмоленгов. У 72 (29,5%) детей грудного и раннего возраста был диагностирован атопический дерматит. До обращения в консультативное отделение препараты цинка применяли 29 (11,9%) человек. Неудачи применения у грудных детей нередко связаны с непра-

вильным подбором лекарственной формы или реакцией на дополнительные компоненты основы. Препараты цинка в форме мазь могут усилить воспаление у младенцев в связи с физиологическими особенностями кожи. Также не рекомендуется применять препараты цинка при остром течении пеленочного дерматита. Взбалтываемые взвеси цинка, содержащие спирт, у младенцев могут спровоцировать сухость, шелушение и зуд кожи. Проведенный анализ случаев показал, что применение пиритиона цинка в лекарственной форме крем 1 раз в день в течение 7–10 дней показало высокую эффективность в наружном лечении себорейного дерматита у детей грудного возраста. В качестве монотерапии препараты пиритион цинка успешно использовались при развитии дерматита, связанного с реакциями на пищевые продукты при прорезывании зубов у детей. При диссеминированном и диффузном кожном процессе, сопровождаемом крайне выраженным зудом, детям 1 раз в день назначались мази и кремы с топическими глюкокортикостероидами (ТГКС). Смазывание кремом пиритион цинка проводилось также 1 раз в сутки. Указанная наружная терапия проводилась в течение 7–10 дней, до разрешения выраженных проявлений. В дальнейшем ТГКС отменялись, а на участки остаточной инфильтрации применялся крем пиритион цинка 2 раза в день до 14–21 дня и эмоленты. Лосьон, содержащий 5% окись цинка, а также аэрозольные формы пиритиона цинка использовались в качестве дополнительной наружной противозудной терапии при распространенном воспалительном процессе у детей до 3-х лет в связи с особенностью дозирования антигистаминных препаратов и ограничениями по площади применения ТГКС. Для эффективной профилактики рецидивов пеленочного и периаанального дерматитов рекомендовалось последовательное применение препаратов 5% декспантенола и крема пиритиона цинка. Лечение детьми переносилось хорошо. Побочных эффектов при использовании препаратов цинка разных производителей зафиксировано не было.

Выводы. Широкий спектр фармакологических активностей, а также накопленный опыт его клинического применения во многих странах мира позволяют отнести препараты цинка к эффективным, безопасным нестероидным средствам для наружной терапии дерматитов различной этиологии и рекомендовать его к использованию в дерматологии, педиатрии и аллергологии.

CUTIS LAXA: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Антропова А.Н., Замаева Д.Д., Бычкова Н.Ю.
Руководитель: к.м.н., асс. Бычкова Н.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Cutis laxa (синдром вялой кожи, эластолизис) представляет собой редко встречающийся синдром, обусловленный поражением эластических волокон соединительной ткани и характеризующийся морщинистой, дряблой, незластичной кожей и системными поражениями внутренних органов. Кожные проявления особенно заметны на лице, что приводит к неудовлетворенности пациентов своим внешним видом. Термин «Cutis laxa» объединяет группу редких клинически и генетически гетерогенных заболева-

ний соединительной ткани, среди которых различают две формы: наследственную (идиопатическую) и приобретенную. Приобретенные формы встречаются чаще, характеризуются более поздним началом и отсутствием аномалий развития внутренних органов. В половине случаев приобретенная форма развивается вторично как следствие воспалительных, аллергических, системных или злокачественных заболеваний. Генетически подтвердить данный диагноз удается лишь у 10% пациентов. На сегодняшний день в литературе описано около 200 случаев синдрома Cutis laxa.

Цель: изучить данные литературы, проанализировать особенности клинического случая и разработать план терапевтических мероприятий синдрома Cutis laxa для курируемой пациентки. Материалы и методы исследования: сбор анамнеза, осмотр, анкетирование и анализ медицинской документации пациентки с диагнозом Cutis laxa syndrome (приобретенный). Проанализировано 30 литературных источников. Диагноз был верифицирован на основе клинико-анамнестических данных и комплексного генетического обследования.

Результаты: приводим клиническое наблюдение. Пациентка М., 36 лет, на момент осмотра предъявляет жалобы на прогрессирующую вялость кожи лица и тела, «провисание» мягких тканей в области нижней челюсти, сниженный тургор кожи. Считает себя больной с 19 лет, когда впервые появилось провисание мочек обеих ушей, позднее дряблость кожи лица, туловища и конечностей. Наследственность не отягощена. Сопутствующие заболевания: хронические пиелонефрит, крапивница на некоторые пищевые продукты. В ФГБНУ «Медико-генетический научный центр», г. Москва, подтвержден клинический диагноз Cutis laxa syndrome, проведено секвенирование клинического экзона 6300 генов с целью обнаружения генетических изменений. Заключение: значимых вариантов нуклеотидной последовательности (мутаций), соответствующих критериям поиска, не обнаружено.

Status localis: тургор и эластичность кожи снижены, о чем свидетельствует замедленное расправление складки кожи в области лба и тыла кисти, а также положительный ротационно-компрессионный тест в области лба. Кожа тонкая, бархатистая на ощупь за счет обилия пушковых волос, с большим количеством «сосудистых звездочек». Статические морщины глубокие, выражены в области лба, углов глаз и рта. Наблюдается птоз мягких тканей в области нижней челюсти и «нависание» верхних век. Отмечается ломкость ногтей, голубоватый оттенок склер. Подкожно-жировая клетчатка слабо развита. Имеется подвывих височно-нижнечелюстного сустава, повышенная мобильность суставов пальцев рук, «хруст» в крупных суставах. На основании клинической картины и анамнеза (начало заболевания в 19 лет; в анамнезе наличие крапивницы; отсутствие аномалий развития внутренних органов), результатов генетической диагностики и данных объективного исследования был выставлен диагноз: Cutis laxa syndrome (приобретенный). Рекомендовано: рациональная диета с повышенным содержанием белка, витаминов С, Е, В6 и микроэлементов Mg и Zn, участвующих в выработке коллагена, а также адекватный режим дня и активности, ЛФК. С целью улучшения микроциркуляции и трофики тканей был назначен массаж и миостимуляция. Ввиду испытываемого психологического дискомфорта была рекомендована психотерапия. Для нормализации синтеза компонентов дермального матрикса рекомендованы курсы внутривенных инъекций препаратов ретикулированной и неретикулированной гиалуроновой кислоты с аминокислотами, витамином С, глутатионом и янтарной кислотой. Дополни-

тельно для сохранения структуры коллагено-эластинового каркаса рекомендовано применять препараты экстракта плаценты человека, содержащие гиалуроновую кислоту и комплекс аминокислот, которые улучшают метаболические процессы и повышают регенераторный потенциал дермы. Cutis laxa-крайне редкий синдром, поэтому изучение каждого клинического случая представляет особую ценность. Сохранить высокое качество жизни пациента возможно лишь при своевременном лечении, направленном как на устранение косметических дефектов, так и на коррекцию психоэмоционального статуса.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СО СТОРОНЫ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ

**Арутюнян Л.С., Шугинина Е.А., Петров В.В.,
Рассохина О.И., Янцен Л.И., Кныр И.М.**

*ГАУЗ МО ЦГКБ ПОО Стационар 1, Реутов, Россия,
ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия, ФГБОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва Россия*

Кожные реакции при химиотерапии могут иметь различную степень тяжести, что часто приводит к отмене жизненно необходимого лечения. В связи с этим очень важно своевременно проводить лечение кожной токсичности. Наиболее часто кожные реакции встречаются при лечении препаратами нижеперечисленных фармакологических групп: ингибиторы EGFR (эрлотениб, gefетениб, сорафениб, пазопаниб), ингибиторы протеинтирозинкиназы (сорафениб, пазопаниб), алкилирующие соединения (карбоплатин), антиметаболиты (капецитабин).

Описаны следующие проявления кожной токсичности и слизистых, связанных с ингибированием EGFR.

Кожа: акнеподобная сыпь; сухость, трещины, экзема; кожный зуд и гиперпигментация.

Слизистые оболочки: сухость во рту и мукозит, сухость слизистой носа.

Ногти: паронихии.

Волосы: трихомегалия и гипертрихоз.

Эти изменения вызывают психологический дискомфорт, ухудшают качество жизни пациентов, что приводит к снижению дозы препаратов, а в некоторых случаях их отмены. В отделении химиотерапии ЦГКБ (г. Реутов) наблюдались 493 пациентов. 54 пациентов принимали препараты вышеуказанных групп. Наиболее часто кожные реакции встречались у пациентов, которым проводили лечение ингибиторами протеинтирозинкиназы: эрлотениб, gefетениб, сорафениб. Антиметаболитом (капецитабин), алкилирующие соединения карбоплатин. у всех пациентов выявлена сухость кожи и слизистых 100%. У 32- выявлена кожная токсичность 59,25%. Акнеподобная сыпь встречалась у 22 пациентов 40,7%, выявлены 3 случая паронихии (5,55%), увеличение желез монтгомери наблюдалось у 1 пациентки (1,85%), 1 случай васкулита (1,85%), 1 случай трихомегалии (1,85%), 1 случай ладонноподошвенного синдрома (1,85%), 1 случай сухости слизистой носа (1,85), 1 случай дерматита затылочной области шеи и волосистой части головы (1,85), 1 случай покраснение и зуд кожи век (1,85%).

Пациентам с сухостью кожи были рекомендованы применение, липидовосполняющего бальзама для тела и увлажняющие средства для чувствительной кожи лица. При лечении акнеподобной сыпи применялись антибактериальные мази и крема. У пациентов отмечалось улучшение спустя неделю после назначенного лечения. При ладонноподошвенном синдроме и трещинах пальцев применяли

мультивосстанавливающее средство для поврежденной и раздраженной кожи. При трихомегалии была назначена гормональная мазь для век. Пациенту с васкулитом был отменен препарат и назначена гормональная терапия. После купирования симптомов васкулита, возобновлено лечение препаратом сорафениб. Пациентке с увеличенными железами монтгомери назначено лечение гормональным кремом (мамезазон). При сильном зуде назначались антигистаминные средства внутрь. Пациентке с сухостью слизистой носа лор врачом было рекомендовано увлажнение носа, тампоны тыквенным маслом, пациентке с покраснением век рекомендована гидрокортизоновая мазь (глазная) на неделю. Раздражение и зуд прошли спустя неделю. Таким образом, своевременное лечение уменьшает проявления кожной токсичности, что позволяет продолжать жизненно важную терапию кожной токсичности, что позволяет продолжать жизненно важную терапию.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА АРХИВНОГО МАТЕРИАЛА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

**Бабушкина Е.С., Сурикова Е.В., Чувашева М.В.,
Шапорова А.Ю., Гаранина О.Е.**

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Приволжский исследовательский
медицинский университет» Минздрава России,
Нижний Новгород, Россия*

Рак кожи гетерогенное заболевание, которое зависит не только от генетической предрасположенности, но и от сложного взаимодействия с окружающей средой. На базе архива специализированного стационара, оказывающего медицинскую помощь по профилю «онкология» был проведен анализ историй болезни пациентов с базальноклеточным раком кожи (БКРК) с целью выявления факторов, влияющих на развитие патологии. Анализировались: пол, возраст, место жительства, время от момента появления образования до установления диагноза, данные патоморфологических исследований. Сведения о фототипе, профессиональных вредностях, искусственных источниках ультрафиолетового излучения, таких как солярий, ПУВА-терапия, и другие в историях болезни не фиксировались. Так же в большинстве историй полноценное клиническое описание образования отсутствовало.

Цель и задачи работы. Произвести анализ архивного материала историй болезни пациентов для выявления факторов риска возникновения БКРК.

Материалы и методы. Проанализировано 200 историй болезни, данные внесены в созданные анкеты.

Результаты. За конец 2017–2018 гг. абсолютное число пациентов с установленным диагнозом БКРК составило 200 человек (по России 74721). Среди них 141 (70,5%) женщина и 59 (29,5%) мужчин, по России 47013 (62,9%) и 27708 (37,1%) соответственно. Средний возраст 71,1 лет (по России 69,5), мужчины 68 (по России 68,3), женщины 72,4 (по России 70,3). Заболеваемость до пенсионного возраста (65 лет) у мужчин составила 0,7 на 100 тыс., среди женщин (до 60 лет) – 0,5 на 100 тыс.; старше пенсионного возраста среди мужчин 1,1 на 100 тыс., среди женщин – 3,8 на 100 тыс. По России заболеваемость БКРК до пенсионного возраста составляет у мужчин 7 на 100 тыс., у женщин – 5,9

на 100 тыс.; старше пенсионного возраста у мужчин – 11,9 на 100 тыс., у женщин – 26 на 100 тыс. Чаще клинические проявления БКРК встречались на коже лица – 182 случая. БКРК диагностирован только на лица у 179 пациентов, у 26 выявлены элементы как на лице так и на других участках кожного покрова. Чаще клинические проявления были представлены на коже носа – 44, параорбитальной области – 31, щек – 21, лба – 20, височных областях – 19, ушных раковинах – 17, волосистой части головы – 17, носогубных складок – 13, красной каймы – 5. Среди экстрафациальных локализаций были выявлены заднее, переднее декольте, шея – по 6 случаев на каждую локализацию, плечо – 3, туловище – 2, паховая область, предплечье по 1. Множественные элементы в сочетании с другими локализациями наиболее часто встречались на лице – 3 случая, далее туловище – 2, переднее декольте – 2. Среди сопутствующих заболеваний лидируют сердечно-сосудистые – 147 случаев. На втором месте – желудочно-кишечные заболевания (33), на третьем – эндокринные (28). Заболевания центральной нервной системы зафиксированы у 27 пациентов, мочеполовой – 5, костно-мышечной – 4. Наиболее часто пациенты были из Нижнего Новгорода – 95 человек, из городов Нижегородской области и других регионов – 105. К сожалению, выявить зависимость от профессиональных факторов и пребывания на открытом воздухе не удалось, так как в большинстве случаев (83,5%) указана группа не работающих, пенсионеры. Наиболее часто был выявлен БКРК на 1 стадии – 65%, на 2–10,5%, на 3–2%. Клинически образования с изъязвлением было выявлено в 78 случаях (38,8%). От момента появления элемента до обращения к онкологу прошло 6 месяцев у 22,5% и более одного года – 77,5%.

Выводы. Обращение за специализированной помощью через год и более (77,5%) указывает на низкую информированность населения о клинических проявлениях злокачественных новообразований кожи. По полученным данным чаще всего БКРК встречается среди женщин. До наступления пенсионного возраста наиболее часто встречается среди мужчин, после – среди женщин. Средний возраст обоих полов и женщин выше, по сравнению с данными по России. Лицо – наиболее частая локализация БКРК. Среди сопутствующих заболеваний лидируют сердечно-сосудистые, что может быть связано с частым применением диуретиков в лечении гипертонической болезни, вызывающих повышение фоточувствительности. Чаще всего специализированную стационарную помощь получали пациенты с БКРК проживающие в Нижнем Новгороде, по сравнению с городами области.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Бабушкина М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Себорейный дерматит – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, связанное с повышенной секрецией кожного сала, изменением его качественного состава и характеризующееся локализацией в областях скопления сальных желез – на волосистой части головы, лице, верхней части туловища, складках (Чикин В.В., Минева

А.А., Заславский Д.В., 2015). Несмотря на то, что в большинстве случаев проявления дерматоза типичны, иногда возникает необходимость дифференцировать себорейный дерматит от других заболеваний скальпа, особенно сопровождающихся явлениями себореи (Литиус А., Хобзей К., 2016). Цель исследования: оценить клинические особенности заболеваний, имеющих сходные проявления с себорейным дерматитом волосистой части головы. Под наблюдением находились 33 пациента с поражением кожи волосистой части головы, из них страдающих себорейным дерматитом – 15 человек, псориазом – 7, атопическим дерматитом – 5, саркоидозом – 4, себорейной пузырчаткой – 2 больных. Возраст пациентов варьировал от 18 до 63 лет. Полученные результаты. Себорейный дерматит характеризовался поражением преимущественно лобной и затылочной областей скальпа, при этом патологический процесс не выходил за край роста волос. У 4 мужчин высыпания имелись в области бороды и усов. Эритематозные очаги имели розовый оттенок, инфильтрация слабо выражена, отмечались значительные проявления жирной себореи, чешуйки легко отделялись с поверхности кожи, 11 больных беспокоил умеренный зуд. Псориаз волосистой части головы проявлялся папулами и бляшками более яркого, красного цвета, у 4 пациентов высыпания локализовались на границе роста волос, распространяясь на кожу лба и шеи. Поверхность элементов была покрыта сухими серовато-белыми или желтовато-серыми чешуйками, плотно прилегающими к поверхности очагов. Небольшой зуд кожи головы беспокоил только 1 больного. При осмотре типичные псориазические высыпания на других участках кожи были выявлены у 5 человек, поражение ногтей пластинок – у 3 пациентов, положительная триада Ауспица – у 3 больных. У пациентов с атопическим дерматитом отмечались выраженная сухость скальпа в очагах поражения, скопление отрубевидных мелких чешуек. Эритематозные очаги имели бледно-розовый цвет. Все больные жаловались на выраженный зуд, что подтверждало наличие экскориаций в местах высыпаний. У всех наблюдаемых пациентов при осмотре были обнаружены другие симптомы атопического дерматита (общая сухость кожи, высыпания в типичных зонах, у 2 человек – явления хейлита и симптом Денъи-Моргана). Очаги поражения при саркоидозе локализовались преимущественно в лобной и теменной областях, имели розово-красный цвет, плотно-эластическую консистенцию, гладкую поверхность, четкие границы, размер от 3–5 до 20 мм. В центральной части некоторых элементов имелись западение и желтоватая окраска. При диаскопии симптом «пылинок» был диагностирован только у 2 человек. Одну больную беспокоил периодический легкий зуд в области высыпаний. У 2 пациентов выявлен саркоидоз легких, у одного – поражение внутригрудных лимфоузлов. У мужчин с себорейной пузырчаткой эритематозные очаги локализовались в теменной и затылочной областях. Инфильтрация не выражена, свежих пузырей не было, на поверхности отдельных эрозий располагались плотно сидящие желтоватые пластинчатые чешуйко-корки. Подобные очаги имелись на коже лица, груди и спины. Краевой симптом Никольского положительный, хотя акантолитические клетки в мазках найдены не были. Таким образом, дерматозы, локализующиеся на коже волосистой части головы имеют некоторые сходства клинических проявлений, что диктует необходимость тщательного сбора анамнеза, осмотра всего кожного покрова пациента и, при необходимости, проведения дополнительных лабораторных и инструментальных методов диагностики.

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ КОЖИ И УРОВЕНЬ АНТИМИКРОБНОГО ПЕПТИДА LL-37 У ПАЦИЕНТОВ С ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ

Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Кармацких О.Г., Аминова П.Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», Екатеринбург Медицинская лаборатория ООО «Кволити Мед», Екатеринбург, Россия

Особенности клинической картины экссудативного псориаза, тяжелое состояние пациентов, наличие сопутствующей коморбидной патологии характеризуют данную форму псориаза. Причина развития экссудативного псориаза, а также фактор, приводящий к трансформации из более «спокойной» блестящей формы псориаза окончательно не определены. Роль инфекции в развитии, обострении псориазического процесса, также и его более остро протекающей, экссудативной формы еще предстоит выяснить. Цель исследования: изучить состав микробиоты поверхности псориазических бляшек методом масс – спектрометрии и содержание антимикробного пептида кателицидина LL-37 в сыворотке крови при экссудативном псориазе в сравнении со здоровыми лицами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 24 пациента с экссудативным псориазом (ЭП), средний возраст $36,5 \pm 10,3$ года, индекс PASI $24,7 \pm 10,8$ баллов; группу сравнения составили 32 пациента с вульгарным бляшечным псориазом (БП) средний возраст $42,8 \pm 12,2$ года индекс PASI $20,8 \pm 10,4$ баллов; и 20 человек здоровых лиц (ЗЛ), средний возраст $28,8 \pm 4,5$ лет. Проводилось микробиологическое исследование поверхности псориазических бляшек; бактериологический посев на питательные среды, с последующим исследованием методом масс – спектрометрии. Для исследования микробиоты использовался анализатор VITEK MS технологии идентификации микроорганизмов методом MALDI-TOF (матричная лазерная время пролетная масс-спектрометрия) с последующим анализом спектра с помощью базы данных VITEK MS (bioMérieux, Франция). Забор материала проводился до назначения терапии. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам использовался диско – диффузный метод. Исследование на содержание антимикробного пептида (АМП) кателицидин LL-37 проводилось с помощью набора для иммуноферментного анализа Human LL-37 ELISA TEST KIT (Nucult biotech) в сыворотке крови больных.

Результаты и обсуждения. В результате бактериологического исследования псориазических элементов *S. aureus* в диагностически значимых концентрациях (≥ 104 КОЕ) был самым частым выявляемым возбудителем при ЭП у 50%, при БП у 24,2% пациентов, у здоровых лиц – 10%. Возбудитель *S. epidermidis* обнаруживался наиболее часто при ЭП в 16,6%, при БП 14,5%, у здоровых лиц 15%. Также определялись *Lactococcus lactis* при ЭП 16,6%, при БП 14,5%, у здоровых лиц 5%; *Klebsiella pneumoniae* ssp. *rhinoscleromatis* ЭП (16,6%), БП (14,5%); *Staphylococcus haemolyticus* БП (4,8%), ЭП (4,2%), ЗЛ (10%); *Enterococcus faecalis* выявлялся только при БП (4,8%); *Pseudomonas stutzeri* БП (4,8%), ЭП (4,2%); *Staphylococcus*

varneri БП (4,8%), ЭП (4,2%); *Corynebacterium striatum* БП (4,8%), ЭП (4,2%), ЗЛ (5%); *Staphylococcus lugdunensis* БП (4,8%), ЭП (4,2%); *Staphylococcus hominis* БП (4,8%), ЭП (4,2%), ЗЛ (5%). Условно – патогенные грибы рода *C. albicans* обнаруживался только у пациентов с БП (6,4%) с очагов на коже стоп. Отсутствие роста микроорганизмов наблюдалось чаще у группы ЗЛ (35%), ЭП (20,8%), БП (24,2%). У 12 пациентов с БП наблюдался рост культур двух возбудителей одновременно. У 12 больных ЭП, при выделении *S. aureus*, отмечалась 100% чувствительность к антибиотикам – ципрофлоксацину, клиндамицину, цефоксину, офлоксацину, линкомицину, кларитромицину; резистентность отмечалась преимущественно к пеницилину (100%), азитромицину (92%), ампициллину (92%). Уровень содержания АМП кателицидина LL-37 в сыворотке крови при ЭП ($3,91 \pm 0,17$ нг/мл) был достоверно выше, по сравнению с группой БП и ЗЛ ($p < 0,05$), а также в группе БП ($2,56 \pm 0,15$ нг/мл) был повышен по сравнению с группой ЗЛ ($p < 0,05$). В результате проведенного нами исследования при ЭП наиболее патогенный *S. aureus* обнаруживается достоверно чаще, чем при БП. При псориазе нет выраженных осложнений вторичной инфекцией, несмотря на повреждение барьерных функций, что можно объяснить напряженностью врожденного иммунитета, присутствием АМП. В нашем исследовании наблюдался повышенный уровень содержания АМП – кателицидина LL-37 при ЭП, БП, а также была получена сильная прямая корреляционная связь ($r = 0,758$, $p = 0,003$) между данным показателем и присутствием бактериальной микробиоты на поверхности псориазических высыпаний.

Выводы. Выявление условно-патогенных микроорганизмов с преобладанием *S. aureus* и *S. epidermidis* предполагает возможную роль инфекции в развитии иммунного воспаления при псориазе. Повышение содержания циркулирующих АМП в форме кателицидина LL-37 свидетельствует о его патогенетической значимости при псориазе.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ДИСКОИДНОГО ЭРИТЕМАТОЗА

Биткина О.А., Габасов И.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, клиника «Александрия», Нижний Новгород, Россия

Больной Н., 36 лет, проконсультирован 18.07.2018, предъявлял жалобы на появление 2-х очагов облысения в лобно-теменной зоне с апреля 2018 года. Высыпания появились через 2 недели после интенсивной инсоляции (пребывание на Канарских островах). Обратился в частную клинику, где дерматологом установлен диагноз: Микроспория волосистой кожи головы. О положительном результате исследования на грибы сведений нет. Получал лечение по поводу микоза волосистой кожи головы (орунгал, кето-плюс, сертамикол). Самостоятельно использовал мазь Вишневского, гептрал.

Status localis: 2 участка рубцовой алопеции, насыщенно-розовой окраски диаметром 1 и 2 см, округлой формы в лобно-теменной зоне. В анализ крови от 18.07.2018 г. снижение уровня лейкоцитов до $3,2 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты до 0,123%. При проведении трихоскопии: отсутствие фолликулярных устьев на фоне эритемы. Установлен диагноз: дискоидный эритематоз. Назначено лечение в виде приема аевита, делагила, аппликаций этривекса и элоко-

ма. При повторном осмотре 14.09.2018 – интенсивность эритемы в очагах поражения уменьшилась. Отмечено улучшение клинической картины заболевания, назначено продолжить прием делагила, пентоксифиллин, протопик. Рекомендовано повторить ОАК и анализ на антиядерные антитела и антитела к коллагену. Результаты повторного анализа крови 14.09.2018 г. выявили снижение уровня лейкоцитов ($3,3 \cdot 10^9/\text{л}$), абсолютного значения лимфоцитов ($0,7 \cdot 10^9/\text{л}$), средней концентрации гемоглобина в эритроците (306 г/л). 20.11.2018 г. проведено гистологическое исследование биоптата из очага на волосистой коже головы: роговой слой отслаивается, роговыми массами заполнены устья волосяных фолликулов и углубления эпидермиса. Эпидермис неравномерной толщины, состоит из 2–8 рядов клеток, отростки расположены неравномерно, разной величины. В базальном слое встречаются вакуольно дегенерированные клетки. В препарате крупные волосяные фолликулы, наружное корневое влагалище которых инфильтрировано лимфоцитами, дегенерация клеток базального слоя, отложение муцина по периферии. В дерме периваскулярно и перифолликулярно расположены небольшие лимфоидные инфильтраты. В секреторных отделах сальных желез – отек, слабобазофильные массы. В части фолликулов кератин с базофилией, волос замещен кератиновыми массами.

Заключение гистолога: подобная картина возможна при определенных стадиях красной волчанки, не исключен фолликулярный муциноз. 12.01.2019 г. проведен анализ антител к двуспиральной (нативной) ДНК (ds ДНК) класса Ig G, показатель составил 6,52 МЕ/мл (референсные значения 0,00–20,00). Таким образом, диагноз дискоидного эритематоза у данного пациента подтвержден при анализе данных общего анализа крови, трихоскопических изображений и гистологического исследования.

СТРУКТУРА ТРИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ «АЛЕКСАНДРИЯ»

Биткина О.А., Пересторонина В.С., Варенова Т.Н., Ражева П.А., Габасов И.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Клиника «Александрия», Нижний Новгород, Россия

Большинством пациентов врача-трихолога являются лица женского пола. По нашим данным женщины составили 69,5% от обратившихся за консультацией.

Цель работы: Изучение распространенности заболеваний волос и кожи головы у лиц женского пола разных возрастных групп, выявление зависимости от провоцирующих факторов и сопутствующей патологии.

Материалы и методы: В период с декабря 2015 по январь 2019 гг. обследовано 182 пациентки. Для установления диагноза использовались следующие методы: дерматоскопия, трихоскопия, фототрихограмма, люминесцентное исследование лампой Вуда, лазерная доплеровская флоуметрия, микроскопическое исследование соскобов кожи и волос, реакция микропреципитации на сифилис, общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение гормонов щитовидной железы, показателей железодефи-

цита, С-реактивный белок, ферритин, трансаминазы. При необходимости назначались консультации врачей смежных специальностей – эндокринолога, гинеколога, гастроэнтеролога.

Результаты и обсуждения: Проведен анализ обращаемости к врачу-трихологу в течение последних трех лет. Обследовались больные в возрасте от 1 месяца до 74 лет. Средний возраст составил 28 ± 1 лет. Больных грудного возраста насчитывалось 2,20%, раннего детства – 2,20%, первого детства – 5,49%, периода второго детства 2,75%, подросткового – 4,40%, юношеского – 7,14%, зрелого возраста I периода – 52,20%, зрелого возраста II периода – 36 19,78%, пожилого возраста – 3,85%. Давность заболевания при обращении варьировала от 3-х дней до 20 лет, в среднем составила 1,8 года. Заболеваемость распределилась следующим образом: себорейный дерматит – 59,9%, андрогенетическая алопеция – 18,1%, диффузные реактивные алопеции – 38,5%, гнездная алопеция – 4,9%, фиброзная фронтальная алопеция – 1,09%, рубцовая алопеция в составе синдрома Литтла-Лассуэра – 0,5%, псевдопелада Брока – 0,5%, тракционная алопеция – 1,09%, патомимия – 1,09%, гирсутизм – 2,2%, асбестовидный лишай – 0,5%, отрубевидный лишай – 0,5%, псориаз волосистой кожи головы – 1,09%, трихотилломания – 1,6%, врожденная гипоплазия кожи – 0,5%. Андрогенетическая алопеция (АГА) диагностирована у 33-х женщин. Себорейный дерматит сопровождал 57,6% случаев АГА. У 3,03% больных наблюдалась наследственная отягощенность в отношении данного заболевания. Выявлены следующие сопутствующие заболевания: ожирение – 3,03%, заболевания ЖКТ 42,4%, гинекологические заболевания 18,2%, эндокринологические заболевания 12,1%. Диффузные реактивные алопеции наблюдались у 70 женщин. Большинство пациенток (61,4%) относилось к 1 периоду зрелого возраста, средний возраст составил $32 \pm 1,3$ года. Среди провоцирующих факторов выявлены: длительные психотравмирующие ситуации – 35,7%, послеродовой период – 5,7%, прием лекарственных препаратов – 11,4%. Сопутствующими заболеваниями были: себорейный дерматит – 50%, заболевания пищеварительной системы – 21,3%, заболевания щитовидной железы – 4,95%, бронхиальная астма – 5,7%, СПКЯ – 1,4%, железодефицитная анемия – 1,4%, пищевая аллергия – 1,4%. Давность заболевания составила от 1 месяца до 16 лет. В среднем – 1,8 лет. Гнездные алопеции выявлены у 8 лиц женского пола. Средний возраст составил 13,8 лет. Среди провоцирующих факторов преобладало длительное эмоциональное напряжение. Другие патологии волос у пациентов детского возраста (13 человек) наблюдалась в виде себорейного дерматита – 53,8%, трихотилломании – 15,4%, тракционной алопеции – 15,4%, головного педикулеза – 7,7%, псориаза – 7,7%.

Выводы. Таким образом, наблюдается широкий спектр нозологических единиц в структуре трихологического приема, обращает на себя внимание, тот факт, что встречаются и редкие заболевания (например, субтотальный вариант гнездной алопеции, рубцовая алопеция в составе синдрома Литтла-Лассуэра, псевдопелада Брока). Обращение пациента к трихологу является пусковым моментом для тщательного комплексного обследования, включающего консультации эндокринолога, гинеколога-эндокринолога, медицинского психолога и других специалистов. Необходимо совершенствование алгоритмов обследования с помощью инструментальных методик (дерматоскопия, трихоскопия, фототрихограмма, лазерная доплеровская флоуметрия) и проведение «развернутых» лабораторных анализов крови с целью выявления гормональных нарушений, дефицитных состояний, иного коморбидного фона.

ЕВРОПЕЙСКИЙ ПРОЕКТ ПО ПРУРИГО

Бобко С.И., Львов А.Н., Штендер С.

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

Компетентный центр по изучению хронического зуда университетской клиники г. Мюнстера, Германия

Введение. Пруриго является редким заболеванием, точные данные по эпидемиологии, этиологии, патофизиологии в литературе отсутствуют. Пруриго имеет гетерогенное происхождение и развивается в контексте дерматологических, системных, неврологических, психиатрических или нескольких заболеваний из разных групп (Iking A, Grundmann S, 2013). Морфологическое исследование показало, что важную роль при пруриго играют воспаление и нейрональная пластичность. При пруриго в коже наблюдается увеличенное количество фибробластов и капилляров, формируется плотный дермальный периваскулярный и интерстициальный инфильтрат с увеличением количества тучных клеток, присутствием эозинофильных гранулоцитов и Т-клеток, а выраженный зуд связан с высвобождением медиаторов (Weigelt N, Metz D, 2010). Воспаление может воздействовать на нервные волокна: при пруриго было обнаружено увеличение в коже количества толстых дермальных нервных волокон, но снижение эпидермальных нервов (Liang Y, Jacobi HH, 2000). Лечение пруриго продолжает оставаться сложной задачей; отмечается низкая удовлетворенность пациентов от терапии. Все вышеизложенное явилось основанием для проведения Международного исследования Европейский проект по пруриго под эгидой Европейской Академии Дерматологии и Венерологии, целью которого является разработка консенсусных рекомендаций, включая: изучение распространенности, терминологии, этиологии, клинического профиля пруриго в отношении пола, возраста, этнического происхождения; заболеваний-триггеров, ассоциированных коморбидностей; диагностики, определение характеристик зуда и боли и связанных с ними показателей (качества жизни, депрессии); методов терапии узловатого пруриго и их эффективности, что будет продемонстрировано на большой группе (не менее 500) пациентов разных стран из 22 специализированных клинических центров.

Материалы и методы исследования. В 2018 году на базе МНПЦДК обследовано 10 пациентов с пруриго старше 18 лет. В исследовании использовался опросник по пруриго, адаптированный для пациентов, содержащий 47 вопросов в электронной версии, в том числе по зуду (вербальная рейтинговая шкала оценки интенсивности зуда, цифровая рейтинговая шкала оценки интенсивности зуда), по качеству жизни, по лечению. Также пациентам предлагалось ответить на вопросы по демографии, анамнезу пруриго, коморбидностям и текущему, прошлому лечению, и его эффективности, психологическим особенностям и влиянию на качество жизни.

Результаты. Клиническая картина носила преимущественно распространенный характер с поражением туловища, нижних конечностей с наличием папул, узлов, хронических эксфолиаций. Среди сопутствующих заболеваний отмечено наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы (у 6 пациентов), патологии желудочно-кишечного тракта (у 5 пациентов), патологии ЛОР-органов (у 3 пациентов), пато-

логии легких (у 1 пациента), патология щитовидной железы (у 3 пациентов), патология суставов (у 4 пациентов). 2 пациента испытывали боли в спине, у 2 пациентов зарегистрирована глаукома, у одного пациента – ВИЧ инфекция, у одной пациентки – эозинофильная гранулема кожи лица, у одной пациентки – глухонмота с рождения. Признаков атопии у пациентов выявлено не было, но у 3 пациентов в анамнезе были упоминания о перенесенном риноконъюнктивите. Интенсивность зуда у пациентов по визуально-аналоговой шкале составила от 5 до 10, в среднем 7 баллов ± 11.95 , у 6 пациентов, помимо зуда, имелись и другие ощущения, такие как жжение, покалывание, боль. У 10 пациентов отмечалось снижение качества жизни вследствие нарушения сна, не купируемого зуда, наличия распространенных высыпаний. Среди основных используемых методов лечения пруриго применялись эмоленты, топические и системные глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, антигистаминные препараты, десенсибилизирующая терапия, фототерапия, психотропные препараты (антидепрессанты, антипсихотики). Большинство пациентов проходили стационарное лечение с временным положительным эффектом, однако отмечали рецидивы через несколько месяцев. Заключение. В результате проведенных исследований установлено, что обследованные на базе МНПЦДК пациенты (средний возраст 65,1 год) страдали в основном папулезными и узловатыми формами пруриго с длительностью течения заболевания от года до 4 лет (в среднем 2 года). Заболевание характеризовалось хроническим рецидивирующим течением, жалобами на выраженный зуд (по цифровой рейтинговой шкале в среднем 7 баллов), нарушением качества жизни и торпидностью к терапии.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Большева А.А., Петунина В.В.

Кафедра кожных болезней и косметологии Факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Центральный отдел специализированной медицинской помощи, Москва, Россия

Склеродермия – хроническое заболевание из группы аутоиммунных поражений соединительной ткани, сопровождающееся нарушениями клеточного иммунитета, микроциркуляции и повышенным коллагенообразованием. В качестве механизма патогенеза как системной, так и очаговой склеродермии рассматривают нарушение метаболизма соединительной ткани, сосудистые нарушения и аутоиммунные реакции. Склеродермию принято разделять на очаговую склеродермию и системный склероз. Локализованная склеродермия является заболеванием, затрагивающим только кожный покров и редко имеющим системные проявления. Системная склеродермия, в свою очередь, обычно поражает многие системы организма, имеет тяжелое течение и нередко приводит к смертельному исходу. Случай приводится с целью демонстрация редкого клинического наблюдения из собственной практики. Был проведен анализ ресурсов MEDLINE (15 источников) и электронной библиотеки University of Minnesota (шесть источников) с 1956 по 2019 год. Критериями включения

были статьи, названия которых соответствовали заданной теме. Критериями исключения были работы, которые не относились к цели исследования.

Проанализирована история болезни и проведено динамическое наблюдение за пациенткой с системной склеродермией с поражением кожи со стажем заболевания 30 лет. Основываясь на данных источниках, изменения кожи проходят стадию плотного отека, индурации и атрофии. Самыми характерными локализациями кожных проявлений являются лицо и кисти. Для системного склероза характерны следующие кожные проявления: симптом «маскообразного лица», симптом чередования пигментации и депигментации, множественные телеангиэктазии, симптом «птичьего клюва», «кисетообразный рот», склеродактилия, трофические нарушения в виде деформации ногтей, изъязвления кожи, синдрома Рейно.

Однако, стоит отметить, что по данным литературы, длительное время единственными кожными проявлениями системного склероза могут оставаться гиперпигментация, сухость кожи, гиперкератоз. Этот факт имеет важное диагностическое значение, т.к. при неверной постановки диагноза пациенты длительное время могут не получать специфическую терапию.

На амбулаторный прием обратилась пациентка 60 лет с установленным диагнозом «системная склеродермия хронического течения», с жалобами на появления свежих высыпаний на кончиках пальцев кистей, на коже лица. Считает себя больной с 1989, когда впервые, после чрезмерной психоэмоциональной нагрузки, заметила очаги гиперпигментации на кожи туловища, уплотнения кожи кистей, очаги гиперкератоза, диффузную сухость кожи. Многократно обращалась к специалистам различного профиля за медицинской помощью. Однако, только в 2016 году был установлен диагноз «системная склеродермия» и начата цитостатическая терапия, с положительной динамикой. Поражение кожи при системной склеродермии имеют особое значение, так как они могут быть распознаны до системных проявлений, тем самым обеспечив своевременную постановку диагноза и изменив прогноз для пациента в лучшую сторону. Данный клинический случай является тому показательной иллюстрацией.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПУВА-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ СКЛЕРОДЕРМИИ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПОДХОД

Большева А.А., Хамаганова И.В

*ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ ЦОСМП, Москва, Россия
Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

ПУВА-терапия (фотохимиотерапия) – это метод лечения, который включает комбинацию использования фотоактивного вещества (псоралена) и облучения кожи длинноволновым ультрафиолетовым излучением. Терапевтический эффект ПУВА-терапии обусловлен проникновением в более глубокие слои кожи, индукции экспрессии коллагеназы-1, фермента, участвующего в расщеплении коллагеновых пучков.

Псоралены – это соединения, обнаруженные во многих растениях, которые делают кожу временно чувствительной к ультрафиолету. Древние египтяне были первыми, кто использовал псоралены для лечения кожных заболеваний тысячи лет назад.

Склеродермия — аутоиммунное заболевание соединительной ткани, при котором происходит нарушение клеточного иммунитета, микроциркуляции и которое характеризуется повышенным коллагенообразованием.

Целью является анализ данных научных исследований, касающихся применения ПУВА-терапии в лечение локальных форм склеродермии, демонстрация клинического наблюдения.

Проведен анализ ресурсов MEDLINE (30 источников) и электронной библиотеки University of Minnesota (16 источников) с 1956 по 2017 год. Критериями включения были статьи, названия которых соответствовали заданной теме. Критериями исключения были работы, которые не относились к цели исследования.

Резюмируя проанализированные источники, ПУВА-терапия представляется одним из наиболее подходящих методов лечения локализованной склеродермии. Основной разновидностью ПУВА-терапии при данной нозологии является использование ПУВА-ванны.

Проанализирована история болезни и проведено динамическое наблюдение за пациенткой с диагнозом «локализованная склеродермия, линейная форма с разгибательной контрактурой левого локтевого сустава». Пациентке было проведено комплексное лечение в условиях стационара с применением курса длинноволнового ультрафиолетового излучения, ПУВА-терапии, с положительным эффектом. Исследование применение ПУВА-терапии при ограниченной склеродермии имеет особое значение, поскольку использование этого метода может изменить прогноз для пациентов в лучшую сторону. Данный клинический случай является тому показательной иллюстрацией.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

Бородулина К.С., Бурова С.А., Сумина О.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 81 им. В.В. Вересаева», Москва, Россия

Хронический гнойный гидраденит (ХГГ) – это хроническое заболевание кожи в участках расположения апокринных желез. Заболевание может начинаться остро, но часто переходит в хроническое течение с постоянной болью в местах локализации высыпаний, образованием свищей с гнойным выделяемым, дермальными рубцами и прогностически неблагоприятной хронической гнойной интоксикацией. Лечение пациентов с ХГГ разной степени тяжести может оказаться сложным и потребовать хирургического вмешательства от вскрытия воспалительных элементов, до радикального иссечения всего очага воспаления. Как правило, ХГГ встречается у лиц трудоспособного возраста, что приводит к временной нетрудоспособности, и некоторой социальной дезадаптации пациента. Качественно страдает уровень жизни самих пациентов по причине торпидности к проводимой терапии и длительного рецидивирующего течения. В зарубежных публикациях показатели распространенности ХГГ варьируют от 0,05 до 6%. В ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ в 2015 г. зарегистрировано 193, в 2016 г. – 95, в 2017 г. –

56 пациентов с ХГГ (по отчетной стат. форме № 12). Случаи заболеваемости регистрировались преимущественно у взрослого населения. Под нашим наблюдением находилось 98 больных ХГГ подмышечных и паховых областей в возрасте от 18 до 65 лет. Среди пациентов мужчины составляли 66 (67,4%) человек, женщины – 32 (32,6%). Все пациенты на момент исследования проживали в г. Москве. Исследование проводилось в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ и ГБУЗ ГКБ № 81 им. В.В. Вересаева ДЗМ. Для изучения условий жизни пациентов и социального статуса была разработана анкета, включающая пол, возраст, давность заболевания, оценку условий жизни, профессию пациента, возможные предрасполагающие причины заболевания, количество обращений за медицинской помощью к врачам различных специальностей. По данным анкетирования пациентов, давность заболевания варьировала от 6 мес до 37 лет (медиана – 13,2 года). Зарегистрированы многократные обращения больных к врачам разных специальностей чаще всего к дерматологам и хирургам, реже – к гинекологам, урологам, венерологам, иммунологам, фармакологам, гомеопатам. Основную группу болеющих ХГГ составили пациенты рабочих профессий – 60,2%, интеллигенция – 20,4%, учащиеся – 6,1% и безработные – 13,3%. Условия жизни оценены пациентами как хорошие в 34,7% случаев, удовлетворительные – в 50,0%, плохие – в 12,2%, отказались ответить – 3 человека (3,1%). Выявлены предрасполагающие к заболеванию факторы: гипергидроз, нарушение личной гигиены, мелкий травматизм, ухудшение условий жизни, вредное влияние различных физических факторов (переохлаждение, перегревание, влажность и др.), воздействие на проблемные зоны разнообразных химических и механических раздражителей (дезодоранты, бритье, тесное синтетическое нижнее белье), нарушение питания, прием алкоголя, курение, стрессы, снижение сопротивляемости организма, сопутствующие заболевания (сахарный диабет, болезнь Крона, ожирение и др.), семейная предрасположенность. В настоящее время нет официальных данных по распространенности и заболеваемости ХГГ в России, приводятся лишь единичные исследования на небольшом клиническом материале. Поэтому проблема ХГГ остается актуальной по сей день, требует строгого статистического учета и разработки методических рекомендаций, стандартов по диагностике и лечению ХГГ.

ПРИМЕНЕНИЕ МОНОХРОМАТИЧЕСКОГО УФ-СВЕТА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 308 НМ В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

Бородулина К.С., Волнухин В.А., Прокопова Е.М.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Витилиго – приобретенное, длительно текущее заболевание, характеризующееся потерей меланоцитов в коже и ее придатках. На протяжении длительного времени ведется поиск рациональной терапии этого заболевания. На сегодняшний день, разработаны новые методы фототерапии, позволяющие локально, избирательно воздействовать на патологический очаг. Одним из таких методов является терапия монохроматическим УФ-экимерным светом с длиной волны 308 нм. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения эксимерной лампы 308 нм у больных витилиго.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 6 пациентов с диагнозом: «Витилиго», получавших курс фототерапии монохроматическим УФ-экимерным светом с длиной волны 308 нм. Возраст пациентов варьировал от 10 до 35 лет. Давность заболевания – от 1 года до 28 лет. Средняя длительность заболевания у наблюдаемой группы составила 9 лет. До обращения в филиал ООСМП 5 пациентов получали длительную, медикаментозную терапию: топические кортикостероиды, топические ингибиторы кальциневрина, витаминотерапию и др. без видимой положительной динамики. Один пациент ранее не лечился. У всех больных очаги витилиго локализовались в области верхних или нижних конечностей. На момент первичного осмотра у 4 пациентов очаг депигментации располагался в области голени, у 1 – на коже плеча, у 1 – на коже предплечья. Перед проведением процедуры, для установления начальной дозы облучения, у больных определяли МЭД (минимальную эритемную дозу), значения которой варьировали от 150 до 250 мДж/см². Режим проведения процедур составил 2 р/нед постепенным наращиванием дозы облучения. Число процедур на курс составило от 30 до 40 (в среднем 34,6 процедуры). В результате лечения процент репигментации площади очагов поражения составил: у 1-го пациента 40%, у 3 пациентов – 60%, у 2 – 75%. Все пациенты отмечали хорошую переносимость данного вида лечения. Побочных эффектов зафиксировано не было. Проведенное исследование показало клиническую эффективность применения монохроматического УФ-света с длиной волны 308 нм в терапии витилиго.

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДРЫВАЮЩЕГО ДЕКАЛЬВИРУЮЩЕГО ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА

Бурова С.А., Эмирасланов Ф.Л., Бородулина К.С.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Городская клиническая больница № 81 им. В.В. Вересаева», Научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Фолликулит – воспаление волосяных луковиц стафилококковой этиологии (по МКБ-10 относится к «Болезням придатков кожи», раздел L73.8.1). Клиническая классификация рассматривает фолликулиты по глубине поражения: поверхностные (остиофолликулит или стафилококковое импетиго), когда инфекция поражает только устье луковицы, и глубокие (глубокий стафилококковый фолликулит, абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффмана, декальвирующий эпилирующий фолликулит). Для больных с иммунодефицитом характерны: кандидозный, эозинофильный и герпетический фолликулиты. При глубоких формах фолликулитов инфекция проникает вглубь волосяной луковицы, болезненные узелки вокруг волоса постепенно превращаются в гнойнички, затем инфекция распространяется в глубокие слои кожи, вызывая некроз окружающих тканей, формируется гранулематозная воспалительная реакция, появляются сливающиеся узлы и абсцессы, которые вскрываются, образуются свищи, «подрывающие» кожу. Вслед за этим часть волосяных фолликулов погибает окончательно, что приводит к выпадению волос и стойкой очаговой алопеции, образуются рубцы, в том числе келоидные. Приводим успешный опыт лечения

подрывающего декальвирующего перифолликулита Гоффмана с признаками склерозирования мягких тканей. Заболевание впервые описал немецкий дерматолог Гоффман в 1907 г. К счастью, это тяжелое заболевание встречается не часто, но, однако, с этим связаны трудности лечения из-за отсутствия опыта у дерматологов и хирургов. Анамнез: у мужчины 47 лет в течение 8 лет без видимой причины медленно формировалось гранулематозное воспаление в затылочной области с переходом на шею. Лечился у онкологов и дерматовенерологов в лечебных учреждениях Словении и России. Не смотря на неоднократные вскрытия гнойных инфильтратов, прием антибиотиков и роаккутана (147 мг), воспалительный процесс неуклонно прогрессировал, увеличиваясь с 2x4 см до 15x18 см, характеризовался плотным инфильтратом с нечеткими границами, бугристой поверхностью, гнойными свищами в устьях волосяных фолликулов, выпадением волос, гиперемией, множественными узлами и умеренной болезненностью. Наличие обширного гранулематозного воспаления и некроза в тканях, диктовало необходимость радикального хирургического вмешательства после адекватной длительной предоперационной подготовки. Больной получал антибиотикотерапию по чувствительности флоры, актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю, промывание свищей растворами антисептиков, лечение сопутствующих заболеваний (хронический обструктивный бронхит, гипертоническая болезнь 1–2 ст., хронический гастродуоденит, жировая дистрофия печени, ожирение 1 ст.). Через 4 недели инфильтрат уменьшился в 2 раза, исчезли эритема, гнойное отделяемое из фистул, боль, обозначились четкие границы воспалительного процесса. Операция: радикальное иссечение инфильтрата и свищей единым блоком с предварительным прокрашиванием их бриллиантовым зеленым с 3% перекисью водорода, ушивание узловыми швами. Иссеченные ткани на разрезе имели вид склерозированных гранулематозных образований с некрозами и пилоноидальными синусами. Дальнейшее заживление раны в течение полутора месяцев первичным натяжением на фоне медикаментозного лечения актинолизатом, обладающим противовоспалительным и заживляющим действием. За счет актинолизата сокращались курсы антибиотиков, а следовательно побочные явления от них. Таким образом, предлагаемая медикаментозная схема (короткие курсы антибиотиков и актинолизат) и радикальная хирургическая тактика лечения абсцедирующего подрывающего декальвирующего фолликулита Гоффмана, предпринятая опытным хирургом, оказалась высоко эффективна и позволила добиться полного выздоровления пациента. Дальнейшее наблюдение в течение 2х лет после лечения не выявило рецидивирования воспалительного процесса.

ВТОРИЧНЫЕ ПОСТВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АКНЕ И АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЙ ЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ

Бычкова Н.Ю.

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Ижевск, Россия*

Акне – распространенный дерматоз, для которого разработаны эффективные способы лечения и профилактики. Но

при длительном течении заболевания или нерациональной терапии на коже появляются необратимые изменения. Эволюция воспалительных элементов акне приводит к образованию поствоспалительной гиперпигментации и эритемы, множественных атрофических рубцов, расширению и деформации выводных протоков сальных желез и другим изменениям кожи. Эти симптомы редко бывают изолированными, обычно встречаются в разных комбинациях и носят название симптомокомплекса «постакне». В Удмуртской республике в течение продолжительного времени проводятся исследования, посвященные особенностям течения заболевания, оценивается эффективность разных методов терапии, разработана программа профилактики для подростков УНИКУМ (Угрей Нет, Идеальная Кожа У Меня – разработчик: Н.Ю. Бычкова, исследователи Журавлева Л., Шалаумова Е., Загртдинова Р., Храмова А.), создан и успешно работает «Акне-центр». Мы проанализировали частоту поствоспалительных изменений у участников исследований, проведенных в 2008–2015 гг. Всего было обследовано 798 пациентов (557 женщин и 241 мужчина в возрасте от 14 до 45 лет), жителей Ижевска и районов республики. К моменту обращения за профессиональной помощью к врачу-дерматологу каждый третий пациент (30,95% обследованных) имел сформированный симптомокомплекс «постакне»: постлевопалительный гипермеланоз наблюдался у 143 человек, атрофические рубцы – у 114, расширение, деформация выводных протоков сальных желез, формирование ретенционных кист – у 89 обследованных, изменения текстуры кожи («грубая», с расширенными порами) – у 54, наличие сосудистых пятен – у 44 пациентов. Чаще всего наблюдалась постлевопалительная гиперпигментация (L81.0), связанная с избыточной продукцией меланина меланоцитами (меланотический гипермеланоз). Эти изменения вызывали более выраженный эмоциональный дискомфорт, чем наличие воспалительных высыпаний в молодом возрасте. Актуальной задачей является оптимизация тактики терапии этих осложнений. Клинические рекомендации по лечению акне дают подробное описание активных форм заболевания и дифференцированные варианты их терапии, но не описывают этапность и тактику лечения осложнений, развивающихся в результате эволюции воспалительных элементов. По поводу коррекции этих состояний пациенты обращаются на прием к врачу-косметологу, который не всегда знаком со стандартами терапии и действующими клиническими рекомендациями. Неверно выбранная тактика может привести к обострению хронического дерматоза. При составлении плана лечения симптомокомплекса «постакне» врачу-косметологу следует учитывать, что акне – это хроническое заболевание, при котором наблюдаются генетически детерминированные нарушения системы местного иммунитета (особенности рецепторного аппарата, продукция провоспалительных цитокинов, вазоактивных аминов, лейкотриенов и другие нарушения) и нерациональная тактика при коррекции осложнений может спровоцировать новое длительное обострение. Триггером, особенно при неполной ремиссии заболевания, может являться травматизация (лазерные методики, пилинги, инъекционные процедуры, субцизия рубцов). Мы предлагаем алгоритм комплексной этапной терапии осложнений, с учетом формы и клинических особенностей заболевания, выраженности клинических проявлений, индивидуальных особенностей пациента. Уменьшение выраженности симптомокомплекса «постакне» значительно повышает качество жизни пациентов, уменьшает явления социальной дезадаптации.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ: ЭТАПЫ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ

Волкова С.Б., Поршина О.В.

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

Дерматозы – собирательный термин, обозначающий различные врожденные и приобретенные патологические состояния кожи и ее придатков; в это понятие включаются изменения кожи разнообразного генеза: дистрофические, воспалительные, инфекционные, наследственные и др., обусловленные как экзогенными, так и эндогенными причинами. Процесс, длящийся долго, медленно развивающийся и периодически возобновляющийся, называется хроническим. В группу хронических дерматозов включают экзему, псориаз, склеродермию, красную волчанку, красный плоский лишай, дерматит Дюринга, пузырчатку, ретикулоэпителиозы (саркому Капоши, грибовидный микоз и др.) и другие редко встречающиеся дерматозы. Любой пациент начинает свой путь обращения за медицинской помощью у врача на приеме. Каждый практикующий врач сталкивается во время своей профессиональной деятельности с пациентом, страдающим хроническим дерматозом. Каждый врач должен владеть информацией о маршрутизации таких пациентов. Важным условием успеха в работе врача является непрерывность и преемственность в оказании медицинской помощи на основе принципов организации диспансерного наблюдения. Диспансерное наблюдение (по определению ст.46 323-ФЗ) представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц. На первом этапе в амбулаторно-поликлиническом подразделении решается важная задача установления клинического диагноза. В случае сомнения, используется совместный осмотр пациента с более опытными коллегами (заведующий отделением, заведующий филиалом, консультативное отделение, клиническая конференция) с последующим выполнением стандарта (клинических рекомендаций). Начало комплексной терапии наиболее оптимально осуществлять в условиях круглосуточного стационара, где достигается важная задача стабилизации дерматологического процесса. Пациент для продолжения терапии переходит на амбулаторно-поликлинический этап, на котором лечебные мероприятия под контролем врача-дерматовенеролога должны привести, в идеале, к ремиссии. Наблюдение в период ремиссии ставит своей целью с помощью выработки стереотипа поведения, соблюдения некоторых ограничительных мероприятий, проведения комплексной противорецидивной терапии, достичь состояния стойкой ремиссии либо отсутствия масштабных обострений заболевания кожи с потерей трудоспособности и инвалидизации пациента. Важным звеном соблюдения этапности и преемственности выступает личность «лечащего врача», неотъемлемыми качествами которого должны быть доброжелательность, професси-

ональная компетентность, коллегиальность в принятии решений, готовность прибегнуть к помощи более опытных коллег. Таким образом, методология рационального чередования этапов лечения и наблюдения пациента с хроническим дерматозом позволяет создать эффективную, управляемую систему преемственности в работе врачей специалистов амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев с целью своевременного и адекватного обеспечения пациента специализированной медицинской помощью, направленной на снижение риска развития тяжелых инвалидизирующих форм.

ОСОБЕННОСТИ ФОТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ «ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА»

Волнухин В.А., Кузьмина Л.А., Васильева В.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Гематологический научный центр Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Хроническая реакция «трансплантат против хозяина» (РТПХ) является одним из наиболее частых осложнений аллогенной трансплантации костного мозга. В большинстве случаев в дебюте РТПХ на коже появляются пятнисто-папулезные высыпания, в дальнейшем при отсутствии адекватного лечения развиваются склеродермоподобные очаги поражения. У части больных заболевание принимает распространенный характер с формированием очагов выраженного склероза кожи и вовлечением в патологический процесс подлежащих тканей. В качестве базисной терапии больным РТПХ обычно назначают кортикостероидные и иммуносупрессивные препараты, однако в ряде случаев их применение не приводит к купированию клинических симптомов или вызывает серьезные побочные эффекты (остеопороз, рецидивирующие инфекции и др.). Недостаточная эффективность медикаментозных средств диктует необходимость разработки альтернативных подходов к лечению данной патологии.

Цель исследования. Определить эффективность и особенности лечения больных хронической РТПХ методами ультрафиолетовой фототерапии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 16 больных хронической РТПХ в возрасте от 20 до 70 лет. Фототерапию (ПУВА-терапию или УФА-1 терапию) проводили в виде монотерапии или в комбинации с кортикостероидными и иммуносупрессивными средствами. Результаты и обсуждение. У большинства больных площадь поражения составляла более 50% поверхности тела. У 3 пациентов на коже наблюдались распространенные пятнисто-папулезные высыпания; у 2 из них применение фототерапии позволило достичь полного регресса высыпаний, у 1 – значительного улучшения заболевания. У 13 пациентов наряду с пятнисто-папулезными высыпаниями имелись склеродермоподобные очаги поражения; у 3 из них в результате проведенной терапии достигнуто значительное улучшение заболевания, у 6 – улучшение, у 4 – эффект от лечения отсутствовал. Под действием фототерапии уменьшались как воспалительные явления, так и склеротические изменения кожи, однако уменьшение склероза кожи наблюдалось лишь при проведении большого количества процедур (40–60 процедур

и более) или нескольких повторных курсов лечения. У 5 пациентов включение в комплексное лечение фототерапии позволило снизить дозу применявшихся кортикостероидных и иммуносупрессивных препаратов или добиться полной их отмены. Все больные фототерапию переносили хорошо, серьезных побочных реакций не наблюдалось. Выводы. Фототерапия способствует уменьшению кожных проявлений хронической РТПХ, оказывая как противовоспалительное, так и антифиброзное действие. У части больных она позволяет снизить дозу кортикостероидных и иммуносупрессивных препаратов или полностью их отменить. Наиболее высокая эффективность фототерапии наблюдается при пятнисто-лихеноидных высыпаниях. При наличии склеродермоподобных очагов поражения требуется проведение продолжительного курса фототерапии или нескольких курсов лечения. Для получения хороших результатов фототерапию больным хронической РТПХ необходимо назначать как можно раньше – при появлении первых признаков поражения кожи (пятнисто-папулезных высыпаний, индурации, блеска) и отсутствии выраженного склероза. Достоинством данного вида лечения является хорошая переносимость и отсутствие серьезных побочных эффектов.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОНИХОМИКОЗОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЯЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ТЕРБИНАФИН

Второва Е.С., Сакания Л.Р.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва, Россия

Динамическое наблюдение показателя – щелочная фосфатаза в течение 6 месяцев, у пациентов с клинической картиной онихомикозов на фоне применяемого лечения препаратом тербинафин.

Цель. Оценить изменения результатов показателя – щелочная фосфатаза биохимическим методом диагностики у пациентов с онихомикозами на фоне применяемого лечения препаратом тербинафин в динамике.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты 20 пациентов со следующим клиническим диагнозом по МКБ 10: дерматофития ногтей – В35.1. Возраст обследуемых пациентов составлял от 50 до 80 лет, гендерное распределение – мужчины: женщины = 8: 12. Биохимическая диагностика проводилась с использованием кинетического метода определения щелочной фосфатазы в человеческой сыворотке, с помощью анализатора Konelab 20i в соответствии с методикой IFCC (реактив-ThermoFisherScientific).

Результаты: при проведении биохимических анализов было установлено, что в 7 случаях выявлено повышение концентрации показателя – щелочная фосфатаза в динамике на 10% от нормы, что биохимически подтверждает влияние препарата тербинафин на печеночный показатель – щелочная фосфатаза. Возраст пациентов составлял

старше 75 лет. В 5 случаях концентрация показателя щелочная фосфатаза был на высокой границе диапазона нормы. Возраст пациентов составлял старше 55 лет. В остальных случаях концентрация показателя щелочная фосфатаза оставался в границах нормы.

Выводы. Динамическое наблюдение в течение 6 месяцев, у пациентов с клинической картиной онихомикозов на фоне применяемого лечения препаратом тербинафин, показало что есть незначительное изменение концентрации показателя – щелочная фосфатаза у лиц старше 75 лет.

БОЛЕЗНЬ ДЕВЕРЖИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д., Гунашева А.А., Салманов С.У.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Болезнь Девержи (БД) – редкое заболевание детского возраста. Мы наблюдали первично-эритродермическую форму БД у мальчика 6 лет. Пациент А., 6 лет, с первичной эритродермической формой БД. У пациента отмечается манифестация заболевания после перенесенной ветряной оспы, протекавшей с лихорадкой. На коже развилась эритродермия, гиперкератоз ладоней и подошв. Родители обратились к районному дерматологу по месту жительства, который назначил оксамп по 500 мг 3 раза в день (10 дней), линекс по 1 капсуле 3 раза в день после еды (10 дней), диазолин по 50 мг 2 раза в день (10 дней), глюконат кальция по пол таблетке (250 мг) 2 раза в день, преднизолон по 30 мг внутримышечно 1 раз в день по утрам (10 дней); наружно получал 1% эритромициновую мазь, 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого. Улучшения не отмечалось и пациент был госпитализирован в межрайонный КВД с диагнозом ветряная оспа, стрептодермия. Состояние больного ухудшалось и с предварительным диагнозом атопический нейродермит госпитализирован в Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (ГБУ РД РКВД). При поступлении предьявлял жалобы на зуд в области экзантем, общее состояние удовлетворительное. На гиперемированном фоне кожного покрова представлены фолликулярные конические папулы, которые местами сливаются в бляшки, участки здоровой кожи сохраняются, на нижних конечностях бляшечные элементы с мелкопластинчатым шелушением в области передней поверхности коленного сустава и тыла стопы, фолликулярные роговые конусы голени. На волосистой части головы сероватые чешуйки на слабом эритематозном фоне. Кожа ладоней и подошв с характерным морковным оттенком, трещинами и выраженным гиперкератозом. Ногтевые пластинки без деформации. На разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, в области локтевых и коленных суставов бляшки с выраженными роговыми наслоениями серовато-коричневого цвета. Клинический диагноз – первично-эритродермическая форма болезни Девержи. Назначено лечение: дексаметазон 4 мг внутримышечно утром 4 дня и затем по 2 мг – 11 дней, супрастин по 1 мл внутримышечно на ночь (10 дней), диазолин по 0,1 г два раза в сутки (10 дней), аскорутин по 1 таблетке два раза в сутки (8 дней), авейт по 1 капсуле один раз в сутки (15 дней), активиро-

ванный уголь по 2 таблетки два раза в сутки в течение 5 дней, 0,9% физиологический раствор натрия хлорида по 200 мл внутривенно капельно № 5, гипоаллергенная диета. Наружно: 1% водный раствор метиленового синего на экскориации, мазь радевит актив – тонким слоем на кожу в области поражений 2 раза в сутки в течение 20 дней. На фоне лечения отмечается некоторая положительная динамика: на незначительно гиперемизированной коже сохраняется шелушение, а инфильтрация и отечность уменьшились, зуд прекратился. Выписывается с клиническим улучшением кожного процесса под диспансерное наблюдение по месту жительства. В работе мы постарались ознакомить практикующих врачей с особенностями клинической картины этого редкого дерматоза.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНИХОМИКОЗОМ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Герасимчук Е.В.

Поликлиника Федеральное государственное бюджетное учреждение «52 Консультативно-диагностический центр», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция к увеличению доли численности населения старше трудоспособного возраста. Стратегия повышения продолжительности жизни в России обозначена, в том числе и на законодательном уровне: до 78 лет – к 2024 года, до 80 лет – к 2030 году (Указ Президента № 204 от 7.05.2018г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»). Согласно Докладу ВОЗ предполагается, что к 2040 году глобальная продолжительность жизни человечества увеличится на 4,4 года. Решение задачи повышения качества жизни должно рассматривать не только с социальной точки зрения: представляется необходимым детальное изучение морбидности данной категории пациентов с целью совершенствования оказания медицинской помощи населению.

Цель и задачи работы: оценить клинико-эпидемиологические особенности онихомикоза у геронтологических больных на первичном приеме. Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации больных, проходивших лечение у врача-дерматовенеролога, заведующей КВО Герасимчук Е.В. в период с 2015 по 2017 гг. Протокол исследования утвержден локальным комитетом по этике ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (выписка из протокола № 02-18 от 14.02.2018г.). Статистическая обработка осуществлялась с помощью программ Excel, Statistica (StatSoft).

Результаты. Масштабное клиническое исследование (n=16514) включало анализ посещений больных за 3-летний период. Первый этап исследования показал, что для больных старше 65 лет были характерны следующие клинические особенности: дистальная форма поражения (до 1/3 длины пластины), умеренный гиперкератоз. Выявленные закономерности можно связать с ранним обращением

и ранним выявлением на приеме по поводу сочетанной дерматологической патологии с учетом высокой ежедневной нагрузки врача-специалиста за истекший период. Второй этап исследования отразил характер и тяжесть полиморбидности в изучаемой группе. У больных с диагнозом онихомикоза [B35.1] в качестве сопутствующих поражений кожи и ее придатков были выявлены: доброкачественные и злокачественные новообразования (до 62,4 и 15,8%); зудящие дерматозы (до 42,7%); вирусные инфекции (до 17,7%); нарушения пролиферации и дифференцировки кератиноцитов (до 15,6%); лекарственные токсидермии (до 18,8%); бактериальные инфекции (до 10,3%). Градация соматической патологии по частоте выявления: I – сердечно-сосудистая система (до 96,8%); II – нервная (до 89,9%); III – пищеварительная (до 81,3%) и гепатобилиарная (до 63,7%); IV – мочеполовая (до 61,5%); V – костно-мышечная (до 57,3%). Все больные получали соответствующее лечение по нозологиям. Настоящее клиническое исследование, основанное на опыте многолетней работы автора в многопрофильном лечебно-диагностическом учреждении, позволило выделить основные тренды оказания помощи больным старших возрастных групп: эффективность и безопасность применяемой фармакотерапии, консилиумное планирование, обучение больных, профилактическая и партисипативная направленность. Современный дерматолог должен обладать достаточным арсеналом знаний для работы со сложными полиморбидными отягощенными больными.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

Гилякова Д.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы» филиал «Отдел оказания специализированной помощи», Москва, Россия

Реализация принципов обучения в высшей школе тесно связана с содержанием конкретной дисциплины, сонаправленной деятельностью преподавателя и обучающихся, социальным заказом и уровнем изученности закономерностей познавательной деятельности. В силу научной неразработанности данного процесса в дидактике высшей школы преподавателям приходится ориентироваться на собственное видение учебно-воспитательного процесса, самостоятельно определять положения-требования и затем апробировать их влияние на повышение продуктивности обучения ординаторов, их профессиональной подготовки. В настоящее время в системе высшего образования выделяют следующие принципы обучения: научности, систематичности и последовательности, связи теории с практикой, профессиональной направленности обучения, совместной деятельности преподавателей и обучающихся, наглядности и образности обучения, региональности.

Цель. На основе педагогического эмпирического исследования провести мониторинг и анализ факторов, влияющих на качество обучения по программе высшего образования

в ординатуре на базе Московского Центра дерматовенерологии и косметологии.

Результаты. Педагогическое исследование проводилось с использованием метода анкетирования. Оценка организации и качества образовательного процесса ординаторами оценивалась по анонимной анкете, состоящей из 14 вопросов. Методика – самостоятельное заполнение несложного опросника. Для получения объективной оценки мотивации ординаторов к обучению нами была разработана дополнительная анкета, состоящая из 13 вопросов. Анкетирование прошли 30 респондентов (ординаторов 1 и 2 курса). Анализ ответов показал, что все ординаторы осведомлены о структуре программы и сроке получения образования. Не соответствовала структура программы ожиданиям 1 (3,3%) ординатора. В то же время организация научно-исследовательской работы, проводимая в рамках выпускных квалификационных работ, полностью удовлетворила 23 (76,7%) обучающихся Центра. Четверть опрошенных ординаторов хотела бы продолжить свое обучение в аспирантуре. Регулярно принимают участие в научных семинарах, конференциях 90,0%, остальные – от случая к случаю. В качестве причин названо отсутствие интереса к научной работе и совмещение процесса обучения с работой. Доступностью учебников, руководств, лекций, компьютерным обеспечением учебного процесса были удовлетворены 83,3% опрошенных. Организацией самостоятельной работы (помещения, компьютерное оборудование) довольны 73,3% ординаторов. Всех обучающихся полностью удовлетворяет качество педагогического состава, реализующего программу. На вопрос «ощущаете ли Вы реальную помощь преподавателей в обучении» положительно ответили 26 (87,0%) респондентов. Примерно треть (36,7%) обучающихся высказали пожелание заниматься индивидуально с преподавателем. В то же время 87,0% ординаторов чувствуют себя комфортно на занятиях в мини-группах. Считают, что лекции вообще не нужны 10% обучающихся. В то же время на высокую эффективность лекций в познавательном процессе указывают 20 (67%) ординаторов, собеседований – 17 (57%), практических, семинарских занятий и школ – академий – 23 (76,7%). Заниматься в сетевой (дистанционно) форме в ординатуре желающих не было. Уровень практической подготовки в Центре, по мнению ординаторов, оказался выше, чем теоретический. Считают, что получили достаточный объем практических навыков во время обучения в ординатуре 73,3% обучающихся. В целом качество образования по программе в целом оценило на «хорошо» и «отлично» 93,3% респондентов.

Выводы. На основании проведенного исследования определены структурно-организационные компоненты процесса обучения, требующие корректировки деятельности обучающегося и преподавателя. В первую очередь, стимулирующее-мотивационный (развитие и углубление потребностей и мотивов обучения ординатора), операционно-действенный (организация усвоения материала ординаторами), контрольно-регулирующий (низкий самоконтроль в процессе обучения). Особенностью обучения в ординатуре по специальности «Дерматовенерология» является высокая потребность обучающегося в присутствии (наставничестве) преподавателя, реализуемая на практических занятиях, семинарах, клинических обходах. Большое число кожных заболеваний, похожих внешне, создает сложность при самостоятельном освоении материала и объясняет отсутствие интереса у ординаторов к дистанционному обучению.

НЕМЕДЛЕННЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНТРАДЕРМАЛЬНЫХ ФИЛЛЕРОВ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Гладько В.В., Измайлова И.В.

*Институт медико-социальных технологий
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования, Медицинский институт
усовершенствования врачей, кафедра кожных и
венерических болезней с курсом косметологии,
Москва, Россия*

Ключевые слова: интрадермальные филлеры, абсцесс, гранулематозное воспаление, отсроченный иммунный ответ, биопленки.

Первые интрадермальные филлеры на основе силикона применялись в эстетической медицине с середины 20 века и широко используются в практике дерматокосметологами и пластическими хирургами в качестве малоинвазивного способа коррекции возрастных изменений кожи. За почти 70 лет применения интрадермальных филлеров спектр используемых препаратов значительно расширился, а также значительно расширились анатомические зоны коррекции для их применения. Все интрадермальные филлеры подразделяют на полностью биodeградируемые филлеры, частично биodeградируемые и бионedeградируемые филлеры. Биodeградируемые филлеры обладают высоким профилем безопасности. Осложнения и нежелательные эффекты наблюдаются относительно редко и подразделяются на немедленные, развивающиеся в первые 72 часа после введения препарата и отсроченные, которые могут наблюдаться от 72 часов до нескольких лет после применения филлеров. К немедленным осложнениям относятся осложнения сосудистого и воспалительного характера. Причинами сосудистых осложнений является эмболия крупных вен и артерий, либо сдавление магистральных сосудов неадекватным объемом введенного в дерму препарата филлера. Следствием сосудистых осложнений является быстрое развитие некроза кожи и подкожно-жировой клетчатки с последующим образованием рубца. Немедленным воспалительным осложнением после введения филлеров является абсцесс в месте введения, который при неадекватной терапии может привести к сепсису и летальному исходу. К отсроченным осложнениям после введения филлеров относят отсроченный иммунный ответ, обусловленный реакцией ГЧЗТ 4 типа по классификации Джела-Кумбса. Клиническая картина вариabельна: от формы индуративного отека до островоспалительного инфильтрата с тенденцией к вскрытию с отделением большого количества гноя. В качестве возможного этиологического фактора рассматривается роль микробных биопленок. Наиболее частым возбудителем, выявленным из биопленок, является *Staph. Aureus*. Гистологически определяются признаки гранулематозного воспаления. В качестве алгоритма диагностики сосудистых осложнений нами предлагается ультразвуковая диагностика. Лечение сосудистых осложнений должно быть начато немедленно. В качестве первого шага алгоритма было предложено первоначальное ведение гиалазы в область введения филлера с последующим применением малых доз аспирина, клопидогреля, наружная терапия, направленная на предотвращение образования рубцовой ткани. Для диагностики

отсроченных осложнений воспалительного характера рекомендована диагностическая биопсия с бактериологическим исследованием на возможные бактериальные агенты. Для лечения воспалительных осложнений рекомендовано хирургическое иссечение или вскрытие и дренирование гранулемы, системная терапия антибиотиками широкого спектра действия, локальное интрадермальное введение дексаметазона. В качестве профилактических мер нами рекомендовано: тщательный сбор и оценка анамнестических данных пациента, строгое следование протоколу введения препаратов, соблюдение мер дезинфекции, динамическое наблюдение пациента после применения филлеров.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ЭРИТЕМ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

*Глебова Л.И., Голоусенко И.Ю., Чернова Т.А.
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования г. Москвы «Московский
государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава
России, Москва, Россия*

Проблема медикаментозных поражений кожи, являющихся наиболее ранними проявлениями лекарственной болезни, становится все более актуальной в связи со стремительно растущим числом новых лекарственных препаратов, а так же бесконтрольным, неоправданным их применением. Осложнения и побочные явления различного типа встречаются примерно у 9% пациентов, получающих систематически медикаментозную терапию, из них у 60–80% больных они проявляются в форме токсикодермий. Врач-стоматологу довольно часто приходится лечить больных, у которых развивается токсикодермический процесс с изменением слизистой оболочки полости рта. Надо помнить, что этот процесс может проявиться только на слизистой полости рта без высыпаний на коже. Симптоматика лекарственных аллергий весьма многообразна – от небольших поражений кожи и слизистой до тяжелых шоковых реакций и летального исхода. Из всего многообразия лекарственных сыпей можно выделить 3 типа поражений: фиксированные эритемы, распространенные сыпи, зудящие кожные заболевания, вызванные каким-либо медикаментом. Особую сложность для дифференциальной диагностики представляют фиксированные медикаментозные эритемы, протекающие с поражением слизистой полости рта. Мы проанализировали 20 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 26 до 60 лет (8 мужчин и 12 женщин) направленных врачами-стоматологами на кафедру кожных болезней МГМСУ с предположительным диагнозом многоформной экссудативной эритемы. Из них только у 7 человек этот диагноз подтвердился. У 6 человек констатирована фиксированная медикаментозная эритема, у остальных 7 человек другие дерматозы (вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, герпетический стоматит). Анализ случаев фиксированной эритемы показал, что чаще всего причиной токсикоаллергических реакций на лекарственные препараты оказались сульфаниламиды, на втором по частоте месте – нестероидные противовоспалительные препараты (амидопирин, анальгин, бутадион); на 3-м – барбитураты (например, валокордин), а также слабительные средства

(сеннаде, фенолфталеин). У всех больных медикаментозная токсикодермия протекала по типу фиксированной эритемы. Особенно характерна клиника у сульфаниламидной фиксированной эритемы. Высыпания возникали остро с появления нескольких отечных пятен округлой формы, разной величины, розовато – синюшной окраски на слизистой полости рта или в других местах слизистой, кожи туловища, верхних конечностей, в области половых органов. У части больных на поверхности пятен возникали пузыри, которые вскрывались с образованием болезненных эрозий. Иногда высыпания появлялись на фоне температуры тела, что создавало трудности в дифференциальной диагностике с многоформной экссудативной эритемой. Во время разрешения высыпаний пятна принимали интенсивно бурую окраску, которая сохранялась длительно. С каждым последующим рецидивом пятна появлялись в одних и тех же местах или на других участках кожи и слизистой. Токсикодермии от анальгетиков, слабительных, барбитуратов, также имели фиксированный характер, но не имели строгой локализации, как при сульфозеритеме; пигментация после разрежения пятен, не отличалась длительной стойкостью. Знание особенностей токсикоаллергических высыпаний лекарственного генеза необходимо для проведения дифференциальной диагностики высыпаний на слизистой полости рта – многоформной экссудативной эритемы, вульгарной пузырчатки, буллезного пемфигоида, герпетического стоматита и др.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ НА ОСНОВЕ 1,3-ДИЭТИЛБЕНЗИМИДАЗОЛИЯ ТРИЙОДИДА В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВЯЛОЗАЖИВАЮЩЕЙ РАНЫ ПОСЛЕ ПРОСТАТЭКТОМИИ С ОСТРЫМ ЛУЧЕВЫМ ДЕРМАТИТОМ

*Голованова Т.В., Сивохина Т.А.
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Самарский областной
клинический онкологический диспансер», Самара,
Россия*

Актуальность. Очень часто после оперативного лечения у онкологических пациентов вследствие снижения репаративных способностей организма появляются вялозаживающие раны. Проблема усугубляется, если они находятся в труднодоступных местах: в крупных складках кожи или в местах постоянного трения. И, если существует по показаниям необходимость проводить лучевую терапию при незажившей ране, то в 100% случаев следует ожидать ухудшение процесса. Известно, что лучевая терапия угнетает способность эпителия кожи и слизистых оболочек к регенерации, вследствие чего образуются местные повреждения и создаются условия для инфицирования, особенно при наличии таких факторов риска, как пожилой возраст больных, наличие общесоматических заболеваний, исходное иммунодефицитное состояние.

Целью нашего исследования стало определения эффективности использования мази на основе 1,3-диэтилбензиимидазолия трийодида в лечении сложной сочетанной патологии вялозаживающей раны после простатэктомии в совокупности с острым лучевым дерматитом.

Материалы и методы. Данная проблема была рассмотрена на примере сложного клинического случая. Пациент, мужчина 65 лет, с диагнозом С.61 «Рак предстательной желе-

зы рТЗбNOMO G3 3 стадия». Была проведена радикальная простатэктомия, после чего долго существовали 3 раны в области послеоперационного воздействия и в местах расположения дренажей. Ситуация усугублялась достаточной тучностью пациента и тем, что раны находились под крупной складкой живота в закрытом состоянии. Наружное лечение традиционными методами без эффекта. Далее пациент был направлен на лучевую терапию при сохраняющихся незаживших ранах. После 10 сеанса была отмечена резко отрицательная динамика: появились ожоги на здоровой коже вокруг раны, выраженная болезненность, дефекты кожи увеличились по площади, и присоединилось мокнутие. Радиологи рекомендовали пользоваться только метиленовой синью, но положительной динамики не было. После 30 сеанса пациента направили на консультацию к дерматологу. Клинически картина выглядела так: под складкой живота по всей длине имелись 3 раневых дефекта шириной около 4–5 см, на поверхности которых имелся некроз, присутствовало выраженное воспаление и мокнутие. Вокруг них имелась выраженная эритема. Пациент жаловался на выраженную боль и неэффективность предыдущего лечения. В основную схему лечения было включено двукратное применение мази на основе 1,3-диэтилбензимидазолия трийодида, нанесенной толстым слоем под марлевую повязку.

Результаты. Положительную динамику после лечения можно было заметить через 2 недели: рана очистилась, сократилась в размерах, отмечалось заживление вторичным натяжением. Грануляционная ткань приобрела розовый цвет, количество отделяемого из раны и гиперемия кожных покровов вокруг нее уменьшились. А примерно через месяц наблюдалась полное заживление раны за счет активной краевой эпителизации, кожный покров был восстановлен.

Выводы. Данное клиническое наблюдение иллюстрирует сложность и длительность процесса лечения такой сочетанной патологии как вялозаживающие раны у онкологических пациентов с явлениями лучевого дерматита. Процесс излечения занял достаточно длительное количество времени, но результат впечатляющий. Таким образом, мазь на основе 1,3-диэтилбензимидазолия трийодида показала себя очень эффективным средством лечения таких тяжелых состояний. Клинический эффект достигается за счет того, что препарат имеет прямое регенерирующее, противовоспалительное и антисептическое воздействие на рану одновременно, начиная непосредственно с 1-й фазы раневого процесса. При этом препарат так же обладает мощным осмотическим действием для активного удаления из раны экссудата и некротического содержимого.

НЕКОТОРЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ

Голоусенко И.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования г. Москвы «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Так как до настоящего времени нет классификации заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ по этиологии и патогенезу, для систематизации различных патологических

состояний их группируют на основе одного общего признака. Так, в группу врожденных или генетически обусловленных заболеваний относят синдром Стерджа-Вебера, белый губчатый невус Кеннона, наследственный доброкачественный интраэпителиальный дискератоз, врожденную фистулу нижней губы, меланоцитарные невусы, болезнь Каудена (синдром полиморфной гамартомы) и т. д. При синдроме Стерджа-Вебера, который представляет собой врожденную нейроэктодермальную дисплазию, приводящую к кожно-церебральной ангиоме (энцефалотригеминальный ангиоматоз), возникает «пламенеющий невус» (naevus flameus) лица или головы, почти всегда односторонний, часто ограниченный областью иннервации первой ветви тройничного нерва. Ангиоматозные изменения могут возникать на губах, слизистой оболочке щек и десен. При этом наряду с небольшой сосудистой гиперплазией могут образовываться крупные мягкие узлы. Эти изменения сочетаются с врожденной глаукомой, односторонней гидрофтальмией и эпилептиформными припадками. При рентгенологическом исследовании определяют изменения в костях черепа, соответствующие локализации ангиомы. Белый губчатый невус Кеннона может возникнуть сразу после рождения, в раннем детском возрасте или позже; нередко имеет семейный характер. Чаще поражается слизистая оболочка щек, реже и всегда симметрично – вся слизистая оболочка рта. Выделяют типичную (диффузную и очаговую) и атипичную формы. Поражение при всех формах представляет собой или значительно возвышающиеся, отечные, мягкие шелушащиеся участки серовато-белого цвета, или диффузное помутнение слизистой оболочки щек и губ, или имеют вид белой опалесцирующей полосы на уровне смыкания зубов. Иногда больные жалуются на шероховатость слизистой оболочки, что вызывает желание «скусить» лишнюю, мешающую ткань, особенно во время стресса. Гистологически при белом губчатом невусе выражены паракератоз, акантоз, в шиповатом слое определяются светлые клетки. Наследственный доброкачественный интраэпителиальный дискератоз это доброкачественное заболевание, наследуемое по аутосомно-доминантному типу. Возникает в раннем детстве и достигает полного развития в юности. Поражается слизистая оболочка рта (щеки, дно полости рта, верхняя поверхность языка) и глаз. На слизистой оболочке возникают гладкие опалесцирующие, слегка приподнимающиеся бляшки различных очертаний, мягкой консистенции, позднее превращающиеся в массивные, беловато-кремового цвета очаги со складчатой поверхностью. Субъективных ощущений эти образования не вызывают. Одновременно на резко инъецированной конъюнктиве появляются различной величины возвышающиеся губчатые розовато-желтые бляшки. Поражение глаз усиливается весной и летом, сопровождается светобоязнью. Гистологически выявляют гипер- и паракератоз, выраженный акантоз с большим количеством крупных вакуолизированных клеток в центральной и верхней частях шиповатого слоя. Врожденная фистула нижней губы является пороком развития и проявляется тем, что в центре губы, по обе стороны от средней линии, обычно симметрично, имеется два точечных углубления. Они достигают нескольких миллиметров в глубину и заканчиваются слепо в тканях губы. У некоторых больных из фистулы может выделяться слюнь. Аналогичная фистула редко может быть в углу рта, обуславливая рецидивирующую заеду. Невусы возникают на слизистой оболочке полости рта и губах относительно редко и представляют собой небольшие коричневые или черные, довольно резко ограниченные пятна. Они возникают за счет скопления внутриклеточных меланосом в нижних рядах шиповатых клеток и увеличения количества пигмента в области базальной мембраны без аномалий

ее структуры и явлений дистрофии. Эти невусы не имеют тенденции к трансформации в меланому. Болезнь Каудена – генетически обусловленное заболевание, характеризующееся комбинацией эктодермальной, мезодермальной и эндодермальной аномалий. На деснах, особенно в области десневого края, слизистой оболочке щек, языке возникают множественные плотноватые папилломатозные разрастания до 3 мм в диаметре. Некоторые из этих элементов имеют бородавчатый вид с ороговением на поверхности. Есть надежда, что углубленное изучение описанных выше заболеваний приведет к созданию этиопатогенетической классификации заболеваний, проявляющихся на слизистой оболочке полости рта и губах.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С АКНЕ И ЯИЧНИКО-НАДПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Голоусенко И.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования г. Москвы «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучение особенностей клинических проявлений акне у женщин с яичнико-надпочечной, или смешанной гиперандрогенией (СГА). Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 76 пациенток с акне и СГА. Для определения тяжести течения акне использовался дерматологический индекс акне (ДИА), гинекологический осмотр включал в себя бимануальное исследование, осмотр наружных половых органов, шейки матки, УЗИ органов малого таза и молочных желез, определение степени оволосения в 11 областях тела (шкала Ферримана-Галлвея); антропометрическое обследование состояло из определения индекса массы тела (ИМТ), объема висцеральной жировой ткани (ВЖТ).

Результаты. У всех женщин имелись невоспалительные и воспалительные элементы акне. У большинства женщин высыпания располагались только на коже лица – 89,47%/68, а сочетанное расположение (лицо, туловище и конечности) регистрировалось у 10,53%/8 человек. Преимущественной локализации элементов сыпи не отмечалось, соотношение комедонов, папул и пустул было равнозначным. Исходные значения ДИА колебались в пределах от 7 до 15, в среднем составили $8,95 \pm 0,64$ баллов. При этом у 47,37%/36 больных ДИА был равен менее 5 (легкая степень тяжести), у 48,68%/37 пациенток индекс ДИА колебался в пределах от 6 до 10 (средняя степень тяжести), у 3,95%/3 пациенток – выше 10. Средние значения ДИА при легкой степени акне составили $4,11 \pm 0,24$ балла, при средней степени тяжести – $8,62 \pm 1,03$ и при тяжелой – $14,12 \pm 0,64$ баллов. Был проведен анализ показателя ДИА с учетом возраста пациенток, наследственности, а также длительности заболевания. Для дальнейшего анализа больные были разделены на 2 возрастные группы – до 30 лет и более ($n=45$ и $n=31$ соответственно). Анализ взаимосвязи тяжести течения акне от возраста пациенток не выявил различий. Однако была констатирована достоверная зависимость средних значений ДИА от факторов наследственности: более высокие значения индекса при наличии акне у ближайших родственников $12,45 \pm 1,03$ ($p < 0,05$) против $5,45 \pm 0,25$ баллов. При этом была определена тенденция более тя-

желого течения акне при наличии наследственности у обоих родителей ($14,96 \pm 1,11$). У 63 женщин (82,89%) был зарегистрирован избыточный рост волос на лице, конечностях и теле, который отмечался одновременно с наступлением менархе и прогрессировал с возрастом. Гирсутное число колебалось в пределах от 8 до 22 баллов по шкале Ферримана-Галлвея, медиана $13,57 \pm 2,46$ (II степень гирсутизма). Осмотр молочных желез показал, что у 47 женщин (61,84%) они имели коническую форму и небольшие размеры со слабо сформированным соском. У остальных – молочные железы были правильно сформированы и по величине и форме соответствовали конституции. ИМТ в среднем составил $28,99 \pm 2,53$ кг/м² и достоверно отличался по этому показателю у здоровых $21,83 \pm 3,08$ кг/м². У пациенток более старшего возраста, уровень отклонений по ожирению, по сравнению со здоровыми женщинами, был более выражен. В этой подгруппе было констатировано повышение ИМТ до $34,52 \pm 3,59$ ($p < 0,05$), ОТ до $85,99 \pm 3,17$ ($p < 0,05$), ВЖТ до $3,83 \pm 0,08$ л ($p < 0,05$), объем талии/объем бедер до $3,83 \pm 0,08$ ($p < 0,05$) и процентного содержания жира в организме до $41,15 \pm 0,73\%$ ($p < 0,05$). У больных моложе 30 лет отмечалось достоверное повышение показателей ОТ $70,63 \pm 2,09$ ($p < 0,05$) и % жира в организме $32,61 \pm 4,18\%$ ($p < 0,05$).

Резюме. Клиническая картина женщин с акне и СГА характеризуется: одновременным наступлением первых клинических проявлений акне и менархе у 81,58% женщин; связью обострений акне с менструальным циклом у 51% больных; преимущественной наследственностью по отцовской линии; нарушением менструальной функции у 48,68% больных; отсутствием преимущественной локализации элементов сыпи; более тяжелым течением акне при наличии наследственности; ростом волос в андрогензависимых областях и II степенью гирсутизма; увеличением с возрастом отклонений при антропометрическом обследовании.

ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОЗОВОГО ЛИШАЯ ЖИБЕРА

Горбачева Е.В., Попов И.В., Заторская Н.Ф.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Коломенский», Москва, Россия

Розовый лишай Жибера (РЛЖ) – острое доброкачественное кожное заболевание, с частотой встречаемости в практике дерматолога 158,9 случаев на 100 тыс человек в год. Его этиология и патогенез изучены недостаточно. Нередко заболевание возникает после перенесенной инфекции. Клинически РЛЖ дифференцируют с псориазом, параспориозом, дерматофитией гладкой кожи, себорейным дерматитом, полиморфной экссудативной эритемой, токсикодермией, монетовидной экземой, вторичным сифилисом, отрубевидным лишаем, болезнью Девержи. Примерно у 20% пациентов заболевание протекает атипично, проявляясь папулезными, уртикарными, геморрагическими, везикуллезными, реже – пустулезными высыпаниями, которые сопровождаются зудом. Иногда характерная для РЛЖ материнская бляшка отсутствует или, наоборот, их образуется несколько. При этом дерматозе возможно спонтанное выздоровление в течение 1–1,5 месяца, нередко процесс носит хронический рецидивирующий характер. В филиале «Коломенский» МНПЦДК ДЗМ в январе

2019 года находился на лечении в суточном стационаре ребенок 11 лет с направительным диагнозом: псориаз. Из анамнеза известно, что ребенок заболел около 5 месяцев назад, когда впервые на коже живота появилась бляшка диаметром 4 см овально-круглых очертаний. Очаг имел розовый венчик с мелкочешуйчатым шелушением. Аналогичные высыпания, но в большом количестве и меньших размеров появились на коже туловища спустя 2–3 недели. Со слов мамы, высыпания последовали после перенесенной ОРВИ. Дерматолог по месту жительства предположил диагнозы: розовый лишай Жибера? псориаз? парapsориаз? После назначенного лечения десенсебилизирующими, антигистаминными и топическими глюкокортикостероидными препаратами было незначительное улучшение. Рекомендаций по щадящему уходу за кожей дано не было, ребенок ежедневно принимал ванну или гигиенический душ. Спустя 1,5 месяца в связи с распространенностью и острой кожного процесса был направлен на госпитализацию в филиал «Коломенский», где, на основании жалоб, анамнеза и клинической картины поставлен диагноз: розовый лишай Жибера. При поступлении патологический кожный процесс носил островоспалительный и распространенный характер, локализовался на коже туловища и верхних конечностей. Высыпания: эритематозные бляшки, округлых очертаний с четкими границами, с мелкопластинчатым шелушением и розовым венчиком по периферии, экзематизация в виде папуло-везикулезного воспаления кожи. Псориатическая триада отрицательная. На слизистой оболочке рта высыпания отсутствовали. Ногтевые пластины кистей, стоп не изменены. При лабораторном исследовании: общий и биохимический анализ крови, анализ мочи – без патологии. Педиатром данные за соматическую патологию не выявлены. После проведенного лечения (10% раствор глюконата кальция, хлоропирамин (25 мг) ½ табл. 2 р/с в течение 10 дней; 1% метиленовый синий, 2% нафталановая паста, бетаметазон мазь; физиотерапевтические процедуры: узкополосная светотерапия (УФБ 311) № 7.) отмечен выраженный терапевтический эффект, соответствующий клинической ремиссии: на месте разрешившихся элементов осталась гипопигментация и слабое шелушение. РЛЖ является заболеванием, которое требует деликатного терапевтического отношения: исключение по возможности контакта с водой, проведение щадящей противовоспалительной терапии (мягкие топические глюкокортикостероиды, 2% дегтярная мазь, 5% нафталановая паста в малых концентрациях). Различные отклонения в тактике ведения пациента, в частности, использование агрессивной терапии, часто могут вызывать обострение кожного процесса.

КАПЛЕВИДНЫЕ ПСОРИАЗ И ПАРАПСОРИАЗ. КАК НЕ ОШИБИТЬСЯ

Гребенюк В.Н., Маркова М.Н., Попов И.В., Заторская Н.Ф.

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

Каплевидные псориаз и парapsориаз объединяет семантическое и дерматологическое сходство. Обыкновенным псориазом, являющимся одним из самых распространенных дерматозов, болеют около 2% населения. Его разно-

видность – каплевидная форма, чаще встречающаяся в детском и молодом возрасте, обычно следует за инфекцией: фарингитом, ангиной, ОРЗ и другими. Парapsориаз Брока и его клиническая каплевидная форма – менее распространенные болезни кожи, представленные в печати более 100 лет назад. Псориаз имеет более богатую многовековую историю, его первое клиническое описание принадлежит Авлу Корнелию Цельсу (30–10 гг. н.э). Один из синонимов каплевидного парapsориаза – псориазиформный нодулярный дерматит указывает на внешнее сходство, осложняющее диагностику описываемых клинических форм. В наше время, в XXI веке, эти недуги представляют актуальную медицинскую проблему, прежде всего обусловленную определенными диагностическими и терапевтическими трудностями. Так, в части случаев, больные псориазом поступают в стационар с диагнозом парapsориаз и наоборот. Это связано со сходством клинических проявлений этих дерматозов, особенно при первичном распознавании. Клинически они характеризуются острым высыпанием многочисленных монотипных псориазиформных папул. Они округлые, уплощенные или полусферические, диаметром 3–4 мм, не группируются, розово-красной окраски. Локализация сыпи – туловище и конечности. Зуд не характерен. Общее состояние не страдает. Чтобы избежать диагностических ошибок важно учитывать псориатическую триаду – феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения. На свежих псориазиформных папулах мелкопластинчатые чешуйки окружены узким эритематозным ободком. По мере прогрессирования процесса элементы увеличиваются в размерах и могут образовывать бляшки, что не характерно для парapsориаза. Эфлюоресценции при каплевидном парapsориазе – сквамозные ленткулярные папулы плотноватой консистенции. При их поскабливании определяется отрубевидное шелушение и сплошные чешуйки, имеющие патогномичное значение (симптом облатки). Клиническое течение всех названных вариантов болезней: острое, подострое, хроническое; прослеживается сезонность – чаще возникает весной и осенью, улучшение в летнее время. Для своевременного распознавания дерматозов важно помнить особенности их клинической картины и характер патоморфологических проявлений.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ

Дудко В.Ю., Петунова Я.Г., Гайворонская О.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Целью работы анализ длительности стационарного лечения пациентов дерматовенерологического профиля. Задача – обоснование сроков стационарного лечения больных с учетом оптимизации, эффективности и результативности работы койки дерматовенерологического профиля.

Материалы и методы. 1550 медицинских карт стационарного больного (1020 больных дерматозами (псориаз, атопический дерматит, экзема, буллезные дерматозы) и 530 больных различными формами сифилиса, включая нейросифилис), находившихся на лечении в СПб ГБУЗ «ГорКВД»

за последние 3 года. Федеральные стандарты оказания медицинской помощи больным псориазом, атопическим дерматитом, экземой, буллезным пемфигоидом, пузырчаткой. Федеральные клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов по ведению больных дерматовенерологического профиля 2015 года. Письмо МЗ РФ от 13.12.2017г. № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 и плановый период 2019 и 2020 годов».

Результаты. Средняя длительность пребывания больного дерматовенерологического профиля в круглосуточном стационаре в 2015 году составила 20 койко-дней по кожному заболеванию и 18,3 койко-дня по венерологическому заболеванию (данные по Российской Федерации (РФ) – 14,6 и 16,1 соответственно), в 2016 году – 21,1 и 16,8 соответственно (в РФ – 14,2 и 15,7), в 2017 году – 18,8 койко-дней по дерматологии и 19,2 по венерологии.

Выводы. Рекомендуемая письмом МЗ РФ от 13.12.2017 г. № 11-7/10/2-8616 средняя длительность пребывания пациента в круглосуточном стационаре дерматовенерологического профиля составляет 12,3. Однако, согласно требованиям всех действующих Федеральных стандартов, клинических рекомендаций по оказанию специализированной медицинской помощи больным дерматозами длительность стационарного лечения составляет не менее 18 дней. Для лечения больных вторичным и ранним скрытым сифилисом с давностью заболевания более 6 месяцев рекомендуется использовать бензилпенициллина новокаиновую соль 2 раза в сутки в течение 28 дней или бензилпенициллина натриевую соль кристаллическую 6 раз в сутки внутримышечно в течение 28 суток (Федеральные клинические рекомендации 2015 года). Таким образом, сроки стационарного лечения при данном заболевании должны составлять указанный срок. Необходимость соблюдения оптимальных, а значит и оплачиваемых сроков пребывания больных дерматозами и увеличения стоимости тарифа в стационаре определяется: длительностью процессов эпителизации (до 28 дней) при дерматозах, протекающих с нарушением целостности кожных покровов (у больных старшей возрастной группы процесс эпителизации еще медленнее); тяжестью и распространенностью кожного процесса (заболевания), хроническим течением заболевания, резистентностью к основным видам системной и наружной терапии; сложностями диагностического поиска, в том числе в определении хронического очага инфекции, поддерживающего кожный процесс; наличием сопутствующей патологии у большинства пациентов (70–80%), в том числе не позволяющей применение современных эффективных методов в связи с побочными (токсическими) эффектами; большим удельным весом (60,5%) возрастных пациентов – старше 60 лет; затруднение перемещения пациента в общественном транспорте при амбулаторном лечении (распространенность поражения кожных покровов, в т.ч. на видимых участках, нижних конечностях, а также нанесение на кожу мазей и других лекарственных средств). Лечение на круглосуточной койке больного с тяжелой кожной патологией не может быть сокращено из-за психологических особенностей: визуализация больным и окружающими изменения кожных покровов, которое приводит к самоизоляции больного с одной стороны, с другой – стремлению окружающих ограничить контакты с больным. Поражение лица и видимых участков кожи («социальный паспорт» человека) приводит к тяжелым психологическим и социальным проблемам, которые усугубляют течение кожного заболевания; увеличивают длительность лече-

ния. Наличие проявлений острого кожного процесса (зуд, мокнутие, шелушение кожи), вызывают страдания больного, приводят к выраженному дискомфорту, неспособности к обычной деятельности, депрессии, неврастении и т.д.

ERYTHEMA NODOSUM, АССОЦИИРОВАННАЯ С САРКОИДОЗОМ И БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

Егорова О.Н., Белов Б.С.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Erythema nodosum (EN) – неспецифический иммуновоспалительный синдром, представляющий собой септалый паникулит без васкулита. Нередко EN выступает как один из симптомов системной патологии, что может послужить причиной поздней диагностики и соответственно назначения адекватной терапии. Цель работы – изучение клинико-лабораторных и рентгенологических данных при EN в рамках острой формы саркоидоза (Саp) и EN, ассоциированной с бактериально-вирусной инфекцией, на когорте больных, направленных в ревматологический центр.

Материалы и методы. Обследовано 312 больных (61 мужчина и 251 женщина, возраст $35,4 \pm 8,2$ лет), обратившихся в клинику с направительным диагнозом EN в 2007–2017 гг. Медиана длительности заболевания составила 1,6 [0,3;4,7] мес. Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование и лабораторно-инструментальное исследование биохимических, серологических (АСЛ-О, антитела против хламидий и микоплазм 2-х классов, уреаплазм, вирусов герпеса I и II типов, цитомегаловирус, вирус Эпштейн–Барр, гепатиты В/С, йерсинии, ВИЧ и т.д.) и иммунологических показателей, рентгенографию или компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки. Результаты. У 145 больных (46,4%) подтвержден диагноз САP (34 мужчин и 111 женщин). EN, ассоциированная с бактериально-вирусной инфекцией выявлена у 167 пациентов (53,5%). Серологическое обследование этих больных показало нарастание в ≥ 3 раза уровней антител к вирусам семейства Herpesviridae (79 человек), M. pneumoniae (15), Chl. pneumoniae (11), Y. enterocolitica (11), Chl. trachomatis (9), M. hominis (6), повышение АСЛ-О (57). Для EN при САP характерно: длительность заболевания до 6 мес (отношение шансов (ОШ) 7,320, 95% доверительный интервал (ДИ) 2,297–23,329, $p < 0,005$), множественный диффузный характер высыпаний на голенях и единичный на бедрах и/или предплечьях (ОШ 15,500, 95% ДИ 1,983–121,132; $p < 0,005$), поражение голеностопных суставов (ОШ 35,905, 95% ДИ 9,523–135,365; $p < 0,005$), высокий уровень СРБ (ОШ 5,429, 95% ДИ 2,164–13,618; $p < 0,005$). Предикторами формирования КТ-феномена «матового стекла» при САP были мужской пол (ОШ 6,5; ДИ 1,2–35; $p = 0,026$) и наличие конгломератов узлов (ОШ 4,8; ДИ 1,4–16,1; $p = 0,01$). Постинфекционная EN отличалась развитием преимущественно до 30 лет (ОШ 0,825, 95% ДИ 0,328–2,077, $p < 0,005$), симптомом «цветения» сыняка (ОШ 0,028, 95% ДИ 0,009–0,092, $p < 0,005$), повышением антистрептолизина-О (ОШ 0,035, 95% ДИ 0,006–0,207, $p < 0,005$). В течение 1 года наблюдения у 72 % больных САP EN не рецидивировала, а суставной синдром практически полностью регрессировал.

Постинфекционная EN рецидивировала в течение 1 года у 38 человек, в связи с обострением хронического тонзиллита (14), ОРВИ/переохлаждением (10), стрессом (5), нарушением и неэффективностью предписанной терапии (9). Выводы. Постинфекционная EN встречается несколько чаще, чем EN при CAP. Последняя характеризуется большей выраженностью клинических показателей и высокими параметрами воспалительной активности. Указанные особенности необходимо иметь в виду при проведении дифференциальной диагностики у больных EN.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЛОБУЛЯРНОГО ПАННИКУЛИТА

Егорова О.Н., Белов Б.С., Северинова М.В.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Лечение больных с лобулярным панникулитом (ЛПн) представляет сложную медико-социальную проблему. Это обусловлено тяжестью поражения подкожно-жировой клетчатки, опорно-двигательного аппарата, прогрессирующим течением заболевания, высокой частотой поражения лиц трудоспособного возраста, снижением функциональных способностей, потерей профессиональных и социальных навыков, трудностью физического и психологического приспособления больного к нарушениям двигательных функций. Лечение ЛПн не разработано и проводится, как правило, эмпирически и не всегда эффективно. Поэтому все большую актуальность приобретает вопрос широкого включения в схему лечения основного заболевания методов восстановительной медицины. В настоящее время работ, посвященных локальному применению глюкокортикоидных препаратов при ЛПн, единичные.

Цель: оценить эффективность фармакопунктуры (ФП) глюкокортикоидными препаратами при ЛПн.

Методы: обследовано 687 пациентов с Пн (613 женщин и 74 мужчины, средний возраст – $39,7 \pm 11,31$ и $41,2 \pm 12,57$ года соответственно) с направительными диагнозами «Узловатая эритема» или «Панникулит», которые находились в ревматологической клинике с 2008–2018 гг. ЛПн подтвержден у 249 больных с длительностью болезни 14,8±7,4 месяца. ФП заключалась в подкожном или внутриможном введении препарата в зону проекции точек, согласно общим принципам акупунктурного лечения. В технологии использовались точки в зоне пораженного участка кожи и ПЖК. ФП проводилась один раз в 2 недели № 3. Больные были рандомизированы в II группы: I группа получала глюкокортикоидные (ГК) препараты по 1,0 мл у 15 пациентов, II группа – контроля (плацебо) – 0,9% – 1,0 мл водного раствора хлорида натрия у 8 больных.

Методы контроля включали общеклиническое обследование (оценку интенсивности боли по ВАШ, характеристику уплотнений на верхних/нижних конечностях, общие анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование (УЗИ) с эластографией уплотнения). Основные этапы контроля: исходно (Т0), через 14 дней (Т1), 28 (Т2) и 42 дня (Т3). Все пациенты принимали пероральные нестероидные противовоспалительные, аминохинолиновые и ангиопротекторные средства.

Результаты. У 80% пациентов I гр после курса терапии отмечена положительная динамика в виде уменьшения интенсивности боли при оценке по ВАШ (Т0 50 ± 18 мм; Т1

35 ± 11 мм), размера (Т0 $6 \pm 2,2$ см; Т1 $4,5 \pm 1,7$ мм) и выраженности окраски уплотнения ($p < 0,002$), снижения СОЭ, СРБ и утолщения подкожно-жировой клетчатки в виде «глыбчатости» с васкуляризацией при УЗИ. В 60% случаев эффект лечения нарастал к Т3 ($p < 0,05$). После курса ФП с ГК признаки ЛПн регрессировали у 53,3% больных. Во II группе положительный клинический эффект отмечен к Т3 у 37,5% больных. Отмена ФП 0,9% – 1,0 мл водного раствора хлорида натрия потребовалась в 50 % случаев, в связи с отсутствием терапевтического эффекта.

Заключение. Применение ФП ГК позволило добиться положительной динамики у больных ЛПн без изменения дозы и схемы базисной терапии. Для оценки значимости методики необходимы дальнейшие исследования.

ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Еременко В.С.
Негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования г. Москвы «Московский медицинский университет «РЕАВИЗ», Москва, Россия

Актуальность. Атопический дерматит является одним из самых распространенных хронических заболеваний. В Москве в 2015 г. заболеваемость атопическим дерматитом составила 167,9 на 100 тыс. населения. Рецидивирующий атопический дерматит наблюдается у 12,2% взрослых больных, которые страдают данным заболеванием с детства. Неуклонный прогрессирующий рост заболеваемости атопическим дерматитом, увеличение числа пациентов с тяжелыми формами заболевания – главные аспекты, определяющие актуальность данной патологии, требующие совершенствования методов профилактики, терапии, а также комплекса реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности использования 0,1% мази такролимуса с традиционной наружной терапией больных атопическим дерматитом в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Нами проводилось динамическое наблюдение 46 больных атопическим дерматитом легкой и средней тяжести, получавших амбулаторное лечение на базе филиала «Останкинский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЭМ». Возраст пациентов варьировал от 15 до 42 лет (средний возраст составил 28,5 лет), из них мужчин было 29 (63,0%), женщин – 17 (37,0%). Наблюдаемые пациенты были поделены на две однородных группы – группу наблюдения и группу сравнения. Пациенты группы наблюдения (34 человека) использовали в качестве основного наружного препарата 0,1% мазь такролимуса 2 раза в день. В группе сравнения (12 человек) пациенты использовали топические кортикостероидные кремы и мази (ТГКС) согласно рекомендательным документам. Кроме того, все пациенты получали системное лечение антигистаминными и другими препаратами согласно стандарту медицинской помощи больным атопическим дерматитом. Длительность наблюдения в обеих группах составила 2 месяца. Для оценки эффективности терапии в динамике использовался индекс SCORAD.

Результаты. Клинические проявления заболевания у большинства пациентов характеризовались наличием на коже воспалительных экзематозных высыпаний, лихенификацией в области сгибов. На лице высыпания наблюдались у 47,8% больных, на руках – у 45,6%, на разгибательных

поверхностях конечностей у 32,6%, на коже туловища – у 30,4%. Другая форма атопического дерматита взрослых – экзема головы и шеи наблюдалась у 5 (14,7%) больных группы наблюдения и у 4 (33%) больных группы сравнения. Патологические проявления на коже лица и шеи при этой форме заболевания проявлялись изолированными высыпаниями или сочетались с высыпаниями в флексорных зонах. Клиническая картина экземы головы и шеи отличалась эритематозно-сквамозными высыпаниями на лице с вовлечением в патологический процесс кожи век и красной каймы губ. Индекс SCORAD в группе наблюдения до лечения составлял от 13 до 34 баллов. Через 14 дней использования мази 0,1% такролимус минимальное значение составило 8,5, максимальное – 20,9. Через 28 дней минимальное значение индекса было 5,7 максимальное – 9,8. Через 2 месяца минимальное значение индекса составляло 3,3, максимальное – 5,2. Из побочных эффектов у 5 (14,7%) больных возникали ощущение тепла, у 3 (8,8%) – жжение. Остальные пациенты группы наблюдения побочные эффекты не отмечали. Значения индекса SCORAD в группе сравнения до лечения варьировали от 14 до 35 баллов. Через 14 дней использования минимальное значение определялось 20,5 баллами, максимальное – 27,4. После 28 дней лечения наружными ТГКС минимальное значение индекса было 8,7 максимальное – 15,2. Через 2 месяца минимальное значение индекса составило 5,3 максимальное – 9,2. Выводы. У взрослых пациентов с атопическим дерматитом характерно вовлечение в процесс кожи лица и других открытых участков тела более, чем в 50%. Использование мази 0,1% такролимуса в амбулаторных условиях продемонстрировало стойкий положительный клинический эффект в течение 2 месяцев, не уступающий использованию ТГКС.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ

Зайнуллина О.Н.

Институт дополнительного профессионального образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

Актуальность. В воспалительном процессе в коже непосредственное участие принимают цитокины, при этом цитокиновая регуляция не ограничивается только IL-4 и IL-13. В ней участвуют и другие цитокины, определение которых еще не вошло в клиническую практику. Единой точки зрения на значение ряда цитокинов при различных клинических формах и степени тяжести атопического дерматита (АтД) нет, а имеющиеся литературные данные о содержании различных цитокинов в сыворотке крови детей с АтД достаточно противоречивы. В частности, описана роль тимус стромального лимфопоэтина (TSLP) и толл-лайн рецепторов 2 типа (TLR-2), как факторов, влияющих на микробную колонизацию кожи и участвующих в иммунопатогенезе АтД [KaiH.H., 2013].

Цель работы. Определить взаимосвязь между содержанием цитокинов TLR-2 и TSLP в сыворотке крови и особенностями течения АтД у детей.

Материалы и методы. В исследование было включено 42 ребенка с АтД, в возрасте от 1 месяца до 12 лет. Диагноз выставляли в соответствии с известными диагностическими критериями. Оценка клинических проявлений заболе-

вания на момент госпитализации проводилась путем подсчета индекса SCORAD. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от тяжести течения АтД, контрольную группу составили 18 условно-здоровых детей.

Всем детям так же проводилось обследование, включающее подсчет цитокинов TLR-2 и TSLP в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа из единой пробы сыворотки крови.

Результаты и обсуждение. Среди детей с АтД 26,2% больных имели легкие клинические проявления (SCORAD – 12 [7; 15] баллов) – 1 группа; 42,9% – среднетяжелые (SCORAD – 32 [26; 36] баллов) – 2 группа; 30,9% – тяжелые (SCORAD – 66 [51; 77] баллов) – 3 группа.

Обнаружено повышение уровня исследуемых цитокинов у детей с АтД по сравнению с условно-здоровыми детьми, а также резкое повышение показателей при среднетяжелой и тяжелой степени заболевания. Так, средний уровень TLR-2 ($M \pm m$) в сыворотке крови условно-здоровых детей составил $0,29 \pm 0,09$ ng/ml, среди больных АтД первой группы – $0,96 \pm 0,33$ ng/ml, второй группы – $6,34 \pm 1,20$ ng/ml ($p < 0,001$), третьей группы – $5,73 \pm 2,48$ ng/ml ($p < 0,001$). Содержание TSLP в сыворотке крови условно-здоровых детей составил $0,24 \pm 0,06$ ng/ml, у детей с АтД легкой степени тяжести – $0,67 \pm 0,41$ ng/ml, среднетяжелой – $4,92 \pm 2,35$ ng/ml ($p < 0,01$), а при тяжелой степени показатель поднялся до $33,09 \pm 10,05$ ng/ml ($p < 0,001$).

Медианы уровня цитокинов ($Me [Q1; Q3]$) у детей с различной степенью АтД так же достоверно повышались с усугублением тяжести заболевания. Если в контрольной группе уровень TLR-2 составил $0,16 [0,13; 0,35]$ ng/ml, в первой группе – $0,20 [0,17; 1,84]$ ng/ml, во второй группе показатель поднялся до $4,57 [2,64; 10,6]$ ng/ml ($p < 0,01$); а в третьей группе показатель составил $2,41 [0,62; 5,85]$ ng/ml ($p < 0,05$). Уровень TSLP в контрольной группе был уровне $0,18 [0,14; 0,24]$ ng/ml, в первой – $0,24 [0,22; 0,42]$, во второй – $0,93 [0,44; 3,41]$ ng/ml, а у детей с тяжелой степенью АтД усиление продукции цитокинов достигло $24,21 [1,88; 67,0]$ ng/ml ($p < 0,001$).

Выводы. В результате проведенного исследования установлена взаимосвязь между концентрацией TLR-2 и TSLP в сыворотке крови и степенью тяжести АтД у детей, что говорит о значимости этих цитокинов в механизмах регуляции иммунопатологических состояний. Данный факт обосновывает дальнейшие исследования TLR-2 и TSLP, как маркера активности аллергического воспаления. Изучение патогенетического потенциала определенных цитокинов в развитии АтД у детей, выявление значимых специфических иммунологических и воспалительных маркеров может быть крайне перспективным для разработки новых методов лечения АтД с применением цитокинов.

ЛИНЕЙНЫЙ IGA-ЗАВИСИМЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ У ДЕВОЧКИ 4-Х ЛЕТ

Заторская Н.Ф., Маркова М.Н., Попов И.В., Труфанова Е.Ю.

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

Линейный IgA-зависимый буллезный дерматоз – хроническое приобретенное аутоиммунное заболевание, характеризующееся образованием субэпидермальных пузырей

и линейным отложением IgA вдоль базальной мембраны, встречается преимущественно у детей младшего детского и дошкольного возраста. Заболеваемость составляет примерно 1:500 тыс. детского населения.

Целью представленного наблюдения является демонстрация клинического случая линейного IgA-зависимого буллезного дерматоза у пациентки А., 4-х лет, поступившей в ДВО филиала «Коломенский» МНПЦДК ДЗМ в ноябре 2018 года.

Материалы и методы. Из анамнеза, со слов матери, известно, что первые высыпания появились на коже лица, шеи в сентябре 2018 года на фоне ОРВИ. Субъективно отмечался интенсивный зуд. Дерматологом по месту жительства был предположен диагноз: Аллергический контактный дерматит неуточненный. На фоне проводимого амбулаторного лечения (диета, сорбенты, антигистаминные препараты, ТКС) отмечался кратковременный положительный эффект. После отмены терапии высыпания распространились на кожу волосистой части головы, туловища, конечностей, наружных половых органов. Дерматологом по месту жительства был заподозрен диагноз: Герпетиформный дерматит Дюринга (?), назначен метипред 8 мг/сут, безглютеновая диета, наружно – фукурцин, с временным улучшением. В связи с распространенностью кожного процесса, неэффективностью амбулаторного лечения девочка была направлена на госпитализацию в ДВО филиала «Коломенский».

Status localis при поступлении: патологический кожный процесс носил распространенный, островоспалительный характер. Локализовался на коже волосистой части головы (преимущественно в затылочной области), лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Был представлен пузырьками с плотной покрывкой, серозным содержимым, на слегка гиперемизированном основании, до 2 мм в диаметре, множественными эрозиями на месте вскрывшихся элементов, точечными эксфолиациями, покрытыми серозно-геморрагическими корочками. Симптом Никольского отрицательный. На месте разрешившихся высыпаний на коже туловища, конечностей отмечались гипопигментированные пятна. Видимые слизистые – без патологических высыпаний. Результаты обследования: ОАК, ОАМ – норма. Биохимический анализ крови – умеренно повышен уровень АСТ, АСЛО. Исследование пузырной жидкости: эозинофилы 8%. Исследование мазков-отпечатков: акантолитические клетки не обнаружены. Бакпосев пузырной жидкости: рост микрофлоры отсутствует. ИФА IgG к АГ ВР 230 в сыворотке крови: положительный. ИФА IgG к АГ ВР 180 в сыворотке крови: положительный. ИФА IgA к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови: отрицательный. Диагностическая биопсия кожи: гистологические изменения могут наблюдаться при герпетиформном дерматите Дюринга, линейном IgA-дерматозе. Для уточнения диагноза рекомендуется проведение ПИФ-исследования. ПИФ: иммунофлюоресценция картина более всего соответствует линейному IgA-дерматозу. Проведено лечение: преднизолон 10 мг/сут с последующей коррекцией дозы до полной отмены; дапсон из расчета 2 мг/кг/сут – 25 мг/сут; хлоропирамин, панангин в возрастных дозировках. Наружно: 1% раствор метиленового синего 1 р/д; 2% нафталановая паста 1 р/д, крем гидрокортизон+натацицин+неомицин 1 р/д, крем Унны. На фоне проведенного лечения к моменту выписки был достигнут выраженный терапевтический эффект: высыпания разрешились полностью. На коже шеи, плеч и груди сохранялись гипопигментированные пятна. Девочке было рекомендовано продолжить прием дапсона в течение 3 месяцев под наблюдением дерматолога по месту жительства и контролем лабораторных показателей (ОАК, ОАМ, б/х анализ крови).

Обсуждение. Описанный клинический случай представляет несомненный интерес для практикующего врача в связи с редкой встречаемостью данного заболевания и трудностью его распознавания. Для верификации диагноза необходимо проведение дифференциальной диагностики с другими дерматозами, сопровождающимися образованием субэпидермальных пузырей. Требуется комплексное обследование, включающее дополнительные методы исследования (гистологическое, иммуногистохимическое), иммуноферментный анализ и др. Своевременное назначение адекватной терапии способствует быстрому регрессу высыпаний, улучшению общего состояния и качества жизни пациента.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА – ВАЖНЫЙ «ИНСТРУМЕНТ» ДЕРМАТОЛОГА. СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Заторская Н.Ф., Пилявская С.О., Корняк М.С., Басе Ф.Б.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический Центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Коломенский», Москва, Россия

Для большинства дерматозов, встречающихся у детей характерна атипичная (по сравнению со взрослыми) клиническая картина, обусловленная строением кожи, ее физико-химическими свойствами. Проведение дифференциально-диагностического поиска является важной составляющей правильной постановки диагноза и выбора тактики лечения. В качестве демонстрации приводим ряд клинических редко встречаемых дерматозов у детей, наблюдаемых в филиале «Коломенский» МНПЦДК ДЗМ за 2018 г. Первая пациентка в возрасте 5 лет. Поступила с жалобами на высыпания на коже лица, туловища, нижних конечностей, умеренный зуд. Первые высыпания появились в июне 2018 г. на коже ягодиц, со слов матери, на фоне стресса. Педиатром выставлен диагноз атопический дерматит, назначено лечение, на фоне которого отмечался временный положительный эффект, в октябре 2018 г. высыпания распространились на кожу лица. При осмотре на коже щек, спинки носа, подбородка эритематозно-отечный очаг с нечеткими границами, умеренной инфильтрацией по типу «бабочки», аналогичные единичные очаги сливного характера на коже туловища, нижних конечностей, точечные эксфолиации. Дерматоскопически – усиление кожного сосудистого рисунка. Дермографизм смешанный. Анализы без патологии, общий IgE-31,3МЕ/мл (Nдо60). Учитывая клинико-anamnestические данные, заподозрены: Атопический дерматит? Фотодерматит? Эритематоз? С целью уточнения выполнена диагностическая биопсия кожи – гистологические изменения более всего соответствуют красной волчанке. Ребенок направлен на консультацию к ревматологу. Второй пациент мальчик в возрасте 10 лет. Обратился в филиал с жалобами на болезненные высыпания на коже нижних конечностей. Высыпания появились около двух лет назад, на месте травмы после ангины, по поводу которой принимал амоксицилин. Неоднократно консультирован врачами дерматологами, ревматологами. Предполагались диагнозы: васкулит, болезнь Шамберга, реактивный артрит, пигментная пурпура Майокки, кольцевидная гранулема, центробежная эритема Дарье. Проводилась терапия нестероидными противовоспалительными средствами.

тельными препаратами без эффекта. На фоне физических нагрузок высыпания увеличились. При осмотре на коже голеней множественные петихиальные высыпания, диаметром 1–2 мм, красновато-застойного цвета, сливающиеся в крупные очаги округлой, кольцевидной и полукольцевидной формы, диаметром до 6,5 см. Местами в центре очагов кожа бледно-желтоватого цвета, с восковидным блеском, некоторым западением, шелушением, кожный рисунок сглажен. На основании данных анамнеза и характерной клинической картины, заподозрен диагноз Пигментная пурпура Майокки? Для подтверждения проведена диагностическая биопсия кожи (в работе). Третий случай носит семейный характер. У детей (девочка 8 лет, мальчик 7 лет) отмечались схожие высыпания, которые впервые появились у старшего ребенка на коже левой кисти, предплечья, а затем на лице около года назад. Ребенок консультирован различными специалистами, предполагались диагнозы – Пиогенная гранулема? Пиодермия? Эозинофильная гранулема? Доброкачественная лимфоплазия? Проводимая терапия топическими стероидами, антибактериальными средствами была безуспешна. Также проводилось вскрытие очага на щеке с ревизией. При обращении в филиал высыпания на коже лица, тыла левой кисти, предплечья были представлены инфильтрированными узелками с выраженным сосудистым рисунком, легким шелушением, незначительным западением в центре, изъязвления отсутствовали. В ходе тщательного опроса выяснилось, что семья до появления высыпаний пребывала в г. Баку, укусы москитами не отрицает. В связи с отсутствием положительной динамики от проводимого лечения, а также характерный эпидемиологический анамнез, заподозрен диагноз Лейшманиоз? Цитологическое исследование с окраской по Романоскому–Гимза для обнаружения амастигот лейшмании: отр. Для уточнения диагноза проведена биопсия кожи – немногочисленные белые базофильные структуры с округлым очертанием – тельца Боровского. Гистологические изменения более всего соответствуют лейшманиозу кожи. Пациентка направлена в Институт паразитологии и тропической медицины, где «Кожный лейшманиоз» был подтвержден. Данные клинические случаи демонстрируют, что редкие дерматозы, особенно в детской практике, могут проходить под маской часто встречаемых заболеваний, что может поставить в тупик даже опытного клинициста. Внимательный подход к дифференциальной диагностике, проведение полного комплекса обследования позволяют своевременно заподозрить диагноз и вовремя назначить необходимую терапию.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРИОТЕРАПИИ И ХИМИОДЕСТРУКЦИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Захарова О.В., Лебедева А.А., Демидова А.Н.
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия*

Вульгарные бородавки у детей часто невосприимчивы к терапии, ввиду несформировавшегося иммунного ответа и обладают высокими показателями рецидивов. В основном, для лечения вирусных бородавок у взрослых и детей,

применяют деструктивные методы. Привычными являются аппликации жидкого азота способом «камыш» или «криоспрей». К сожалению, у криодеструктивного метода есть ряд отрицательных последствий, особенно значимых для пациентов дошкольного и раннего школьного возраста. Это способствовало введению процедуры химиодеструкции вульгарных бородавок в практику врача дерматовенеролога ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ.

Цель. Сравнить эффективность традиционного крио замораживания и химиодеструкции препаратами на основе 5-фторурацила и салициловой кислоты в лечении вульгарных бородавок у детей.

Методы. В период с января по декабрь 2018 г. пациенты группы основного контингента ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ, с диагнозом вульгарные бородавки, были рандомизированы для получения либо традиционной криотерапии («камыш» или «криоспрей»), либо аппликаций препарата на основе 5-фторурацила и салициловой кислоты. Для сравнительной характеристики двух методов, было отобрано 100 пациентов, по 50 в каждой группе, возрастной категории от 3 до 12 лет.

Результаты. После двух–пяти обработок методом криодеструкции 47 детей (94%) были излечены. За весь период наблюдения, вульгарные бородавки не рецидивировали. Показатели эффективности в группе химиодеструкции аналогично высоки и составили 46 детей (92%) в стойкой ремиссии. Как видно, оба метода высокоэффективны. Но, при, практически, аналогичных показателях эффективности, болезненность процедуры крио заморозки вирусных бородавок значительно выше, а сроки заживления дольше. Все 50 пациентов ощущали дискомфорт от боли и волдырей по сравнению с химиодеструкцией, где заживление происходит с формированием сухого струпа и оценивается ребенком как практически безболезненное и вызывает одобрение родителями. Анализируя статистические показатели аналогичного периода 2017 года, произошло заметное перераспределение количества оказанных услуг в пользу химиодеструкции (показатель вырос более чем в два раза). Количество же использования жидкого азота для лечения вульгарных бородавок снизилось на 50%.

Выводы. Криодеструкция является традиционно эффективным методом лечения вульгарных бородавок у взрослых и детей, но значительно проигрывает с точки зрения болевых ощущений и обладает более длительными сроками заживления, что немаловажно при лечении вульгарных бородавок у детей. Аппликации препаратов на основе 5-фторурацила и салициловой кислоты с целью деструкции вульгарных бородавок могут являться методом выбора для дошкольной и ранней школьной возрастной категории пациентов.

ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ВЕГЕТИРУЮЩИЙ ДИСКЕРАТОЗ ДАРЬЕ В СОЧЕТАНИИ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Зыбарева А.С., Нажмутдинова А.Т.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия*

Фолликулярный вегетирующий дискератоз был описан Дарье и Уайтом в 1889 году. Это относительно редкое наследственное заболевание, которое наследуется ауто-

сомно-доминантно. Важную роль играет ген АТР2А2, кодирующий изоформу Са2+-АТФазы эндоплазматического ретикула; в результате нарушается депонирование ионов кальция, что приводит к сбою синтеза молекул белка, обеспечивающих нормальную межклеточную адгезию. Данное заболевание обычно развивается в детском или подростковом возрасте, часто сопровождается изменениями в иммунной системе, в связи с чем возрастает склонность к присоединению бактериальных и вирусных инфекций. Приводим клиническое наблюдение дискератоза Дарье в сочетании с герпетической инфекцией. Пациентка 13 лет в феврале 2018 г. обратилась за консультацией в связи с жалобами на кожные высыпания неизвестной этиологии. Отметила, что такую дерматологическую картину периодически наблюдает с 6 лет. Около 3 месяцев назад пациентка перенесла сильный грипп, что вызвало обострение основного заболевания и развитие герпетических высыпаний. При поступлении сыпь была локализована на коже лица, груди, живота, представлена гиперкератотическими папулами от грязно-серого до красно-коричневого цвета; высыпания сопровождались непостоянным зудом. Под свободным краем ногтя определялся гиперкератотический роговой слой. Слизистая полости рта без патологии. По данным общего анализа крови – повышение уровня лейкоцитов (WBC) – $17,6 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; повышение уровня лимфоцитов (LYM) – 59,4 %; повышение уровня СОЭ (ESR) – 20 мм/ч (референсные значения для детей 13–15 лет: WBC $4,3\text{--}9,5 \cdot 10^9/\text{л}$; LYM – 22–50 %; ESR – 4–15 мм/ч). Была проведена биопсия высыпных элементов: обнаружены явления акантолитического дискератоза в виде круглых телец и зерен, что соответствует морфологической картине болезни Дарье. Пациентка получала следующие лечение: витамин В6, аевит, кестин; при данном лечении улучшений не наблюдалось. Был назначен неотигозон (ацетритин) 15 мг в сутки в течение 7 дней и в дальнейшей дозировке – 10 мг (8 недель). В связи с тем, что у пациентки тяжелая форма герпеса (распространенный процесс), одновременно с неотигозоном был назначен ацикловир. На фоне проводимой терапии отмечено значительное улучшение состояния кожных покровов: регрессирование элементов сыпи; герпетическая инфекция разрешена с остаточной пигментацией.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ПУВА-ВАНН В ЛЕЧЕНИИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА

Игнатова Е.В., Волнухин В.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва, Россия

Актуальность. Лечение ладонно-подошвенного псориаза (ЛПП) представляет значительные трудности. Одним из основных методов физиотерапевтического лечения псориаза является ПУВА-терапия. В клинической практике при лечении ЛПП обычно назначают ПУВА-терапию с пероральным применением фотосенсибилизатора или наружным нанесением его в виде спиртового раствора. Усовершенствованным вариантом ПУВА-терапии являют-

ся общие и локальные ПУВА-ванны, основанные на использовании водного раствора фотосенсибилизатора. Метод ПУВА-ванн по эффективности не уступает другим методам ПУВА-терапии. В то же время он не имеет противопоказаний, свойственных ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизатора (катаракта, выраженная дисфункция печени и почек), и позволяет избежать развития ряда побочных эффектов, таких, как диспепсические явления, длительная фотосенсибилизация глаз и кожи, головная боль и др. В отличие от спиртового раствора, водный раствор фотосенсибилизатора лучше переносится больными при наличии в очагах поражения экссудации, эрозий и трещин.

Цель исследования. Оценить эффективность применения локальных ПУВА-ванн в лечении больных ладонно-подошвенным псориазом.

Материалы и методы. Лечение с применением локальных ПУВА-ванн проведено 35 больным ЛПП в возрасте от 25 до 76 лет (22 женщинам и 13 мужчинам) с длительностью заболевания от 1 года до 20 лет (в среднем 5,9 лет). У 22 больных был диагностирован ладонно-подошвенный псориаз, 10 – обыкновенный псориаз с преимущественным поражением ладоней и подошв, 2 – ладонно-подошвенный пустулез, 1 – акродерматит стойкий Аллопо. ПУВА-ванны проводили с режимом 3–4 раза в неделю при температуре воды 37°C. Концентрация фотосенсибилизатора в водном растворе составляла 1 мг/л, продолжительность пребывания больного в ванне – 15 минут. Всем больным ПУВА-ванны назначали в составе комплексного лечения, включавшего внутривенное капельное введение физиологического раствора, реамберина, гемодеза, реополиглюкина, внутривенные инъекции 30% раствора тиосульфата натрия, пероральное применение антигистаминных препаратов, гепатопротекторов, ретинола ацетата или ретинола пальмитата, наружное применение 2% салициловой мази, 2% борно-нафталановой пасты, кортикостероидных препаратов.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения значительное улучшение достигнуто у 27 (77,1%) больных, улучшение – у 5 (14,3%), эффект отсутствовал у 3 (8,6%). Клинической ремиссии не было достигнуто ни в одном случае. Начальные дозы облучения соответствовали 0,25–0,5 Дж/см² (в среднем 0,48 Дж/см²), максимальные дозы – 1,25–5,0 Дж/см² (в среднем 2,8 Дж/см²). Число процедур на курс составляло от 5 до 13 (в среднем 9 процедур). При статистическом анализе с использованием непараметрического метода Кендалла выявлена прямая корреляционная связь терапевтического эффекта с максимальной дозой облучения ($r=0,46$; $p<0,001$), курсовой дозой облучения ($r=0,45$; $p<0,001$) и числом проведенных процедур ($r=0,48$; $p<0,001$). Все больные ПУВА-ванны переносили хорошо. Из побочных реакций у 13 (37,1%) пациентов в процессе лечения возникали зуд и сухость кожи, которые уменьшались после назначения наружных увлажняющих средств. В литературе опубликованы исследования, в которых получены более высокие результаты применения ПУВА-ванн в лечении ЛПП (Coleman W.R. et al., 1989; Schiener R. et al., 2005; Wahab M.A. et al., 2006). В этих работах у 9–52% больных была достигнута клиническая ремиссия, однако курс лечения включал значительно большее число процедур (17–45 процедур).

Выводы. Проведенный анализ показал высокую эффективность и хорошую переносимость применения локальных ПУВА-ванн при лечении больных ладонно-подошвенным псориазом. Согласно полученным нами результатам и лите-

ратурным данным, при назначении таким больным локальных ПУВА-ванн курс должен включать не менее 20–40 процедур.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ ПРИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ ВУЛЬВЫ

Игнатовский А.В., Агакишизаде Н.Э.

Клиника Дерматологии и Репродуктивного здоровья доктора Игнатовского, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность работы обусловлена отсутствием эффективных методов терапии склероатрофического лишена вульвы (САЛВ), а также риском малигнизации при длительном применении топических глюкокортикостероидов (ГКС), которые на сегодняшний день являются препаратами первой линии.

Цель. Продемонстрировать результаты применения терапии аутологичной плазмой (ТАП) при склероатрофическом лишене вульвы.

Материалы и методы. Лечебное действие аутологичной плазмы обусловлено содержанием большого количества тромбоцитов, моноцитов, различных факторов роста, макро- и микроэлементов, нутриентов, которые запускают все звенья естественных процессов регенерации одновременно и, действуя на них синергетически, тем самым ускоряют процессы регенерации. Терапевтические эффекты ТАП многообразны, и с современных позиций обусловлены, преимущественно, влиянием на ткани нескольких тромбоцитарных факторов. В исследование были включены 12 пациенток с диагнозом САЛВ. На первом этапе всем пациенткам была назначено лечение топическими ГКС (мометазон) 1 раз в сутки в течение 14–21 дней. После обследования – клинический анализ крови, тесты на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С всем пациенткам была проведена терапия аутологичной плазмой в объеме 5–10 мл, что зависело от площади кожного поражения. Введение проводилось под местной аппликационной анестезией – 4–6 процедур с интервалом между введениями 10–12 дней, путем интрадермального мелкопузырькового введения. До начала терапии пациенткам (n=12) была выполнена дерматоскопия пораженных участков вульвы. Выявлены следующие дерматоскопические признаки: неравномерные бесструктурные зоны, комедоно-подобные отверстия, беловатый фон, пурпурные вкрапления, патчи. **Результаты.** Все пациентки отметили хорошую переносимость лечения. Исчезновение зуда отметили на 3–5 дни после проведения процедуры. К четвертой процедуре у 8 пациенток отмечалось восстановление цвета и структуры кожи, у 4 – частичное восстановление структуры кожи, проявляющееся в порозовении измененных участков вульвы. При дерматоскопии после окончания терапии аутологичной плазмой у всех пациенток было зафиксировано уменьшение количества комедоно-подобных отверстий, пурпурных вкраплений, патчей, тогда как количество сосудистых структур увеличилось у всех пациенток. Вместе с тем было отмечено уменьшение в размерах бесструктурных зон. Неудовлетворительных результатов в процессе наблюдения не отмечалось.

Выводы. Терапия аутологичной плазмой может быть рекомендована как эффективный и безопасный метод лечения САЛВ как второй этап после применения топических ГКС. Продолжительность лечения аутологичной плазмой вариабельна и зависит от индивидуального ответа на лечение.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИЗОТРЕТИНОИНА В ТЕРАПИИ ЭКСКОРИИРОВАННЫХ АКНЕ

Игошина А.В., Львов А.Н., Миченко А.В.
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва, Россия

Акне – полиморфная группа заболеваний, включающая классические и атипичные формы, в том числе эксфолированные акне. В последние десятилетия отмечено увеличение частоты встречаемости эксфолированных акне (ЭА) у населения, в том числе и среди молодых мужчин.

Достижения медицинской науки значительно расширили арсенал терапевтических возможностей для лечения ЭА и коррекции постэруптивных элементов. Однако эта проблема все еще остается актуальной в связи с возросшими требованиями пациентов и врачей к эстетическим результатам лечения, выраженной отрицательной влиянием ЭА на психоэмоциональную сферу, социальный статус и общественную адаптацию больных. Совершенствование технологий лечения ЭА является серьезной медицинской и социальной проблемой, значимость которой, прежде всего, определяется распространением этой патологии и ненадежностью существующих методов терапии.

Цель исследования: оценить возможности и перспективы применения лазерных технологий и изотретиноина в комплексной терапии эксфолированных акне.

Материалы и методы исследования: обследовано 50 пациентов в возрасте от 16 до 45 лет. Из них женщин 82% (n=41), мужчин 18% (n=9). Средняя длительность заболевания $8 \pm 2,6$ года. Для оценки эффективности сти применения лазерной технологии и изотретиноина в комплексной терапии эксфолированных акне изучали динамику изменений постэруптивных элементов и рубцов-постакне. Оценка выраженности рубцов проводили по международной шкале Goodman.G.J., 2006 г. Изучение динамики изменений морфологических характеристик эксфолированных элементов и рубцовых изменений кожи проводили методом высокочастотного ультразвукового исследования кожи с помощью сканера "Skinscanner DUB-USB" для неинвазивной диагностики кожи (Taberna Pro Medicum, Germany). Оценка проводилась до лечения, через 3 месяца, через 6 месяцев лечения. Пациентам проведена комбинированная терапия эксфолированных акне с применением пространственно модулированного излучения эрбиевого лазера, не сопровождающегося термическим повреждением кожи для лечения вторичных изменений кожи, и с назначением системных ретиноидов по интермиттирующей схеме в низких дозах.

Результаты: при оценке выраженности рубцов в процессе терапии отмечена положительная динамика. В соответствии с международной качественной классификацией постакне по D.Goodman и Baron J. A., 2006, до лечения рубцы I уровня поражения наблюдались у всех 50 пациентов, II уровня поражения у 32 пациентов (64%), III уровня поражения у 10 пациентов (20%), IV уровень поражения – у 2 пациента (4%). Через 6 месяцев лечения рубцы I уровня поражения наблюдались у 30 (60%) пациентов, II уровня поражения у 16 пациентов (32%), III уровня поражения у 4 пациентов (8%), IV уровень поражения нет. Суммарный средний индекс выраженности постакне до лечения показал схожие значения: $13,54 \pm 0,5$, через 3 месяца $10,24 \pm 0,27$,

через 6 месяцев снижение индекса до $7,42 \pm 0,3$ баллов. У всех пациентов с акне наблюдалось клиническое улучшение состояния кожи.

Данные результатов УЗИ исследования постэруптивных элементов и рубцов поствоспалительного характера показывают значительную положительную динамику, увеличение толщины эпидермиса и дермы, при тенденции к уменьшению эхогенности эпидермиса и дермы. До лечения средние показатели толщины эпидермиса составляли 96 ± 15 мкм, через 3 месяца 110 ± 14 мкм, через 6 месяцев – 116 ± 12 . Изменения показателей дермы соответственно: до лечения $175,6 \pm 32$, через 3 месяца – $191,8 \pm 67$, через 6 месяцев – $200,9 \pm 74$.

Воспалительные элементы, застойные поствоспалительные пятна регрессировали, новых эксфолиаций и высыпаний нет, атрофические рубцы регрессировали полностью или глубина их значительно уменьшилась, рельеф кожи стал ровнее, по результатам оценки психометрических шкал отмечено улучшение качества жизни и удовлетворенность внешним видом.

Выводы: Комплексное лечение ЭА с применением лазерной технологии пространственно модулированного излучения эрбиевого лазера показывает высокую терапевтическую эффективность в коррекции постэруптивных элементов и рубцов поствоспалительного характера, улучшении состояния кожи больного и его внешнего вида. Сочетание назначения системных ретиноидов по интермиттирующей схеме в низких дозах с лазерной технологией показало хорошую переносимость, высокую эффективность. В период реабилитации кожи особенностей и отличий от реабилитации у пациентов, не принимающих препараты системных ретиноидов не отмечено.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Иманвердиева Н.А.

Кафедра дерматовенерологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия

Атопический дерматит – актуальная проблема педиатрии, поскольку его дебют в большинстве случаев приходится на ранний детский возраст и у 60–70% детей отмечается на первом году жизни. В настоящее время изучение различных аспектов формирования атопического дерматита и прогностической значимости факторов риска у детей является актуальным, своевременным и перспективным в плане дальнейшего совершенствования диагностики, лечения и профилактики данной патологии.

Цель исследования – оценка анамнестических данных, клинической картины атопического дерматита у детей. Изучались клинические особенности АД по историям болезни 80 детей раннего и дошкольного возраста, получавших стационарное лечение и обследование в отделении аллергологии ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой. Критерии включения больных в исследование: возраст от 1–6 лет, дети, атопический дерматит. Критерии исключения: терапия системными и (или) топическими кортикостероидами в течение 14 дней до даты включения в исследование; наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации или неполной ремиссии; перенесенные в

последний месяц инфекционно-воспалительные заболевания. Статистическую обработку результатов выполнили с использованием пакета прикладных статистических программ Microsoft Excel и Statistica 6.0. В каждой группе однородных данных рассчитаны среднее значение (M) и ошибка среднего значения (m). Степень достоверности различия показателей определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Изучение взаимосвязей между признаками проводили путем расчета коэффициента ранговой корреляции по Спирмену (r). Различия средних величин и корреляционные связи считали достоверными при $p < 0,05$. Анализ перинатальных факторов детей показал, что беременность у матерей протекала на фоне гестозов (59 детей – 73,7%), угрозы прерывания беременности (62–77,5%), ОРВИ (28–35%), применения антибиотиков (12–15%). У матерей, в период беременности и после, наблюдался вагинальный кандидоз, в лечении которого применялась местная противогрибковая терапия. Распространенный АД отмечался у 45% детей, ограниченный – 55%. По степени тяжести АД: легкая степень – 12,5% детей, средняя степень тяжести – 77,5%, тяжелое течение – у 10% детей. В анамнезе у обследованных детей довольно часто отмечалась лекарственная аллергия 77,5% в виде пятен, папул, уртикарий, эритем кожи на: пенициллины – 18,7%, цефалоспорины – 10%; витамины – 15%; антигистаминные препараты – 5%. У 35% детей выявлена пищевая аллергия, у 25% детей: бронхиальная астма – 7% детей, аллергический ринит – 12%, аллергический риноконъюнктивит – 1% детей. У 35% детей наблюдались различной степени выраженности дисфункции ЖКТ, которые были оценены как «синдром раздраженного кишечника», у 15% детей – дискинезия желчевыводящих путей, у 15% – гастрит, гастродуоденит, у 3,7% – реактивный панкреатит, 2,5% – реактивная гепатомегалия, у 2,5% – гепатоспленомегалия, лямблиоз – у 3,7% детей, амебиаз – у 6,2% детей, глистные инвазии у 31,2% детей. Частой жалобой больных АД были: зуд и сыпь на коже различной степени выраженности. Высыпания характеризовались сухостью кожи, гиперемией кожи, чаще на щеках – у 80% детей, шелушением – 95%, мокнутием – 5%, трещинами и расчесами на коже – у 97,5% детей, незначительными отеками на лице – 80% и кистях рук – 20% соответственно. Частой локализацией изменений на коже были: лицо (60%), конечности (12,5% и 10%), реже отмечались изменения кожи туловища и всего тела (9% и 8,5%). У 80% обследованных детей выявлена абсолютная эозинофилия, причем, чем младше был ребенок, тем чаще она определялась. Проведенный анализ содержания общего IgE в сыворотке крови детей с АД показал, что он значительно повышен с АД ($110,7 \pm 111,2$ МЕ/мл), в то время как у здоровых детей – $34,1 \pm 27,6$ МЕ/мл ($p < 0,001$). Для подтверждения Th2-зависимого иммунного ответа были изучены уровни отдельных цитокинов (ИЛ-4 и γ -ИФН). Так, у детей с АД установлено достоверное повышение содержания ИЛ-4 в сыворотке крови ($10,8 \pm 5,9$ пг/мл, $p < 0,05$) на фоне снижения γ -ИФН ($14,6 \pm 3,4$ пг/мл, $p < 0,01$) по сравнению со здоровыми детьми (содержание ИЛ-4 в сыворотке – $6,9 \pm 1,27$ пг/мл; γ -ИФН – $17,9 \pm 2,6$ пг/мл). Дальнейшие исследования в этом направлении оптимизируют критерии прогнозирования риска возникновения АД и поиск оптимальных лечебно-реабилитационных технологий, позволят проводить своевременную коррекцию нарушений и динамическое наблюдение за больными, учитывая индивидуальные медико-социальные и психологические характеристики больных, факторы риска их жизнедеятельности.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ CUTANEOUS LARVA MIGRANS

Касихина Е.И., Кочетков М.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Cutaneous larva migrans (CLM) – инфекционный синдром, вызываемый личинками трематод (*Schistosomatidae* spp.) и нематод (*Ancylostoma braziliense*, *A. Canium*, *Uncinaria stenocephala* и *Bunostomum phlebotomum*). Личинки попадают в организм человека путем прямого контакта с кожей через волосяные фолликулы или микротравмы в эпидермисе. Инкубационный период от момента заражения до появления первых симптомов заболевания составляет от 7–10 дней до нескольких месяцев. Долгое время в России заболевание рассматривалось как редкий тропический дерматоз, однако в последние годы, в связи с увеличением туристического потока в страны Южной Америки и Юго-Восточной Азии, пациенты с синдромом CLM стали регулярно появляться на приемах у дерматологов.

Цель исследования. Провести анализ двух случаев кожных проявлений инфекционного синдрома larva migrans у пациенток, обратившихся в консультативное отделение ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в декабре 2018 г. Обе пациентки 1977 г.р. (возраст 41 год) имели длительное течение болезни и получали неэффективную терапию с различными диагнозами (дерматит неуточненный, почесуха, опоясывающий герпес). Особенности клинических проявлений CLM у данных пациенток: 1. отсутствие классической серпигинирующей сыпи; 2. полиморфизм сыпи: эритематозно-папулезные высыпания, узлы, пузыри, везикулы; 3. интенсивный круглосуточный зуд, не купирующийся антигистаминными препаратами и топическими глюкокортикостероидными препаратами (ТГКС); 4. Появление серпигинирующей сыпи провоцируется наложением на ночь окклюзионной повязки с любой глюкокортикостероидной мазью на область зудящих высыпаний. В диагностике CLM может помочь история туристических поездок в эндемичные районы (Юго-восточная Азия, Африка, Латинская Америка). Давность заболевания у одной пациентки составила почти 8 месяцев, у второй – 3 месяца с момента возвращения из Таиланда.

Данные лабораторного и инструментального исследования: 1. В клиническом анализе крови у обеих пациенток отмечалась переходящая эозинофилия, базофилия. 2. При проведении ультразвукового исследования (УЗ) очагов и участков кожи, прилегающих к очагу, у пациенток также наблюдалась сходная картина: гетероэхогенные области в средней и нижней части дермы, увеличение УЗ-плотности в нижней части дермы и гиподерме. 3. Клинические проявления CLM дерматоскопически можно трактовать как спонгиозитический дерматит: на фоне эритемы, множественных точечных сосудов – мелкие, изолированно расположенные, не сливающиеся между собой везикулы, наполненные серозным содержимым. 4. В проведении диагностической биопсии при наличии классических проявлений заболевания необходимости нет. В биоптате пораженных участков обнаруживаются личинки в эпидермисе или дерме, окруженные эозинофильным инфильтратом. Микроорганизмы редко выживают после биопсии. Анализ на антитела также оказыва-

ется бесполезным, так как иммунная система организма не реагирует на larva migrans. Пероральный альбендазол, топический ивермектин являются препаратами выбора при CLM и должны назначаться в качестве терапии первой линии. Клинические проявления заболевания полностью разрешаются при проведении этиотропной терапии в течение недели.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА DBN У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Климов Е.А., Третьяков А.В., Кокаева З.Г., Рудько О.И., Соболева А.Г., Корсунская И.М., Соболев В.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», биологический факультет; Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской Академии Наук»; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Москва, Россия

Псориаз (*Psoriasis vulgaris*, L40.0) – это хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание кожи со сложной этиологией, развивающееся под воздействием как внешних, так и внутренних, наследственных факторов. Некоторые исследователи предполагают, что псориаз является системным заболеванием и затрагивает не только кожу (Harden et al., 2015). Психодерматология представляет собой научное направление, образовавшееся на стыке психиатрии и дерматологии. Психодерматология изучает природу связи между кожными и психическими болезнями, которые нередко развиваются у одного и того же пациента одновременно (Leon et al., 2013). Так при псориазе и тревожном расстройстве имеется ряд регуляторных белков, чья экспрессия синергично меняется (Klitov E.A., 2018). Между тем, в настоящее время нет адекватных подходов, позволяющих изучать влияние психического статуса пациента на состояние его кожи и патогенез псориаза. В этой связи исследование у пациентов с псориазом полиморфизма генов, кодирующих белки биосинтеза нейромедиаторов, представляется наиболее простым и эффективным подходом проникновения в тайны психодерматологии. Целью данной работы был молекулярно-генетический анализ 3 полиморфных локусов в гене, кодирующим дофамин-бета-гидроксилазу (DBH): rs141116007, rs2097629 и rs1611115. Пациенты с диагнозом псориаз (n=88), живущие в Москве и Московской области, были отобраны в соответствии с 10-й редакцией Международной классификации болезней (L-40). Образцы крови пациентов были получены в больнице № 14 им. В.Г. Короленко. В качестве контроля использованы образцы ДНК, выделенные из цельной крови необследованных жителей Москвы и Московской области (популяционный контроль, n=365). Пациенты осведомлены о целях работы. Исследование было проведено в соответствии с принципами Хельсинской декларации. Генотипы исследованных замен определяли с использованием метода ПЦР-ПДРФ, с последующим разделением продуктов рестрикции в 2%

агарозном геле. Статистическая обработка проводилась в программе WinPeri (Abramson J.H., 2011). Белок DBH, катализирующий превращение дофамина (DA) в норэпинефрин (NE), локализуется в везикулах норадренергических и адренергических нейронах и нейросекреторных клетках (Cooper 1986). Исследуемые замены в гене DBH (кроме rs2097629, NM_000787.3:c.1434+1579A>G) связаны с изменением функциональной активности гена DBH. Замена rs141116007 (NG_008645.1:g.249_267del19) ассоциирована со средним уровнем активности DBH в плазме – гомозиготы del/del и ins/ins ассоциированы с низким и высоким уровнем активности DBH в плазме, соответственно (Cubells et al., 2000). Замена rs161115 (NM_000787.3:c.-979T>C) – аллель T снижает транскрипционную активность гена и снижает уровень DBH в плазме. Гомозиготы по аллелю T имеют самые низкие уровни активности DBH в плазме (Zabetian et al., 2001, 2003; Köhnke et al., 2002; Bhaduri and Mukhopadhyay, 2008; Kosten et al., 2013). Статистический анализ данных по частотам генотипов и аллелей в исследованных выборках позволил выявить ассоциацию аллеля T замены rs161115 с псориазом (двусторонний критерий Фишера $p=0,0033$, ОШ=1,77 при 95%ДИ 1,29–2,43). Анализ сочетаний генотипов показал, что аллель T наследуется рецессивно, а носительство аллеля С имеет протективный эффект (ТТ: двусторонний критерий Фишера $p=3,2E-6$, ОШ= 3,62 при 95%ДИ 2,05–6,38). Ассоциированный с псориазом аллель T замены rs161115 в гене DBH связан со снижением транскрипционной активности гена. Для двух других замен ассоциации не выявлено (двусторонний критерий Фишера $p>0,05$). Таким образом, снижение активности DBH в плазме, а значит и увеличение плазменного дофамина и снижение адреналина, может быть ассоциировано с псориазом. Мы можем предположить, что изменение концентрации данных нейромедиаторов играет роль в развитии псориаза.

ЛОКАЛИЗОВАННАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Корнишева В.Г., Гринева Е.М., Монахова А.П., Гулордава М.Д., Котрехова Л.П., Вашкевич А.А. Кафедра дерматовенерологии Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Локализованная склеродермия остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины в связи с широким ее распространением, вариабельным клиническим течением. Материалы и методы. В отделении дерматовенерологии НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина с 2010–2018 гг. находилось на обследовании и лечении 90 больных с локализованной склеродермией. Основную группу пациентов составили женщины (85, 94,4%). Часть больных предъявляла жалобы на незначительный зуд, болезненность и чувство покалывания в очагах. По формам локализованной склеродермии больные распределялись следующим образом: очаговая бляшечная склеродермия была диагностирована у 61 (67,8%) пациента, бляшечная, узловатая морфеа – 1 (1,1%), линейная склеродермия – у 4 (4,5%) больных (у 2 – полосовидная, у 2 – по типу «удар саблей»), генерализованная (многоочаговая) склеродермия – у 7 пациентов (7,7%),

буллезная форма у 2 (2,3%) пациентов, у одной женщины (1,1%) – глубокая форма склеродермии ягодиной области и распространенный склероатрофический лихен – у 14 (15,5%) больных.

Полученные результаты. У 49 больных пятнисто-бляшечная склеродермия диагностирована в возрасте после 40 лет и наиболее часто встречалась в возрасте от 41 до 60 лет. У 24% пациентов розовые, или гиперпигментированные пятна округлой формы локализовались на передней брюшной стенке, у 22,5% – на конечностях, у 35,8% – на спине и под молочными железами, у 17,7% – на спине. Келоидоподобная форма бляшечной склеродермии была у 2 женщин в стадии склероза (уплотнения) и атрофии кожи. Возраст женщин с линейной формой заболевания – от 19–40 лет. У 2 больных с полосовидной формой линейной склеродермии атрофия кожи локализовалась по ходу нервно-сосудистого пучка на коже голени с переходом на тыл стопы и бедро. У 2 пациенток линейная склеродермия в виде плотного тяжа склерозированной кожи и рубцовой алопеции по типу «удара саблей» располагалась на одной половине лица с незначительным захватом лобно-теменной части скальпа. У 7 больных с генерализованной склеродермией имелись множественные симметричные очаги эритемы с небольшой индурацией кожи, размером от 3 до 10 см в диаметре и располагающиеся на туловище, конечностях и в крупных складках. У 2 больных с буллезной формой дерматоза на очагах склеродермии в области молочных желез, на животе, спине, конечностях периодически отмечалось появление прозрачных пузырей с дряблой крышкой. У 14 больных со склероатрофическим лихеном имелись перламутрово-белые пятна, папулы или бляшками с блестящей поверхностью, сливающиеся в очаги фестончатых очертаний с эритематозным венчиком. Кожа в очагах атрофирована по типу «смятой папиросной бумаги». При исследовании сыворотки крови больных антитела к двуспиральной ДНК (26–62,2 Е/мл) обнаружили у 24 (26,7%) пациентов, из которых у 58% – с очаговой склеродермией, у 29% – с генерализованной склеродермией, у одного пациента с буллезной формой, у 1 – с глубокой и у 1 с полосовидной. Антиядерные антитела (>1:40 до 1:160) выявлены у 45 (50%) пациентов, из которых у 57,7% – с бляшечной, у 37,7% пациентов с многоочаговой склеродермией, у одного больного с буллезной и у 1 – с полосовидной формой. При обследовании больных признаков системного поражения внутренних органов не выявлено. Системную терапию (глюкокортикоиды, метотрексат, пеницилламин) в сочетании с наружной терапией (стероиды, ингибиторы кальциневрина) получили 36% пациентов. Комплексная терапия (витамины группы А, Е, В, С, лидаза, ангиопротекторы) в сочетании с УФА-1 терапией проведена 62% больным и 2% получали местное лечение. Проводимое лечение в сочетании с фототерапией прекратило прогрессирование заболевания, привело к уменьшению площади поражения и активности патологического процесса, улучшило качество жизни больных.

Выводы. 1. Локализованная склеродермия в 94,4% случаев встречалась у женщин в возрасте после 40 лет, чаще в виде пятнисто-бляшечной формы. 2. У 50% пациентов выявлены антиядерные антитела, титр которых не превышал нормальных показателей. 3. Комплексное лечение в сочетании с фототерапией прекратило прогрессирование заболевания, привело к уменьшению площади поражения и активности патологического процесса, улучшило качество жизни больных.

ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ И ОЧАГИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Корнишева В.Г., Кукушкина К.С., Бетихер О.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Гнездная алопеция (ГА) – органоспецифическое аутоиммунное заболевание, формирующееся при потере волосными фолликулами иммунной толерантности. Заболевание имеет многофакторный характер, что предполагает комплексное взаимодействие генетических особенностей организма и экзогенных триггеров, которыми могут быть очаги хронической инфекции, провоцирующие развитие ГА. Хронический очаг инфекции – это локализованное воспаление в любом участке организма, поддерживаемое микроорганизмами, и протекающее без клинических проявлений. Патогенетическими механизмами развития очагово-обусловленных заболеваний являются иммунные, аллергические, рефлекторные и системный воспалительный ответ. Инфекция – одна из причин аутоиммунных реакций, вариантом которых является поликлональная активация аутореактивных Т-клеток суперантигенами – продуктами патогенных микроорганизмов. Цель исследования: выявление очагов хронической инфекции носоглотки у больных с гнездной алопецией.

Материалы и методы. Обследовано 144 больных (114 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 11 до 60 лет (средний возраст $42,5 \pm 4,3$ года) с гнездной алопецией в прогрессирующей стадии. У 106 (73,6%) больных имелась очаговая форма заболевания в виде наличия одного или нескольких очагов облысения диаметром от 2 до 15 см с зоной расшатанных волос по периферии. У 26 (18%) пациентов – субтотальная и тотальная ГА, которая характеризовалась быстрым выпадением волос в течение последних 2–3 месяцев. Патологический процесс у части больных захватывал брови, ресницы. У 12 (8,4%) больных была универсальная ГА, при которой волосы отсутствовали на скальпе, туловище, конечностях и имелась ониходистрофия в виде симптомов «наперстка» и трахионихии. Всем больным проводился бактериологический посев мазков из зева и носа с определением чувствительности биоты к антибиотикам. После получения результатов обследования пациенты были консультированы стоматологом и отоларингологом.

Полученные результаты. В результате обследования у 50 (35%) пациентов с ГА в носоглотке выявлены очаги хронической инфекции. Из 106 больных с очаговой формой ГА хронические очаги в носоглотке выявлены у 29,2% обследованных. Из 13 пациентов с субтотальной и тотальной ГА очаги выявлены у 53%. Из 12 больных с универсальной ГА очаги инфекции обнаружены у 50% пациентов. Выделенные культуры из носа и зева – *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus ruogenes*. Таким образом, частота встречаемости очагов бактериальной инфекции в носоглотке при гнездной алопеции нарастала с распространенностью кожного процесса. После консультации стоматолога и отоларинголога больным были поставлены следующие сопутствующие заболевания: кариес зубов, периодонтит, хронический тонзиллит, хронический фарингит, хронический синусит, хроническое носительство *Staphylococcus aureus* в носоглотке. Пациенты при осмотре жалобы не предъявляли. Сопутствующие заболевания носоглотки находились в стадии ремиссии. По результатам обследо-

вания больным проведено антибактериальное лечение. Спустя месяц после санации носоглотки у трети пациентов начался рост волос. Таким образом, выявлена взаимосвязь между наличием очагов хронической инфекции в носоглотке и гнездной алопецией.

Выводы. 1. При бактериологическом обследовании 144 больных с ГА у 50(35%) пациентов в носоглотке выявлены очаги хронической инфекции. 2. Частота встречаемости очагов бактериальной инфекции в носоглотке при гнездной алопеции нарастала с распространенностью дерматоза: при локальной ГА очаги в носоглотке выявлены у 29,2%, у больных с субтотальной, тотальной и универсальной формами ГА – у 50% пациентов. 3. Санация очагов хронической инфекции в носоглотке у трети пациентов ускорила регресс гнездной алопеции. 4. При гнездной алопеции больным следует проводить бактериологическое исследование мазков из носоглотки с целью выявления очагов хронической инфекции и последующей их санации.

АТИПИЧНАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У РЕБЕНКА В ПЕРВОМ ДЕТСТВЕ

Корняк М.С., Гребенюк В.Н., Басе Ф.Б., Пилявская С.О., Заторская Н.Ф.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический Центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Коломенский», Москва, Россия

Атопический дерматит, являясь частой кожной патологией, особенно в детском возрасте, отличается разнообразием клинических проявлений. В научной литературе выделяют три фазы атопического дерматита: младенческую, детскую и взрослую, каждой из которых соответствуют определенная клиническая картина. Наиболее часто клиническими формами атопического дерматита являются эритематозно-сквамозная с лихенизацией, лихеноидная, пруригинозная и экзематозная. В случаях атипичных проявлений заболевания, проводятся коррекция тактики ведения пациентов и тщательная дифференциальная диагностика. Мы наблюдали случай атипичной формы атопического дерматита у 4-летнего ребенка, в филиале «Коломенский» ГБУЗ МН-ПЦДК ДЗМ, куда девочка поступила с жалобами на обширные высыпания, на коже лица, шеи, туловища, конечностей. Ребенок болен с 3-месячного возраста, когда, на фоне введения молочной смеси, появились высыпания на коже щек. Высыпания постепенно приняли распространенный характер. Неоднократное амбулаторное лечение у дерматолога с диагнозом атопический дерматит приносило временное улучшение. Настоящее обострение связано с погрешностью в питании. При осмотре обращает на себя внимания выраженная сухость всего кожного покрова. На коже лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей множественные эритематозно-сквамозные очаги четких очертаний, с точечными и линейными эксфолиациями. Преимущественно в области сгибательных поверхностей коленных, голеностопных суставов на фоне эритематозно-отечных ограниченных поражений имелись также поверхностные трещины, наложение серозно-гнойных корок. Кожа век с избыточной складчатостью. Дермографизм белый, стойкий. Отмечается множественное поражение зубов (кариес – наблюдается у стоматолога), язык с беловато-серым налетом. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови в пределах референсных значений. IgE 47,7 МЕ/мл

(при возрастной норме 0-60 МЕ/мл). В условиях дневного стационара ребенку была проведена комплексная терапия, включающая щадящую гипоаллергенную диету, антибактериальные, десенсибилизирующие, антигистаминные препараты, энтеросорбенты, пробиотики, ферменты, наружные средства, обладающие противовоспалительной, дерматопротективной активностью, а также физиотерапевтическое лечение. На фоне проводимой терапии уже на 4-й день пребывания в стационаре отмечалась положительная динамика. На 10-й день девочка была выписана с выраженным клиническим эффектом в стадии клинической ремиссии. Настоящий клинический случай атопического дерматита с выраженными ксеротическими явлениями представляет интерес для врачей дерматологов, демонстрируя, как при проведении адекватной терапии с учетом характера клинических проявлений, достигается значительный терапевтический эффект: быстрое купирование обострения заболевания и наступление клинической ремиссии.

АКНЕ-АССОЦИИРОВАННЫЕ РЕВМАТОВИСКЕРОПАТИИ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Корнят М.С., Львов А.Н.

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

В последнее время все больший интерес проявляется к группе акне-ассоциированных заболеваний с поражением внутренних органов и костно-суставного аппарата. К таким заболеваниям относятся: PAPA, PASH, PAPASH, PAPPASH, PASS синдромы, в том числе и синдром SAPHO (синовит, акне, пустулез, гиперостоз, остеоит) – редко встречаемое заболевание с сочетанием кожных проявлений (тяжелые формы акне, ладонно-подошвенный пустулез) и асептического воспаления костей и суставов (преимущественно передний грудной отдел). В настоящее время этиология и патогенез заболевания до конца не изучены, предполагают различные теории, в том числе, ассоциацию синдрома с HLA-B27, обсуждается роль *S. asnes* в развитии заболевания. Отсутствуют и общепринятые критерии диагностики и схемы лечения. Далее приводим два клинических наблюдения синдрома SAPHO. Оба пациента юноши 17 и 15 лет. Первый пациент обратился в центр с жалобами на распространенные, болезненные высыпания на коже в области лица, туловища, верхних конечностей. Продолжительность заболевания около трех лет. С момента появления высыпаний дерматологом по месту жительства был выставлен диагноз «Вульгарные угри», проводилась терапия системными антибиотиками, наружными средствами без видимого эффекта. Постепенно состояние ухудшилось, высыпания распространялись на кожу туловища. Повторные курсы антибиотикотерапии не показали эффекта, ввиду чего был назначен изотретиноин (30 мг/сут), который отменили в связи с плохой переносимостью и подъемом АЛТ, АСТ. Затем пациент получал курс ФДТ с положительным эффектом, но на фоне переохлаждения состояние резко ухудшилось. Проводились курсы аутогеомонозонотерапии с временным положительным эффектом. В ходе консультаций врачей смежных специальностей: гематологов, инфекционистов – выраженной патологии не выявлено. На момент осмотра на коже лица, туловища

(в области груди, спины), верхних конечностей (в области плеч) множественные открытые и закрытые комедоны; полусферовидные и конические папулы; единичные розовато-красного цвета с синюшным оттенком пустулы диаметром до 0,7 см; эрозии с гнойным отделяемым, покрытые серозно-геморрагическими корочками. На месте разрешившихся высыпаний – пятна застойно-красного цвета, множественные гипер- и атрофические рубцы. Отмечается увеличение поднижнечелюстных и аксиллярных лимфоузлов. Предположен диагноз синдром SAPHO, для проведения дополнительных обследований кожно-суставного аппарата пациент был направлен на консультацию к ревматологу. В ходе проведения сцинтиграфии определяется очаговое повышение накопления радиофармпрепарата в области синхондроза рукоятки грудины, неравномерное распределение в грудино-ключичных суставах. HLA B27 – отр. Пациенту назначена этапная терапия преднизолоном в инициальной дозировке 20 мг/сут с постепенным снижением дозы, и добавлением к терапии плаквенила 200 мг 2 р/сут, затем, присоединением изотретиноина в индивидуальной дозировке (0,5 мг/кг массы тела). Второй пациент обратился с жалобами на болезненные высыпания на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, а также припухлость и болезненность в области грудины и суставов кистей. Лабораторно выявлено повышение маркеров воспаления. Объективно кожный процесс был представлен множественными узловато-кистозными элементами с гнойным отделяемым и язвенно-некротическим компонентом. Проводилась терапия системными антибактериальными и наружными препаратами с незначительным положительным эффектом. Со стороны костно-суставного аппарата при проведении дальнейшего обследования, совместно с ревматологами, были выявлены гиперостоз грудины и полиартрит пястно-фаланговых суставов. В ходе более детального инструментального обследования ревматологами был установлен диагноз синдром SAPHO и назначена терапия инфликсимабом.

Обсуждение. Описанные клинические случаи представляют собой интерес в виду низкой частоты встречаемости, а также отсутствия общепринятых критериев диагностики, тактики ведения и маршрутизации пациентов, страдающих данным заболеванием. Находясь на стыке двух нозологий, синдром SAPHO представляет большой интерес для врачей дерматологов. Своевременная диагностика и совместное ведение таких пациентов с врачами ревматологами, позволят избежать нецелесообразных диагностических и лечебных манипуляций, а также развитие у пациентов возможных физических и психологических отклонений.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РОЗАЦЕА

Кулак А.И., Полин И.В.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Республика Беларусь

Введение. Кожные заболевания зачастую осложняют повседневную жизнь пациентов в силу своих видимых клинических проявлений. Особенно это касается дерматозов открытых участков тела. У таких пациентов снижается самооценка, появляется беспокойство и признаки депрессии. Все это неумолимо приводит к снижению качества жизни пациента.

Цель исследования. Оценить психопатологическую симптоматику у пациентов, страдающих розацеа.

Материалы и методы. Мы обследовали 22 пациента (5 мужчин и 17 женщин, средний возраст 45 ± 8 лет), которые проходили лечение в УГОККВД. Группа контроля составила 30 человек (7 мужчин и 23 женщины, средний возраст 43 ± 5 лет). Из исследования исключались пациенты с психическими и неврологическими расстройствами. Материалом для анализа послужили результаты опроса респондентов с помощью опросника психопатологической симптоматики SCL-90-R (включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал, которые оцениваются от 0 до 4, где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 – «очень сильно») и опросника Индекс качества жизни дерматологических больных (ДИКЖ). Результат может варьироваться от 0 (минимальное влияние заболевания на качество жизни) до 30 баллов (максимально негативное влияние). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica» 10.0. Результаты и обсуждения. Мы сравнивали средние значения по шкалам у группы контроля (Гк) и группы пациентов с розацеа (Роз). Соматизация – проявляется «отелеснением» негативных эмоций, приводящее к нарушению со стороны внутренних органов. Гк $0,46 \pm 0,4$. Роз $0,67 \pm 0,4$ Обсессивно-компульсивные расстройства – появляются навязчивые или пугающие мысли (обсессии), от которых пациент постоянно и безуспешно пытается избавиться с помощью навязчивых и утомительных действий (компульсий). Гк $0,47 \pm 0,3$. Роз $0,54 \pm 0,3$. Межличностная сензитивность – чувство личностной неполноценности. Проявляется самоосуждением, чувством беспокойства и дискомфортом в процессе межличностного взаимодействия. Гк $0,43 \pm 0,38$. Роз $0,53 \pm 0,32$ Депрессия-отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации и потеря жизненной энергии. Гк $0,35 \pm 0,3$. Роз $0,3 \pm 0,24$. Тревожность – включает ряд симптомов и признаков (нервозность, напряжение, дрожь, опасение, страх). Гк $0,33 \pm 0,24$. Роз $0,4 \pm 0,31$ Враждебность – отражает такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев. Гк $0,37 \pm 0,32$. Роз $0,36 \pm 0,29$. Фобии – стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, ведущая к избегающему поведению. Гк $0,08 \pm 0,1$. Роз $0,1 \pm 0,11$ ($p < 0,05$). Паранойя – проявления подозрительности, страха потери независимости, ложные иллюзии. Гк $0,4 \pm 0,34$. Роз $0,36 \pm 0,5$. Психотизм – вопросы шкалы выявляют избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни. Гк $0,07 \pm 0,09$. Роз $0,1 \pm 0,11$ ($p < 0,05$). Дополнительные вопросы – участвуют в общей обработке SCL. Общий индекс тяжести симптомов – является индикатором текущего состояния и глубины расстройства. Гк $0,34 \pm 0,2$. Роз $0,4 \pm 0,25$. Общее число утвердительных ответов (отличных от нуля). Гк 25 ± 14 . Роз 26 ± 13 . Индекс наличия симптоматического дистресса – мера интенсивности состояния, соответствующая количеству симптомов. Гк $1,22 \pm 0,18$. Роз $1,29 \pm 0,31$. Мы так же сравнили показатели индексов у пациентов, страдающих розацеа с показателями пациентов с такими дерматозами как: склеродермия и акне (исследования проводились нами также на базе УГОККВД). При других дерматозах симптоматика более выражена, чем при розацеа. Среднее значение ДИКЖ составило $8,4 \pm 2,2$, то есть заболевание оказывает умеренно негативное влияние на качество жизни. В связи с заболеванием 82% пациентов испытывают чувство смущения и неловкости, у 68% наблюдается снижение социальной активности, 77% пациентов симптомы отвлекают от работы, у 32% пациентов заболевание повлияло на отношения с родственниками и друзьями, у 68% пациентов лечение отнимает дополнительное время.

Выводы. 1. Группа пациентов с розацеа подвержена развитию соматических, обсессивно-компульсивных расстройств, повышенной тревожности и может испытывать более заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Наиболее статистически значимыми являются значения по шкалам фобии и психотизм. 2. Заболевание оказывает умеренно негативное влияние на качество жизни пациентов. 3. Несмотря на то, что розацеа не представляет существенной угрозы для жизни пациента, все же отрицательное влияние психологических факторов может негативно сказываться на течении заболевания, вызывая осложнения и затруднения ее терапии, что определяет медицинскую и социальную значимость этой проблемы.

РАЗРАБОТКА МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Купеева И.А., Раводин Р.А., Гусаров М.В., Якушенко С.С.

*Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения России, Москва, Россия
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 1», Санкт-Петербург, Россия
Государственное учреждение здравоохранения «Областной кожно-венерологический диспансер», Липецк, Россия*

Целью нашей работы была разработка многоуровневой системы дистанционного обучения в дерматовенерологии. Материалы и методы. В рамках разработанной нами системы поддержки принятия врачебных решений врача-дерматовенеролога, получившей наименование Логодерм, создан модуль дистанционного обучения «Школа врача». Данный модуль включает несколько уровней подготовки, каждый из которых представляет собой самостоятельный раздел дерматовенерологии, формируя отдельный учебный курс. Для наглядности предоставляемой пользователю информации был собран регистр эталонных изображений признаков заболеваний по профилю «дерматовенерология», включающий 5089 изображений симптомов заболеваний и 2438 микропрепаратов (2312 гистологических и 126 микроскопических). Система выполнена как онлайн-приложение в виде динамически генерируемых html-страниц, доступных в сети Интернет под доменным именем logoderm.ru.

Результаты. Модуль «Школа врача» содержит вводный курс с информацией по истории становления российской дерматовенерологии. Учебные материалы последующих уровней школы врача-дерматовенеролога составлены по принципу «от простого к сложному» и позволяют на первом уровне усвоить основы клинического обследования больного по профилю «дерматовенерология», на втором уровне ознакомиться с клинической симптоматикой, рекомендациями по обследованию и лечению наиболее распространенных заболеваний по профилю «дермато-

венерология», на третьем уровне – решить клинические задачи, на четвертом уровне приобрести навыки микроскопической диагностики дерматозов и ИППП, на пятом – сформировать компетенции в области дерматоскопии, а на шестом – научиться «читать» гистологические симптомы во всем их многообразии. Для оценки полученных пользователями знаний в «Школе врача» на каждом из уровней разработана система тестирования, которая включает промежуточные и итоговые тесты. Промежуточные тесты предназначены для самоконтроля после каждого занятия и состоят из 10 вопросов с вариантами возможных ответов, включая изображения симптомов. Итоговый тест выполняет контрольную функцию (по окончании каждого уровня) и состоит из 100 вопросов, время ответа на которые лимитировано, возврат к предыдущему вопросу невозможен, а переход к следующему вопросу происходит автоматически сразу после ответа на текущий вопрос (без индикации правильности ответа).

Выводы. Нами разработана многоуровневая система дистанционного обучения в дерматовенерологии, которая за счет визуализации клинических симптомов и нового способа подачи информации позволяет оптимизировать и персонализировать учебный процесс, повышая эффективность обучения, и легко встраивается в систему непрерывного медицинского образования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОЙ КЕРАТОДЕРМИЕЙ

Ломакина Е.А., Богуш П.Г., Ли Г.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Пролетарский», Москва, Россия

Под нашим наблюдением находилась пациентка П., 1952 г.р. (67 лет). Жалобы на высыпания на коже ладонной поверхности кистей, подошвенной поверхности стоп, сопровождающиеся зудом, жжением.

Anamnesis morbi: Считает себя больной с февраля 2017 года, когда впервые отметила появление высыпаний на коже подошвенной поверхности стоп, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания ни с чем не связывает. Менопаузальный период с 1998 г. Самостоятельно применяла увлажняющие крема – с незначительным эффектом. В июне 2017 г., отмечает появление высыпаний на коже ладонной поверхности кистей. Пациентка обратилась к дерматологу филиала «Пролетарский». Предварительный диагноз: «Ладонно-подошвенный псориаз?», «Ладонно-подошвенная кератодермия?». Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II степени, 2 стадии, риск 4. Послеоперационный гипотиреоз (тотальная тиреоидэктомия 2015г). Морбидное ожирение. Получала амбулаторное лечение: антигистаминные препараты, топические ГКС, салициловая мазь 5%, крема с мочевиной 30 % – с временным положительным эффектом. При повторном обращении в октябре 2017г, пациентка была направлена на стационарное лечение в филиал ООСМП. Была проведена диагностическая биопсия 07.11.2017 г. В лечении: инъекционные препараты: гемодез 400.0, внутривенно, капельно, № 9; таблетированные препараты: кестин, по 1 т – 2 р в день, 9 дней; наружно: мазь дермовейт – 2 р в день, мазь

радевит – 2 раза в день. Физиотерапевтическое лечение: курс локальной ПУВА – терапии, по 5 таблеток аммифурина, с начальной дозы 00.50 Дж/см², с постепенным увеличением дозы на 00.50 Дж/см², 3 раза в неделю, № 5. Диагноз при выписке: «Ладонно-подошвенный псориаз, стадия ремиссии». Заключение гистологического исследования: эпидермис с выраженным ортогиперкератозом, очаговым паракератозом, скоплениями коагулированной плазмы в роговом слое, акантозом, папилломатозом, спонгиозом с экзоцитозом лимфоцитов. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты. Заключение: данных за псориаз в пределах исследуемого биоптата не обнаружено. Гистологические изменения могут наблюдаться при неэпидермолитических кератодермиях, папилломовирусных поражениях. Полная интерпретация изменений возможна только при наличии подробных клинико-anamnestических данных. Клинический анализ крови: лимфоциты – 39*10⁹/л, СОЭ -18 мм/ч. Биохимический анализ крови: триглицериды 2,75 ммоль/л. Остальные показатели в пределах референсных значений. В общем анализе мочи: эпителий – много, лейкоциты 15-20 в п/з, эритроциты 0-0-1 в п/з, бактерии – много. С очагов поражения (ногтевые пластины стоп и гладкая кожа кистей и стоп) патогенные грибы методом микроскопии и бактериологического исследования не обнаружены. РМП отрицательная, антитела к ВИЧ, HCV – не обнаружены, HBsAg – не обнаружен. При повторном обращении с выпиской и заключением гистологического заключения, пациентка была направлена в КПО МНПЦДК ДЗМ с диагнозом: «Ладонно-подошвенный псориаз?». «Ладонно-подошвенная кератодермия?». Диагноз «Ладонно-подошвенный псориаз». «Ладонно-подошвенная кератодермия?». В январе 2019 года представлена на консультацию Главного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы профессора Н.Н. Потекаева. Диагноз: «Ладонно-подошвенная кератодермия, приобретенная (климактерическая)». Продолжено лечение: мазь с 30% мочевины, топические ГКС, салициловая мазь.

ЦИНКСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА

Лысенко О.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

Пеленочный дерматит наиболее часто встречающееся заболевание кожи детей раннего возраста, для лечения которого чаще других применяются препараты, содержащие цинк. Использование цинка на участки кожного покрова, находящиеся под окклюзией, нередко сопровождается сухостью, иногда приводящей к трещинам. Для профилактики или устранения данного явления дополнительно применяют эмульнты. Поэтому предпочтительнее был бы препарат, содержащий и увлажнители и цинк одновременно. Цель работы – изучение эффективности и переносимости комбинированного препарата Белобазы Цинк при лечении пеленочного дерматита у детей первого года жизни. Для этого проведено исследование с участием 64 детей (23 мальчика и 41 девочка) в возрасте от 2 недель до 1 года, которые были разделены на 2 группы по 32 человека равные по

полу и возрасту. В первой группе было 20 девочек (62,5%) и 12 мальчиков (37,5%), во второй – 21 девочка (65,6%) и 11 мальчиков (34,4%). Крем Белобаза Цинк ежедневно наносился детям 1-й группы 3 раза в сутки, детям 2-й группы – 2 раза в день. Динамика процесса оценивалась в течение 2 недель каждые 3 дня. Критериями эффективности терапии служило уменьшение или исчезновения признаков воспаления кожи, выражающийся в динамике дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС), который индексировался по 5 симптомам (эритема, отек, шелушение, трещины, зуд), оцениваемым по 4-балльной шкале. Максимальные значения ДИШС составили 20 единиц, минимальные равнялись 0 единицам. Детям первой и второй групп наблюдения крем наносился после гигиенической обработки кожи области подгузника. Исходный ДИШС у больных 1-й группы составил 15,6 единиц, во 2-й группе – 15,8 единиц. Статистический анализ данных проводили с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 6.0 (for Windows; «StatSoft, Inc.», 2001).

Результаты. Во время первого осмотра, через 3 дня, индекс ДИШС составил 10,7 ед., при этом у всех детей 1 группы отмечено улучшение клинической картины процесса, а у 3 детей (9,4%) полное исчезновение симптомов заболевания. На 6 день лечения у 12 (37,5%) детей симптомы пеленочного дерматита не выявлены, индекс ДИШС снизился до 4,1 ед. Третий осмотр, через 9 дней, показал исчезновение всех симптомов пеленочного дерматита у 17 (53,1%) детей, ДИШС составил 0 ед. При первом осмотре детей второй группы клинические симптомы не выявлены у 1 (3,1%) ребенка и средний ДИШС в группе составил 13,2 ед. Второй осмотр выявил снижение ДИШС до 10,2 ед., при этом клиническая картина пеленочного дерматита не наблюдалась у 11 (34,4%). Во время 3 осмотра исчезновение признаков пеленочного дерматита имело место у 14 (43,8%) пациентов, средний ДИШС равнялся 5,6 ед., а на 12 день терапии выздоровление отмечено у 6 (18,8%) детей. При любой кратности использования крема аллергических реакций у детей, принимавших участие в исследовании, выявлено не было, родители отмечали приятную консистенцию препарата, комфортность исследования.

Выводы. Клиническое исследование показало высокую эффективность крема Белобаза Цинк. При использовании крема 3 раза в сутки ДИШС снизился до 0 ед. в течение 9 дней, при нанесении крема 2 раза в сутки полное исчезновение клинической картины наступило в течение 12 дней. Во время лечения аллергических реакций отмечено не было, препарат хорошо переносился всеми участниками исследования

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ – ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

Маймасов И.Г., Горбачук Н.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Городская клиническая больница № 52», Москва, Россия

Введение. Заболевания кожи и подкожной клетчатки по-прежнему широко распространены среди населения Российской Федерации. Кожная патология негативно влияет на течение других заболеваний, что выдвигает данную проблему в ряд достаточно актуальных. Многие аспекты

организации дерматологической помощи пациентам стационаров остаются предметом обсуждения, в том числе в условиях многопрофильных стационаров.

Цель исследования. Анализ частоты и структуры госпитальной заболеваемости дерматологического профиля за 2018 год в ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» г. Москвы. Полученные результаты и обсуждение. За период наблюдения в ГКБ № 52 было пролечено 58936 пациентов. Из них с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки – 3412, что составило 5,7%. Наибольшее число пациентов (65%) имели кожный процесс в стадии компенсации. По нозологиям, с учетом основных направлений работы стационара, изученная выборка распределялась следующим образом: терапия 38,5%; нефрология 34,5%; гематология 18%; хирургия 9%; 56,8% пациентов ранее дерматологическую помощь не получали вообще, 24,3% периодически наблюдались в территориальных специализированных учреждениях и 18,9% в коммерческих структурах. Обращает на себя внимание, что лица трудоспособного возраста, в том числе учащиеся, составили 35,8%, 64,2% – пенсионеры. Анализ частоты и структуры госпитальной заболеваемости дерматологического профиля показывает, что наиболее распространенными нозологиями являются алергодерматозы (50,5%), различные варианты экзем (28%), псориаз (20%); остальные случаи приходится на выявления редких нозологических форм (болезнь Бехчета, псевдокарциноидный папилломатоз Готтрона, герпетиформный дерматит Дюринга, Т-клеточная лимфома кожи). У лиц моложе 50 лет преобладали воспалительно-аллергические заболевания кожи, а старше 50 лет – дистрофические заболевания. Наиболее сложной в плане лечения и прогноза заболевания являлась группа пациентов с псориазом и его осложнениями в отделении ревматологии. Маршрутизация пациентов с кожной патологией в ГКБ № 52 осуществляется следующим образом: пациенты направлялись к дерматологу сразу или через сутки с момента выявления заболевания или начала его обострения. Подавляющее большинство дерматологических больных получили специализированную помощь уже в развернутой стадии болезни. В 15% случаев кожные заболевания в стационаре были выявлены впервые, такие как болезнь Бехчета, псевдокарциноидный папилломатоз Готтрона, полиморфный дермальный ангиит. В 2% случаев консультированных больных, выявлялись онкологические и системные заболевания. Почти 25% больных не знали о наличии у них кожной патологии или полагали, что она разрешится без лечения.

Выводы. 1. Для обеспечения преемственности лечения пациентов с заболеваниями кожи, у которых диагноз был установлен в стационаре впервые, необходимо обеспечить горизонтальную маршрутизацию в территориальный филиал МНПЦДК. 2. Около 2/3 пациентов (64,7%) длительно и многократно лечатся в больницах, в связи с чем не имеют должного внимания со стороны территориальных дерматологических служб, поэтому основным источником специализированной помощи для них является лечение дерматолога многопрофильного стационара. 3. Медицинская результативность лечения дерматологических больных связана не только с работой специалистов-дерматологов, но и с настроенностью лечащих врачей многопрофильного стационара, являющихся инициаторами направлений на консультацию к дерматологу. 4. Определенный дерматологический уровень знаний, выработанный совместно врачами терапевтического и хирургического профилей, с одной стороны, и дерматологами, с другой, будет полезен для работы в режиме общих практик для многопрофильного стационаров. 5. В неотложной дерматологической помощи нуждаются пациенты, являющиеся инвалидами по соматическим заболеваниям,

особенно связанным с поражением опорно-двигательного аппарата, а также больные с длительно текущими хроническими болезнями кожи. 6. Взаимодействие дерматологов и врачей других специальностей позволяет оптимизировать процесс лечения пациентов с полиморбидной патологией в условиях многопрофильного стационара.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НА ГРАНИЦЕ МЕЖДУ ИММУНОЛОГИЕЙ И ДЕРМАТОЛОГИЕЙ

Макагонова О.В.

Лаборатория тканевой инженерии и клеточной культуры, Государственный университет Медицины и Фармакологии Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Акантолитическая пузырьчатка является буллезным заболеванием кожи и слизистой оболочки, аутоиммунного происхождения и неизвестной причины. Aboobaker J. (2001), Salmanpour R. и др. (2006) сообщают, что заболевание распространено по всему миру, и его частота варьирует в зависимости от клинического и эпидемиологического профиля в различных регионах мира. Болезнь развивается с осложнениями. Научные исследования уделяют большое внимание комплексу и его роли в развитии акантолиза.

Целью работы было дозирование компонентов С3 и С4 у крыс с пузырьчаткоподобными, экспериментально воспроизведенными поражениями.

Материал и методы. Исследованию подвергались самки белых крыс линии Wistar ($n = 30$) в возрасте $4,9 \pm 0,33$ месяца и массой $270,6 \pm 5,5$ г. В течение 8 месяцев, один раз в две недели, путем внутривенной инъекции крысам вводили этанольный белковый экстракт из пищевода быка (0,1 мл) и индуцировали кожные поражения, похожие на пузырьчатку. Дозы были выбраны на основе предыдущих исследований на кроликах. У крыс развились пузырьчаткоподобные поражения между 16–18 неделями с первого дня инъекции экстракта. Гистологическое исследование с гематоксилином и эозином пораженного фрагмента кожи обнаружило, что гранулярные и шиповидные кератиноциты подвергались акантолизу, отмечалось образование серозных буллезных элементов. 2 мл каудальной венозной крови крыс с пузырьчаткоподобными поражениями собирали в вакуумный контейнер с антикоагулянтом в гелевой фазе. Метод иммунотурбидиметрии проводили анализатором KONELAB 30i (Termofischer, Финляндия), используя тестовую систему BioSystems, Коста Брава, Барселона (Испания).

Результаты. Время, за которое образовывалась кривая «рассеянного света», было максимальным и было пропорционально концентрации компонентов С3: $1,02 \pm 0,01$ г/л; и С4: $0,82 \pm 0,02$ г/л у крыс с пемфигоподобными поражениями, что было в три раза ниже, чем контрольная концентрация компонентов С3: $2,9 \pm 0,35$ г/л; и С4: $2,8 \pm 1,85$ г/л у здоровых белых крыс. Тестирование позволило нам обнаружить биологически активную фракцию и неактивную фракцию С3.

Обсуждения. Впервые отложение С3-компонента комплекса в пораженной ткани наблюдали Cormane и Chorzeliski, в 1967 году. С3 присутствует в кожных поражениях до начала терапии кортикостероидами. Фиксация ранних компонентных компонентов (С1q и С4) в ассоциации с С3 также присутствует в ранних акантолитических поражен-

ях пузырьчатки, что позволяет предположить, что система комплекса (особенно активированная на классическом пути) может влиять на патогенез заболевания. Было продемонстрировано, что исходные компоненты комплекса сохраняются как в коже с клиническими проявлениями, так и в здоровой коже, без гистологических признаков болезни. Аутоантитела IgG пузырьчатки, выделенные и очищенные, фиксируют ранние компоненты комплекса (С1q, С3, С4) на поверхности клеточной культуры кератиноцитов. После добавления комплекса IgG акантолиз усиливается и изменяется целостность мембраны кератиноцитов. Существует несколько механизмов нарушения межклеточных контактов с протеазами. Было подчеркнуто, что IgG в пузырьчатке также фиксирует поздние (С3-С9) компонентные компоненты на поверхности кератиноцитов. Отмечена связь между С5b-С9 и неоантигенами с последующим вовлечением мембранно-атакующего комплекса в процесс акантолиза. По мнению некоторых авторов (Махнева Н.В., с.а., 2013), компонент С3 циркулирующего комплекса оценивается в низких пропорциях (1:5) по отношению к уровню циркулирующих аутоантител IgG. Это соотношение не зависит от клинической формы или стадии прогрессирования заболевания. Мишенью является межклеточное вещество адгезии зернистого слоя, что соответствует локализации циркулирующих IgG2-аутоантител.

Выводы. 1. Исследование концентрации компонентов С3 и С4 комплекса у крыс с пемфигоподобными поражениями показало более низкий уровень по сравнению с контрольной концентрацией компонентов С3 и С4 у здоровых крыс. 2. Экспериментальная модель пузырьчатки обнаружила тесную корреляцию (-0,99) между прогрессированием заболевания (по шкале Aoki-Ota M., 2004) и снижением уровня С3, С4 комплекса в сыворотке, подтверждая иммунный характер экспериментально моделированных кожных поражений. 3. В дальнейшем, учитывая возможность вовлечения различных молекулярно-биологических механизмов в патогенез аутоиммунной пузырьчатки, проблема вовлечения системы комплекса в это заболевание нуждается в разработке и будущих исследованиях.

ИЗУЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ КОЖНЫХ РЕАКЦИЙ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА КАРТ-ИЗВЕЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ ЗА 2009–2016 ГГ.

Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Коняева Е.И., Егорова Е.А.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», г.

Симферополь, Россия

Автономная некоммерческая организация «Национальный научный центр фармаконадзора», г. Москва, Россия

Введение. Лекарственно-индуцированные кожные реакции представляют собой любые непреднамеренные и вредные морфологические изменения кожи, возникающие при системном или местном применении лекарственных препаратов. Частота возникновения таких нежелательных

реакций (НР) составляет в среднем 19–48% всех выявляемых случаев развития НР ЛС. Летальные исходы в результате развития кожных лекарственных реакций (КЛР) наблюдаются в 0,9% случаев.

Целью настоящего исследования явилось изучение и анализ случаев развития КЛР на основании карт-извещений о НР ЛС, зарегистрированных в Республике Крым за 2009–2016 гг.

Материалы и методы. В работе были использованы данные извещений о НР ЛС в Республике Крым за период 2009–2016 гг. (база данных ARCADE). Результаты и обсуждения. За период 2009–2016 гг. было зарегистрировано 2698 случаев развития КЛР, что составило 43% от общего количества зарегистрированных случаев НР ЛС за этот период. Среди отдельных групп препаратов лидерами по развитию КЛР были противомикробные препараты для системного применения (АТХ-код – J01) – 1063 случая, что составило 39,4% от всех случаев КЛР. Наиболее часто в представленной группе КЛР были вызваны препаратами группы цефалоспоринов (557 случаев) и пенициллинов (207 случаев). Значительно реже КЛР были связаны с применением препаратов, влияющих на пищеварительную, нервную и сердечно-сосудистую системы (266, 235 и 190 случаев развития НР соответственно). Анализ путей введения препаратов показал, что возникновение КЛР наиболее часто было связано с приемом ЛС внутрь – 1326 случаев (49,1%). Парентерально ЛС были назначены в 1095 случаях (40,1%), из них препараты, назначенные внутривенно, вызвали развитие КЛР в 510 случаях (18,9%), внутримышечно – в 535 случаях (19,8%), подкожно – в 32 случаях (1,19%). Изучение пола пациентов выявило, что наиболее часто КЛР возникали у лиц женского пола – 1613 (60%) случаев, в остальных 1085 случаях НР наблюдались у лиц мужского пола. Распределение пациентов с проявлениями КЛР по возрастным категориям показало, что наиболее часто такие НР возникали у детей раннего возраста (от 1 до 3 лет) – 392 случая (14,52%), у лиц среднего возраста 31–45 лет (354 случая, 13,1%), 46–60 лет (441 случай, 16,3%), а также у лиц пожилого возраста 61–75 лет (331 случай, 12,3%). Изучение категории НР показало, что КЛР представляли собой угрозу жизни пациента в 32 случаях (1,2%). В 261 случае (9,7%) развитие КЛР привело к госпитализации пациентов, в 153 случаях (5,7%) – к продлению госпитализации, временная нетрудоспособность при этом наблюдалась в 242 случаях КЛР (9%). Стоит отметить, что коррекция КЛР понадобилась в 2242 случаях (83,1%), при этом отмена подозреваемого лекарственного препарата была проведена в 2651 случае, что составило 98,3% от всех случаев КЛР.

Выводы. Частота лекарственно-ассоциированных кожных реакций составила 43% от общего количества случаев НР ЛС, зарегистрированных в Республике Крым за 2009–2016 гг. Наиболее часто данные НР были ассоциированы с применением пациентами противомикробных препаратов группы β-лактамов антибиотиков (цефалоспорины и пенициллины). При этом выявленными факторами риска развития КЛР был женский пол, ранний детский и пожилой возраст.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ ВОЛОС В ТРИХОЛОГИИ

**Михальчик Е.В., Щербина С.А., Мурина М.А.,
Балабушевич Н.Г., Цимбаленко Т.В.,
Гаджигорова А.Г.**

*Федеральный научно-клинический центр
физио-химической медицины Федерального
медико-биологического агентства России,
Химический факультет Федерального
государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования «Московский
государственный университет им. М.В.*

*Ломоносова», Центр косметологии и трихологии
Татьяны Цимбаленко, ООО «Институт Красивых
Волос», Москва, Россия*

Нормальное функционирование волосяных фолликулов зависит от координированной работы внутриклеточных метаболических путей, обеспечивающих клеточную пролиферацию, взаимодействие с внеклеточными соединениями, синтез кератина стержня волоса. В качестве мишеней для лекарственных препаратов, нормализующих работу волосяных фолликулов при алопеции, рассматривают гормоны, цитокины, факторы роста, клеточные рецепторы. К числу молекул, участвующих в метаболических, а также в регуляторных механизмах, связанных с мембранным транспортом и межклеточной коммуникацией, относится аденозинтрифосфат (АТФ). Ранее нами было показано, что содержание АТФ в луковицах волос пациентов с алопецией и здоровых добровольцев может различаться в зависимости от зоны скальпа и типа выпадения волос. Кроме того, опубликованы данные исследования механизмов активации клеток волосяного сосочка с участием АТФ и его производных [Li et al, 2001]. С другой стороны, эффективность лечения может быть связана с активностью ферментов, например, сульфотрансфераз в клетках волосяного фолликула [Goren 2014].

Целью исследования была разработка подходов, позволяющих измерять содержание АТФ и сульфотрансферазную активность в единичных луковицах волос, в том числе, при обработке луковиц препаратами *in vitro*.

Методы и объекты исследования. Объектом исследования служили луковицы волос здоровых добровольцев. Для морфометрии луковиц использовали световую микроскопию, оценку АТФ проводили методом хемилюминесценции, оценку сульфотрансферазной активности – методом спектрофотометрии.

Результаты. Предложен алгоритм оценки биохимических свойств единичных луковиц, позволяющий оценить содержание в луковице АТФ и сульфотрансферазную активность. Проведена оценка показателей для волос из зоны затылка и темени, а также седых и пигментированных волос здоровых добровольцев. Выводы. Предложенная схема анализа позволяет проводить сравнительный анализ единичных луковиц независимо от особенностей волос кожи головы.

РОЛЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПАТОЛОГИИ КОЖИ

Петрова Г.А., Копишинская С.В., Ускова К.А., Виноградова О.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Неврологические аспекты патогенеза кожных болезней изучены недостаточно. Между тем, каждый из физиологических процессов в коже находится под постоянным нейронным контролем. И если роль двигательных и чувствительных расстройств в развитии заболеваний очевидна, то механизмы нарушения трофической функции нервной системы в развитии заболеваний кожи не изучены. А ведь именно за счет трофического влияния нервная система поддерживает нормальную структуру и целостность кожи как органа и обеспечивает ее нормальную функцию. Достаточно часто в дерматологической практике встречаются приобретенные дерматозы с сегментарным (линейным) расположением сыпи. Их этиология и патогенез остаются неясными, а лечение – малоэффективно. Нередко высыпания располагаются непосредственно в зоне иннервации конкретных нервов, что позволяет предположить роль нарушения иннервации в их развитии, тем более, что высыпания при дерматозах с сегментарным расположением высыпаний, как правило, представлены элементами невоспалительного характера. Механизмы развития сегментарных (линейных) дерматозов остаются неясными, а ограниченность объективных методов исследования трофической функции нервной системы не позволяет реально оценить ее роль при данной патологии. Поэтому нами была предпринята попытка оценки состояния кожи у больных с четко доказанной неврологической патологией.

Материалы и методы. Осуществляли клиническую оценку состояния кожи 200 пациентов неврологического отделения ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А.Семашко» в возрасте от 21 до 79 лет, 57 мужчин и 143 женщины. У 136 пациентов имела место – радикулопатия, в 16 случаях – рассеянный склероз, в 15 – мононевропатия, в 7 – полинейропатия, в 10 – миотоническая дистрофия, в 7 – миелопатия, в 3 – прогрессирующая мышечная дистрофия, в 3 – нейродегенеративное заболевание, в 3 – хроническая мозжечковая атакия. В качестве группы контроля было обследовано 200 пациентов в возрасте от 23 до 75 лет (85 мужчин и 115 женщин) с патологией других органов и систем: 50 пациентов кардиологического отделения, 50 – гастроэнтерологического отделения, 50 – пульмонологического отделения, 50 – эндокринологического отделения. Изменения кожи в зоне нарушения иннервации в виде гиперкератоза опорных частей стоп на фоне деформации стоп, микоза с онихомикозом стоп и/или кистей, дистрофии ногтей, атрофических изменений кожи и подкожной жировой клетчатки, плотного отека, выраженного цианоза дистальных отделов конечностей, дисгидроза кистей, гипергидроза, нейропатического зуда, выраженного гипертрихоза, изменения кожи по типу ограниченного нейродермита, петехиальной сыпи, нарушений пигментации, очаговой гиперпигментации с явлениями атрофии на остистыми отростками были зарегистрированы, у 77% неврологических больных. При обследовании группы контроля изменения кожи были выявлены у 12% пульмонологических больных (гиперкератоз опорных частей стоп при отсутствии деформации стоп, микоз стоп с онихомикозом, диффузная сухость кож-

ных покровов), у 16 % гастроэнтерологических больных (иктеричность кожных покровов, старческие гемангиомы, эритема в области ладоней, нуммулярная экзема в области кистей), у 12% кардиологических больных (микоз стоп с онихомикозом, гиперкератоз в области опорных частей стоп без деформации стоп) и у 26 больных с эндокринной патологией (микоз стоп с онихомикозом, диффузная сухость кожи, гиперкератоз в области опорных частей стоп, диабетическая дерматопатия).

Выводы. 1. Изменения кожи в зоне нарушения иннервации имеют место у большинства неврологических больных с тенденцией к увеличению частоты развития по мере увеличения продолжительности болезни. 2. Спектр кожной патологии в зоне нарушения иннервации у больных с различными заболеваниями нервной системы сходен, в нем преобладают изменения невоспалительного характера. 3. Наибольший спектр кожных изменений отмечен при заболеваниях, для которых характерно грубое поражение вегетативной нервной системы. 4. Результаты исследований позволяют предположить ведущую роль нарушений иннервации в формировании изменений кожи у больных с патологией нервной системы. 5. Меньшая частота, отличный характер изменений и отсутствие тенденции к сегментарной локализации при сходных возрастных характеристиках позволяет предположить отсутствие неврологических механизмов или их меньшую роль в формировании изменений кожи у больных группы сравнения.

ДИНАМИКА ОКТ-КАРТИНЫ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Хроническая артериальная недостаточность, являющаяся синдромом многих распространенных социально значимых заболеваний (составляя до 15% в старшей возрастной группе), в том числе атеросклеротического поражения сосудов и диабетической ангиопатии, характеризуется медленно прогрессирующим течением с постепенной облитерацией просвета артерий и формированием хронической ишемии, наиболее чувствительны к которой ткани, расположенные на периферии.

Цель и задачи. Оценить ОКТ-картину состояния кожи и ее придатков в зависимости от стадии хронической артериальной недостаточности.

Материалы и методы. Работа на базе клиник ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России с использованием оптического когерентного томографа для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ-1300-Е» (скоростная модификация (92000 А-сканов в секунду), разработанная ООО «БиоМедТех» (Россия) (серийное производство – на базе ООО «МелСиТек»), со следующими техническими характеристиками: длина волны излучения – 1300 нм, мощность излучения на объекте – 0,75 мВт (ниже уровня, допустимого по стандарту ANSI), пространственное разрешение – 8–20 мкм, глубина сканирования – до 2 мм, площадь сканирования – 5х5 мм, время получения изображения – 20 секунд. В ходе ис-

следования в динамике получали 3D-ОКТ-изображения кожи голени и стопы пациентов с клинически и УЗИ-подтвержденной ХАН, из которых формировали стандартные протоколы. Обработку томограмм проводили с помощью программ HF_OCTf_512Cuda+ViewKub, HF_OCTf_Viewer, Ratio Square Medical Image, статическую обработку данных выполняли с помощью программы Excel 2010 (Microsoft Office). Результаты. В I стадии ХАН при ОКТ отмечаются начальные проявления атрофии эпидермиса, визуализируемые как уменьшение высоты 3 и 4 оптических слоев и интенсивности сигнала в пределах 3 слоя. В ряде случаев четко визуализируются артериолы с утолщенными или неоднородными стенками в виде областей высокого рассеяния (сосудистая стенка) окружающих области более низкого рассеяния (просвет сосуда). Для II стадии характерно прогрессирование атрофии кожи, что выражается в значительном снижении высоты 3 и 4 оптических слоев. При этом в 5 оптическом слое, соответствующем сетчатому слою дермы, существенно уменьшается количество и площадь овальных и щелевидных областей низкой интенсивности сигнала, соответствующих сосудам, особенно венозным. Отмечается утолщение стенок артерий, что выражается в их более четкой визуализации на фоне атрофии кожи. Значительно снижается количество сальных желез и волосных фолликулов, что вызвано прогрессирующим нарушением трофики тканей. В III стадии заболевания усугубляются признаки атрофии, отмечается практически полное исчезновение сально-волосных комплексов. Мелкие сосуды 4 порядка практически не визуализируются, более четко определяются крупные сосуды 3 порядка с видоизмененной утолщенной стенкой, при этом компрессионная проба отрицательна. При IV стадии при ОК-томографии выявляется прогрессирование признаков III стадии и определяются ОКТ-симптомы критической ишемии и некроза кожи, представленные равномерными зонами затухания сигнала по направлению от верхней границы изображения, что свидетельствует о резком снижении трофики и метаболизма тканей. Выводы. Оптическая когерентная томография позволяет оценить патологические изменения кожи и питающих ее сосудов при хронической артериальной недостаточности, дифференцируя стадии процесса до появления характерных макроскопически определяемых признаков критической ишемии и некроза.

ВОЗМОЖНОСТИ 3D-ОКТ В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ СТРУКТУР ПРИ ОЖОГАХ КОЖИ

*Петрова К.С., Немирова С.В., Петрова Г.А., Чернышев С.Н., Погодин И.Е., Карпенко А.С.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия*

Изучение состояния ожоговой раны на тканевом уровне *in vivo* является необходимой составляющей первичной и динамической оценки тяжести поражения и регенеративных способностей тканей, а также эффективности лечения на разных этапах ведения пациента, включая дерматопластику. Диагностическая манипуляция должна быть минимально травматичной, неинвазивной, не искажающей структуру

исследуемых тканей и многократно повторяемой в любой заданной точке или множестве разных участков по выбору врача. Соответственно, традиционная биопсия в данном случае не является оптимальным способом т.к. исключает многократное монофокусное и мультиочаговое исследование. Широко распространенные неинвазивные методики, такие как дерматоскопия и ультразвуковое исследование мягких тканей также не применимы из-за выраженной компрессии тканей и недостаточной информативности, ассоциированной с разрешающей способностью методов.

Цель работы: продемонстрировать возможности 3D-оптической когерентной томографии (ОКТ) в оценке динамики состояния поверхностных структур при ожогах кожи.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе I ожогового отделения (взрослых) Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России; критерием включения было наличие термических ожогов 1–3 степени тяжести от 35–60%. Всего обследовано 40 ожоговых ран и областей свободной кожной пластики расщепленными трансплантатами от 0,2 до 0,45 мм у 10 пациентов (8 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 30 до 70 лет. Длительность пребывания в отделении у пациентов составляла от 2 недель до 17 месяцев. Структуру тканей визуализировали с помощью визуализатора топографа оптико-когерентного ОКТ-1300 со следующими техническими характеристиками: центральная длина волны – 1300 нм, скорость сканирования – 92 кГц, глубина сканирования – 1,5 мм, продольное разрешение – 20 мкм, поперечное разрешение – 25 мкм, мощность излучения на объекте – 0,75 мВт (ниже допустимого уровня ANSI). Обработку полученных ОКТ-изображений выполняли с помощью специализированных программ HF_OCTf_512Cuda+ViewKub, HF_OCTf_Viewer. Проводили исследование центрально расположенных фрагментов ожоговых ран, пограничные зоны и участки здоровой кожи той же анатомической области, как правило – контрлатерально. Результаты. ОКТ позволила визуализировать все слои нормальной кожи и дифференцировать их наличие или отсутствие в зоне ожоговой раны, проследить динамику васкуляризации и эпителизации пораженных тканей и трансплантата. Наиболее значимо 3D-ОКТ было для визуализации сосудистого компонента тканей. Так, у пациентов соблюдавших рекомендованный режим двигательной активности, при прочих равных условиях, признаки венозного и лимфатического застоя отсутствовали или были выражены незначительно. При этом оптические характеристики объективно свидетельствовали о большей активности грануляций в ране и интенсивности кровоснабжения ожоговой поверхности. У пациентов с большой площадью повреждения и вынужденно длительным пребыванием в горизонтальном положении, а также при несоблюдении режима активности, отмечалось резкое расширение венозных сосудов микроциркуляторного русла кожи в сочетании с выраженными отеками изменениями в дерме и оптическими признаками малой активности грануляций в ране, что по всей видимости связано с затяжной гиподинамией и прекращением нормального венозного оттока от кожи при минимизации активности мышечной венозной помпы. При восстановлении двигательной активности в ходе занятий с инструктором по лечебной физкультуре уже через неделю оптимизации венозного возврата ОКТ-признаки венозного застоя уменьшались.

Выводы. 3D-ОКТ, будучи неинвазивным методом, обеспечивает повторяемое многократное мультиочаговое исследование поверхностно расположенных участков ожоговой раны и трансплантата, верифицирует сосудистый компонент тканей и визуализирует динамические изменения этих структур.

ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВ МОЛОКА В РАЗВИТИИ АТОПИИ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ И РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Петрова С.Ю., Хлгтян С.В., Бержец В.М., Петрова Н.С., Васильева А.В., Емельянова О.Ю., Радикова О.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова», Москва, Россия

Грудное материнское молоко является оптимальным питанием для ребенка первого года жизни. При невозможности грудного вскармливания приходится прибегать к его искусственным заменителям. Основа большинства молочных смесей – коровье молоко. Его состав пытаются максимально приблизить к человеческому, добавляя некоторые минералы и витамины и нормализуя количество белка. Кроме того коровье молоко самый распространенный продукт используемый в питании детей первых лет жизни. Незрелость ферментативной системы пищеварительного тракта ребенка часто приводит к формированию пищевой аллергии на белковые компоненты молока.

Цель исследования. Исследовать профиль сенсибилизации к белкам-аллергенам молока у детей младенческого и раннего детского возраста, проживающих в Москве и Московской области.

Задачи исследования. Выявить частоту встречаемости сенсибилизации к белкам молока у детей с атопией младенческого и раннего детского возраста.

Материалы и методы. Методом RIDA AllergyScreen исследовали сыворотки крови детей в возрасте от 5 месяцев до 3 лет, с выявленной сенсибилизацией к пищевым и ингаляционным аллергенам и проживающих в Москве и Московской области. Анализ сывороток проводили с помощью диагностической панели, содержащей набор белковых аллергенов молока: альфа-лактальбумин, бета-лактоглобулин, казеин, бычий сывороточный альбумин.

Результаты исследования. При исследовании сывороток крови 151 ребенка у 87 детей (57,6%) была обнаружена сочетанная сенсибилизация на белковые аллергены молока и другие пищевые и ингаляционные аллергены. У 28 обследованных выявлена сенсибилизация только на белковые аллергены молока (18,5%). Большинство детей страдали полисенсибилизацией к разным группам белковых аллергенов молока. Анализ 87 сывороток с повышенным уровнем специфических IgE-АТ к белкам молока показал, что основная часть пациентов страдала аллергией к сывороточным белкам альфа-лактальбумину (68,7%) и бета-лактоглобулину (56,3%). Аллергия к казеину была обнаружена у 43,7% пациентов, а к бычьему сывороточному альбумину – у 33,3%.

Выводы. У детей до 3 лет аллергические реакции на молочные продукты играют существенную роль. Частота обнаружения сенсибилизации к молочным белкам высока и составляет – 57,6% у детей до 3 лет, страдающих атопией. Причем у одной трети данных детей молоко является единственной причиной аллергических реакций. Детям младенческого и раннего детского возраста с аллергией к белкам коровьего молока обычно назначают смеси на основе высокогидролизированных молочных белков, которые способствуют выработке иммунологической толерантности к молочным протеинам.

АЛЛЕРГИЯ К БЕЛКАМ МОЛОКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Петрова С.Ю., Хлгтян С.В., Бержец В.М., Петрова Н.С., Радикова О.В., Васильева А.В., Емельянова О.Ю.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова», Москва, Россия

Причиной развития аллергических заболеваний у детей раннего возраста является пищевая сенсибилизация. По данным Всемирной аллергологической организации одним из основных аллергенов, вызывающих развитие пищевой аллергии у детей грудного возраста, является белок коровьего молока. По статистике, в первый год жизни аллергия к белкам коровьего молока выявляется у 90% детей-атопиков. Выраженными аллергенными свойствами обладает и козье молоко. Несмотря на это, в дальнейшем примерно к 5 годам – у 80% детей развивается толерантность к молочным белкам. В молоке идентифицировано около 40 протеинов, каждый из которых может вызывать аллергическую реакцию. Наиболее распространенными аллергенами являются казеин, β-лактоглобулин, альфа-лактальбумин, бычий сывороточный альбумин. Согласно данным литературы альфа-лактальбумин является основным сывороточным белком козьего и материнского молока, а основной белок коровьего молока – бета-лактоглобулин,

Цель исследования. Изучить структуру сенсибилизации к основным аллергенам молока у пациентов детского и подросткового возраста в регионе Москвы и Московской области. Задачи исследования. Выявить частоту встречаемости сенсибилизации к аллергенным белкам молока у детей и подростков с атопией.

Материалы и методы. Методом RIDA AllergyScreen исследовали сыворотки на диагностической панели, содержащей набор аллергенов молока: альфа-лактальбумин, бета-лактоглобулин, казеин, бычий сывороточный альбумин. Были проанализированы сыворотки 281 пациента в возрасте от 5 месяцев до 18 лет с выявленной сенсибилизацией к пищевым и ингаляционным аллергенам. Результаты исследования. По результатам исследования в 154 сыворотках (54,8%) из 281 обнаружены специфические IgE антитела на молоко и его белки-аллергены. Необходимо отметить, что большинство обследованных пациентов имели полисенсибилизацию (т.е. множественную аллергию к двум и более белкам молока). Анализ частоты сенсибилизации пациентов аллергенами молока выявил следующее распределение: специфические IgE-АТ к альфа-лактальбумину обнаружены в 95 сыворотках, что составляет 33,8% обследованных, к β-лактоглобулину – в 70 сыворотках (24,9%), к казеину – в 67 (23,8%), бычьему сывороточному альбумину – в 37 сыворотках (13,2%).

Выводы. Проведенные исследования подтверждают тот факт, что белки молока являются одной из причин возникновения пищевой аллергии у детей и подростков. Процент таких пациентов в Москве и Московской области высок. По предварительным данным каждый второй ребенок с атопией сенсибилизирован к молоку и его белкам. Согласно полученным результатам ведущая роль принадлежит сывороточным белкам молока.

ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ РАБОТЫ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ НА КОЖЕ

Петунина В.В.

*Кафедра кожных болезней и косметологии
Российского национального исследовательского
медицинского университета им. Н.И. Пирогова,
Москва, Россия*

В своей практике врач дерматовенеролог и врач косметолог сталкивается с жалобами пациентов на изменения кожного покрова, которые в свою очередь могут быть не самостоятельной нозологией, а проявлением нарушений работы других органов и систем. При этом основной диагноз может быть еще не установлен, а заподозрить патологию и назначить необходимый объем обследований либо направить к профильному специалисту вовремя может именно врач дерматовенеролог. Одними из самых ярких проявлений на коже и ее придатках, среди соматической патологии, являются эндокринопатии.

Так из практики не редко первоначальным поводом для визита к врачу служат такие патологии как кольцевидная гранулема, липоидный некробиоз, сухость и зуд. При постановке этих диагнозов зачастую нередко первично на приеме можно заподозрить нарушения углеводного обмена. А при консультации эндокринолога, к которому пациентов первично направил дерматолог, пациенту ставят диагноз сахарного диабета. В литературе давно уже описано часто встречающееся сочетание сахарного диабета с артериальной гипертонией и эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, известное как синдром Гриншпана-Потекаева.

Гипотиреоз – снижение функции щитовидной железы, можно описать как молчаливого вора, крадущего энергию, т.к. жалобы пациента имеют достаточно не четкий характер – усталость и снижение жизненных сил, повышенная утомляемость, сонливость – могут быть списаны на переутомление, отечность – на неправильный режим жизни. В то время как на коже – сухость, характерные изменения ногтевой пластины, претибиальная микседема, нетипичные явления на введения препаратов гиалуроновой кислоты могут послужить знаками для начала обследования. Пациент с витилиго – пациент, который может потенциально страдать аутоиммунным тиреоидитом.

ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ РАБОТЫ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ НА КОЖЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ТЕРАПИИ ТОРПИДНЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.

*Плиева К.Т., Денисова Е.В., Корсунская И.М.,
Лобанов В.И., Маляренко Е.Н.*

*Московский научно-практический центр
дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения города Москвы
филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва, Россия*

Понятие «зудящий дерматоз» объединяет несколько распространенных заболеваний. Ранее эту группу болезней называли «нейродерматозы»: атопический дерматит, крапивница, чесотка, а также псориаз, аллергический и контактный, себорейный дерматит и др. Как понятно из названия, основным характерным симптомом – является кожный зуд. Сейчас этот термин употребляется редко, однако он

подчеркивает кардинальную роль изменений нервной системы и ее влияние на возникновение и течение заболевания. Интенсивность самого зуда при этом может быть различной – от незначительно выраженной, до мучительной, лишаящей человека сна и покоя.

Клинические проявления этих заболеваний имеют разную картину, однако лежащие в их основе патогенетические механизмы, в основном, сходны.

Одним из часто встречающихся заболеваний данной группы дерматозов является атопический дерматит.

Клинические проявления атопического дерматита чрезвычайно многообразны и зависят главным образом от возраста, в котором проявляется заболевание. Начавшись в младенчестве, атопический дерматит, часто с ремиссиями различной продолжительности, может продлиться и до полового созревания, а иногда не проходит до конца жизни. Заболевание развивается приступами, возникающими часто сезонно, с улучшением или исчезновением проявлений в летний период. В тяжелых случаях атопический дерматит протекает без ремиссий, давая иногда картину, схожую с эритродермией, и сопровождается биопсорирующим зудом.

Медикаментозное лечение должно проводиться строго индивидуально. Следует отметить, что при лечении атопического дерматита предложено большое количество методов и средств (кортикостероиды, цитостатики, интал, аллергоглобулин, специфическая гипосенсибилизация, ПУВА-терапия, плазмаферез, акупунктура, разгрузочно-диетическая терапия и др.). Однако все эти методы не всегда оказывают желаемый положительный эффект, в отношении зуда. Наибольшее значение имеют в практике медикаменты, оказывающие противозудный эффект, в эту группу входят: антигистаминные препараты, нейролептики и транквилизаторы. В таких случаях, применение нейролептиков в дерматологии обусловлено тем, что помимо центральной и периферической антиадренергической активности, часть из них обладает холинолитической, противогистаминной и противовоспалительной активностью. Благодаря «мягкости» своего антипсихотического действия, отсутствию выраженной токсичности и антигистаминным свойствам, данная группа препаратов очень быстро нашла применение в дерматологии, оказывая антиаллергическое действие и влияющее на общий тонус вегетативной нервной системы. Представителем данной группы является препарат алимемазин. Он стал незаменим в практике лечения кожных зудящих и аллергических дерматозов, в частности, атопического дерматита. В связи с хорошей переносимостью используется в детской, подростковой и геронтологической практике.

МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

**Поляков А.П., Филоненко Е.В., Ратушный М.В.,
Ребрикова И.В., Маторин О.В., Филюшин М.М.,
Васильева Е.Ю.**

*Московский научно-исследовательский
онкологический институт им. П.А. Герцена –
филиал Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр радиологии» Минздрава
России, Москва, Россия*

Цель: разработка метода комбинированного лечения включающее: хирургическое лечение с применением ин-

траоперационной фотодинамической терапии у больных с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи головы и шеи. Основной задачей стоит оценить эффективность применения комбинированного метода лечения местно-распространенных опухолей кожи головы и шеи. Предлагаемый метод лечения заключается в выполнении хирургического лечения в объеме широкого иссечения опухоли кожи с последующим проведением интраоперационной фотодинамической терапии на область послеоперационной раны, с дальнейшим пластическим устранением послеоперационного дефекта кожи. Лечение проведено у 53 больных, из которых 10 (19%) пациентов с плоскоклеточной формой и 43 (81%) пациента с базальноклеточным вариантом рака кожи головы и шеи. 13 (24%) пациентов с первично выявленным злокачественным процессом и 39 (73%) пациента с рецидивной формой. На сроках наблюдения от 1 месяца до 6 лет у 3 (5,6%) из 53 пациентов был диагностирован местный рецидив заболевания в группе рецидивной формы базальноклеточного рака. Эти пациенты неоднократно получали все возможные варианты лечения (фотодинамическую терапию, хирургическое лечение и лучевую терапию). В группе первичных опухолей кожи рецидивов после проведенного лечения не выявлено. Из 50 пациентов 34 (64%) пациента без рецидива по настоящее время после проведенного комбинированного лечения. Данная методика позволяет расширить возможности лечения местно-распространенных опухолей головы и шеи, увеличить период выживаемости пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ И РЕЦИДИВНЫМ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Поляков А.П., Рерберг А.Г., Болотина Л.В., Хохриков Г.И., Корниецкая А.Л., Сидоров Д.Ю., Кондрашова А.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский центр им. П.А. Герцена» Минздрава России, Москва, Россия

Цели и задачи. Оценить эффективность применения регионарной внутриартериальной химиотерапии местнораспространенного рака кожи головы и шеи. Материалы и методы. В период 2016–2018 гг. 16 пациентам с диагнозом базальноклеточный рак кожи головы была проведена регионарная химиотерапия цисплатином в стандартной дозе 75 мг/м². Данной группе пациентов было отказано в проведении других методов лечения по причине распространения процесса, угрозе кровотечения, а также невозможности проведения хирургического лечения, объемом проведенного ранее лекарственного и лучевого лечения. Средний возраст составил 64,3 года (27–81 года). В зависимости от эффекта проводилось от 1 до 11 курсов внутриартериальной химиотерапии. Клинические наблюдения, можно разделить на две группы пациентов: пациенты с первичными местно-распространенными процессами – 4 человека (25%) и пациенты с рецидивными образованиями 12 человек (75%). В первой группе пол-

ная регрессия опухоли зарегистрирована в одном случае, частичный ответ в остальных трех наблюдениях. Выраженный эффект внутриартериальной химиотерапии позволил у данных пациентов реализовать хирургический либо лучевой этап лечения. В группе рецидивных образований: в двух случаях размер опухоли не превышал 2 см (гT1N0M0), в трех – от 2 до 4 см (гT2N0M0), в двух случаях более 4 см без интракраниального роста (г T4aN0M0) и 4 человека – пациенты с интракраниальным распространением (гT4bN0M0). Частичный регресс зарегистрирован у 3 (33,3%) пациентов, стабилизация процесса – 5 наблюдений (41,6%). У 4 пациентов (25%) – отрицательная динамика. Подробнее следует остановиться на последней группе. В процессе лечения у 3 пациентов развилась цисплатин-индуцированная нефротоксичность, что у 2 пациентов потребовало увеличения продолжительности межкурсового периода. В это время было отмечено прогрессирование: увеличение интракраниального компонента на фоне положительного эффекта относительно мягких тканей в бассейне целевой артерии. Клинический ответ в виде уменьшения болевого синдрома, уменьшения кровоточивости образований, а также частичная, либо полная эпителизация образования отмечен в 100% случаев.

Заключение. Предварительный анализ показывает, что внутриартериальная регионарная химиотерапия базальноклеточного рака кожи головы и шеи препаратами платины может быть рассмотрена не только как паллиативный метод лечения, но и как полноценный этап в плане комбинированного лечения.

К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СКЛЕРОДЕРМИИ

Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Каткова К.В., Денисова Е.В., Корсунская И.М.

Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Склеродермия составляет 0,15% в общей структуре заболеваемости и 0,2% среди дерматозов. Распространенность склеродермии различается между отдельными географическими зонами и этническими группами, в том числе проживающими в одном регионе. Заболеваемость очаговой склеродермией оценивается как 2,7 случая на 100000 человек при соотношении женщин и мужчин как 2 – 3:1. По данным Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии отмечается рост заболеваемостью склеродермией в г. Москва. Так за последние 5 лет (2013–2018 гг.) увеличивается удельный вес заболеваемости среди взрослых (на 2,76%), в среднем каждый год регистрируется 214 новых пациентов со склеродермией. Участились случаи локализации патологии в области гениталий, как у мужчин, так и женщин, возраст пациентов снизился и колеблется в пределах 20–50 лет. Склеродермия подобной локализации наиболее сильно влияет на качество жизни пациентов данной возрастной категории за счет ухудшения половой жизни. Необходимо назначение активной терапии с включением иммуносупрессоров, сосудистых и ферментативных пре-

паратов. Современные исследования демонстрируют, что у некоторых пациентов наблюдается продолжительная, в течение нескольких лет, активность заболевания, что приводит к избыточной патологической нагрузке и связанной с ней коморбидностью. Несмотря на сообщения о многочисленных методах терапии, отсутствуют четкие клинические рекомендации по лечению данного заболевания. Необходима разработка и внедрение в клиническую практику эффективных алгоритмов терапии, включающих в себя также высокотехнологическую медицинскую помощь.

БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Косталевская А.В., Невозинская З.А., Данилин И.Е. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Варшавский», Москва, Россия

Болезнь Лайма является инфекционным заболеванием, которое характеризуется острым и/или хроническим течением. Заболевание вызывается спирохетоподобным организмом *Borrelia burgdorferi*. В ряде случаев (30–55%) на месте укуса клеща отмечается развитие т.н. хронической мигрирующей эритемы Афцеллиуса – Липшютца – очага эритемы, который склонен к периферическому росту, в результате чего постепенно, с течением времени, увеличивается в размерах, а в его центральной части отмечается разрешение процесса. По периферии отмечается лентовидная гиперемия, которая постепенно может распаться на несколько участков, а в центре может долго сохраняться след от присасывания клеща. Иногда отмечается наличие нескольких кольцевидных элементов один внутри другого. Эритема не шелушится и не возвышается над уровнем не измененной кожи. У части больных отмечается регионарный лимфаденит. Субъективные ощущения обычно отсутствуют. Редко больные жалуются на чувство зуда, жжения или болезненности. Без лечения процесс существует в течение нескольких месяцев и бесследно разрешается. Дифференцировать клещевой боррелиоз необходимо с аллергическим и контактным дерматитом, склеродермией, рожистым воспалением, укусами насекомых (пчела, оса), центробежной кольцевидной эритемой Дарье. В связи с тем, что первые симптомы болезни Лайма появляются на коже, пациенты обращаются именно к врачу – дерматологу. Именно поэтому так важно правильно дифференцировать данный дерматоз. При том, что иногда это затрудняется тем, что больные даже не подозревают об укусе клеща и категорически отрицают факт присасывания клеща. В последние годы заболеваемость болезнью Лайма (клещевым боррелиозом) возрастает. За период с января по декабрь 2018 года в МНПЦДК ДЗМ филиал «Южный» обратилось 30 пациентов, которым нами был выставлен диагноз «Болезнь Лайма». При этом у 4 пациентов в других медицинских учреждениях симптомы данного заболевания были ошибочно расценены как признаки других патологий (простой контактный дерматит, аллергический дерматит, рожистое воспаление, склеродермия).

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЗА 2015–2017 ГГ.

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Мельниченко О.О., Захарова А.Б., Скворцова А.И.

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

Чесотка является распространенным паразитарным заболеванием кожи, вызываемым чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*. Заражение происходит преимущественно при тесном телесном контакте; инвазионными стадиями являются самки и личинки клеща. Инкубационный период при заражении самками практически отсутствует, в то время как при заражении личинками составляет около двух недель. Усиление зуда в вечернее время, преобладание заражения в вечерние и ночные часы при тесном контакте в постели, терапевтическая эффективность вечернего нанесения противопаразитарных препаратов обусловлены суточным ритмом активности *Sarcoptes scabiei*.

Цель и задачи: проанализировать динамику зарегистрированных случаев (сл.) заболевания чесоткой в г. Москве за период с 2015 по 2017 гг.

Материалы и методы: данные федерального статистического наблюдения за период 2015–2017 гг.

Результаты: В 2017 г. на территории г. Москвы зарегистрировано 515 сл. заболевания чесоткой (без учета лиц БОМЖ), в 2016 г. – 650 сл., в 2015 г. – 670 сл. Абс. число сл. по сравнению с 2016 г. уменьшилось на 20,8%, с 2015 г. – на 23,1%. В 2017 г. из 515 больных чесоткой зарегистрировано 231 мужчина (м.) (44,9%) и 284 женщины (ж.) (55,1%), что составляет соотношение 1:1,2. В 2016 г. из 650 больных – 320 (49,2%) м. и 330 (50,8%) ж. (1:1,03). В 2015 г. – 300 (44,8%) м. и 370 (55,2%) ж. (1:1,2). В 2017 г. первое место среди отдельных возрастных групп в структуре заболеваемости чесоткой заняло взрослое население (85%), второе – детское население (13,4%), третье – подростки (1,6%). Такое же распределение имело место в 2016 и 2015 гг. Абс. число сл. заболевания чесоткой у детей (0–14 лет) в 2017 г. по сравнению с 2016 г. уменьшилось на 45,7%, с 2015 г. – на 37,8%. Абс. число сл. чесотки у подростков (15–17 лет) в 2017г. по сравнению с 2016г. уменьшилось на 60%, с 2015г. – на 57,9%. Абс. число сл. чесотки у взрослых в 2017 г. по сравнению с 2016 г. уменьшилось на 12,9%, с 2015 г. – на 18,9%. В 2017 г. из 515 сл. заболевания чесоткой, зарегистрированных на территории г. Москвы (без учета лиц БОМЖ), по контакту с больными было осмотрено 3791 человек, из которых у 16 (0,42% от числа обследованных контактов) установлен диагноз «чесотка». В 2016 г. из 650 сл. по контакту осмотрены 5281 человек, из которых у 28 диагностирована чесотка (0,53%), в 2015 г. – из 670 сл. осмотрено по контакту 4933 человека, в 27 сл. (0,55%) диагностирована чесотка. В 2017 г. был обследован 7,4 контакта на 1 больного чесоткой, в 2016 г. – 8,1 контакта на 1 больного, в 2015 г. – 7,4.

Выводы. ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» проводится постоянный мониторинг и оценка заболеваемости заразными кожными заболеваниями в г. Москве. Результаты проведенного анализа за 2015–2017 гг. свидетельствуют о тенденции к незначительному снижению абс. числа случаев заболевания чесоткой. Врачам следует иметь эпидемиологическую историю

женность при проведении профилактических осмотров и медицинских освидетельствований, в первую очередь – среди групп риска. В рамках эпидемиологического контроля за заболеваемостью чесоткой необходимо неукоснительно соблюдать требования действующей нормативно-правовой документации, проводить активную работу по выявлению и обследованию бытовых и организованных контактов больных чесоткой. В целях совершенствования работы по предупреждению распространения заразных кожных заболеваний в г. Москве, в том числе чесотки, ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» подготовлена новая редакция приказа «О мероприятиях по совершенствованию диагностики, лечения и профилактики чесотки и дерматомикозов (микроспория, трихофития) на территории города Москвы».

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Жукова О.В., Фриго Н.В.

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

Актуальность. В послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию от 1 марта 2018 года было предложено реализовать общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, активно привлекать к решению этой задачи науку и отечественную фарминдустрию. Основные акценты были сделаны на профилактике онкологических заболеваний, ранней диагностике, лечении и повышении информированности населения о факторах риска заболевания, мотивировании населения к ведению здорового образа жизни и необходимости профилактических обследований.

Цель: разработать организационную модель оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи в городе Москве.

Результаты и обсуждение. В целях реализации мероприятий, направленных на раннюю диагностику злокачественных новообразований кожи (ЗНК), совершенствования оказания специализированной медицинской помощи, соблюдения принципов доступности, непрерывности, преемственности при оказании дерматовенерологической помощи пациентам с новообразованиями кожи в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» (далее – МНПЦДК) в 2018 году была создана организационная модель оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи в городе Москве, реализованная путем внедрения уникального управленческого механизма.

Управленческий механизм представлен приказами МНПЦДК, регламентирующими деятельность врачей-дерматовенерологов по оказанию медицинской помощи пациентам с подозрением на наличие новообразования/новообразований кожи и направлен на реализацию и развитие направления «Дерматоонкология» в городе Москве. Организационная модель оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи в городе Москве включает: Регистр пациентов с диагнозом «меланоцитарный невус»; Регламент оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи; Кабинеты профи-

лактики ЗНК, Схему маршрутизации пациентов с новообразованиями кожи; «Центр неинвазивной диагностики кожи»; формы ведения, учета и оказываемых манипуляций пациентам с новообразованиями кожи.

Осуществлять прием пациентов, обратившихся в регистратуру соответствующего филиала, а также вести «Регистр пациентов с диагнозом меланоцитарный невус» будут врачи-дерматовенерологи Центра. В каждом «Кабинете» предусмотрено проведение клинико-диагностических мероприятий. При необходимости, с помощью телемедицинских технологий материалы исследований будут направляться в «Центр неинвазивной диагностики кожи» МНПЦДК, который в настоящее время обладает полным набором современного диагностического оборудования и всеми возможностями для персонифицированного подхода к обследованию пациента: фотокартирование кожных покровов, видеодерматоскопия, высокочастотное УЗИ, составление карты и «паспорта кожи».

Заключение. Созданные и оборудованные в каждом филиале Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии «Кабинеты профилактики ЗНК» имеют большое значение для улучшения прогноза при ЗНК, в частности, меланомы кожи. Внедренная в практику московского здравоохранения организационная модель существенно повысит качество оказания медицинской помощи больным с новообразованиями кожи, позволит выявлять злокачественные новообразования на ранних стадиях и сократить время ожидания консультации и обследования пациента с 7-30 минут до 1 дня, а в некоторых случаях – до 1 часа.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КОЖИ БОЛЬНЫХ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА (ХРТПХ)

Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Шугина Е.А., Рассохина О.И., Арутюнян Л.С.

ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева Минздрава России, Москва, Россия, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, ФГАУ ВО РУДН, Москва, Россия, ГАУЗ МО ЦГКБ ПОО Стационар 1, Реутов, Россия

Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) позволяет излечить многие заболевания, ранее считавшиеся неизлечимыми. В настоящее время отмечается рост ТГСК. Однако именно этот вид ТГСК сопряжен с риском возникновения тяжелого осложнения – реакции трансплантат против хозяина. Хроническая реакция трансплантат против хозяина (ХРТПХ) является тяжелым осложнением позднего посттрансплантационного периода, сопряженным с риском инвалидизации и смертности. Кожа является одним из основных органов мишеней ХРТПХ. Поражения кожи причиняют больным тяжелые субъективные ощущения, наличие высыпаний на видимых участках тела снижают качество жизни и негативно влияют на социальную реабилитацию больных.

Цель нашего исследования оценить возможности немедикаментозной коррекции кожных проявлений ХРТПХ с помощью гетерополисахаридов гликозаминогликанов (ГАГ). Для достижения поставленной цели было обследовано 34 больных с кожными ХРТПХ, получающих иммуносупрессивную терапию (ИСТ) или экстракорпоральный фо-

тоферез (ЭКФ). Основную группу составили 22 больных, которым была проведена немедикаментозная коррекция изменений кожи ГАГ. Контрольной группой послужили эти же пациенты, получавшие стандартную терапию до начала немедикаментозной коррекции, а также пациенты на стандартной терапии без последующего проведения немедикаментозной коррекции кожных проявлений хРТПХ.

Эффективность проведенной коррекции оценивали на основании клиники, данных себу-и корнеометрии (HydraTest, Великобритания). Исследования проводились до начала немедикаментозной коррекции и на 28 день проведения немедикаментозной коррекции. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы BIOSTAT 6.1. с использованием непараметрических методов статистики.

На кожу, предварительно очищенную от экзогенных загрязнений (антиполлютантная очистка) мицеллярной водой или водой с моющими гелями, содержащими мягкие ПАВ, абсорберы кожного сала, эмоленнты, растительные экстракты наносили Регениал крем (9 пациентов) или Топикрем Цика (9 пациентов) ежедневно 2 раза в день 28 дней. При тяжёлом течении кожного процесса были применены плацентарные коллагеновые маски-плёнки «Плазан» (4 пациента). Процедуры проводились ежедневно. На предварительно очищенную кожу, после антисептической обработки, наносили маску-плёнку. Время экспозиции маски составляло в среднем 20 минут.

Кроме того, все пациенты наносили на весь кожный покров мягкие жировые косметические композиции «Детский крем», «Геронтол» (Свобода, Россия), Атодерм (Bioderma, Франция), Липикар бальзам (LaRochePosay, Франция) от 2 до 5 раз в день, в зависимости от субъективных ощущений, длительно.

Результаты: применение немедикаментозной коррекции кожных проявлений хРТПХ препаратами, содержащими ГАГ, в соответствии с предложенной схемой привело к выраженному улучшению в виде частичного или полного разрешения высыпаний у всех пациентов, полному регрессу неприятных субъективных ощущений у 20 (90,9%) больных и частичному регрессу субъективных ощущений у 2 (9,1%) больных. Согласно данным себу- и корнеометрии зафиксировано увлажнение кожи с 26 (26-28) у.е. до 31 (30-34) у.е. и сальности кожи с 1 до 2 bar. Выводы: Применение в дополнение к основному лечению разработанной схемы немедикаментозной коррекции показала свою эффективность у 22 (100%) больных с кожными проявлениями хРТПХ. Применение функциональной диагностики кожи позволяет осуществить объективизацию терапии.

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА НА ПРИЕМЕ ДЕТСКОГО ДЕРМАТОЛОГА

Проскурина М.И., Заторская Н.Ф., Негашева Е.С., Чудакова Т.Ю., Валитова И.В., Бобров М.А.

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

Лейшманиоз является трансмиссивным заболеванием, вызванным облигатными простейшими внутримикрофа-

гальными микроорганизмами, характеризующимися разнообразием и сложностью. Лейшманиоз признан эндемическим заболеванием человека в Африке, на Ближнем Востоке, в Азии и Южной Америке. Эндемичность лейшманиоза в РФ не установлена, тем не менее ежегодно появляются сведения о новых описанных случаях заболевания. По данным ВОЗ, на 2015 год в мире регистрируется от 700 тысяч до 1,3 млн новых случаев кожного лейшманиоза. В период с 2011 по 2014 год в России зарегистрировано 23 случая лейшманиоза, в том числе 15 случаев кожного и 8 случаев висцерального лейшманиоза.

В консультативно-диагностическое отделение (КДО) филиала «Коломенский» к дерматологу обратились родители с детьми Д., 8 лет и М., 7 лет, для уточнения диагноза. Со слов отца, у Д. в сентябре 2017 г. впервые появились высыпания на коже левой кисти, предплечья и с марта 2018 г. на лице. У М. очаг впервые появился на коже левой височной области в январе 2018 г. Летом 2017 г. И 2018 г. находились в Баку (Азербайджан). Обратились к дерматологу по месту жительства, были назначены топические стероиды, комбинированные топические стероиды и азелаиновая кислота – без эффекта. В октябре 2018 года пациентка (Д.) находилась на лечении в ДХО в ОДКБ «Им. Дмитриевой» г. Рязань, с диагнозом «Нагноившаяся атерома левой щеки? Воспалительный инфильтрат левой щеки». Была проведена ревизия инфильтрата, данных за атерому не было выявлено, был взят посев. Проводилось лечение в виде дренирования раны и повязок с мазью. В ноябре 2018 г. была направлена дерматологом по месту жительства с предположительным диагнозом «Кожный миаз? Доброкачественная порома?» в КДЦ филиала «Коломенский» для уточнения диагноза. Status localis на момент первичного обращения в КДО филиала «Коломенский»: патологический кожный процесс носит воспалительный, распространенный характер. Локализуется на коже левой щеки, левого предплечья и тыла кисти на II, IV пальцах. На коже левой щеки патологический кожный процесс представлен инфильтрированным очагом округлых очертаний, с четкими границами, до 2 см в диаметре, ярко-розового цвета, с крупными чешуйками на поверхности; на коже пальцев кисти и предплечья очаги до 1 см в диаметре округлой формы, с четкими границами, ярко-розового цвета. 19.11.2018 консультирована консилиумом, выставлен предварительный диагноз: «Глубокая пиодермия? Эозинофильная гранулема? Доброкачественная лимфоплазия?», рекомендована госпитализация в ДВО филиала «Коломенский» для проведения диагностической биопсии кожи, уточнения диагноза. Данные клинико-лабораторного обследования: ОАК – в пределах референсных значений. Бактериологическое исследование биоматериала на условно-патогенную микрофлору: рост микрофлоры отсутствует. ИФА на определение АТ к *Borrelia burgdorferi*- Ig G и M отриц. Исследование методом микроскопии: акантолитические клетки не обнаружены. Для подсчета эозинофилов нет материала. Исследование патоген. грибов методом микроскопии (с кожи лица): грибковые элементы не обнаружены. ИФА к антигенам гельминтов: Ig G к описторхис, трихинелла, токсокара, эхинококк, аскариды – отриц. Во время биопсии был взят материал для цитологического исследования с окраской по Романовскому-Гимзе для обнаружения амастигот лейшмани: отрицательно. Диагностическая биопсия кожи левого предплечья: В дерме гистиоцитарная инфильтрация из эпителиоидных клеток со слабозозинофильной цитоплазмой с формированием некротизирующихся гранул, окруженных лимфоцитами, плазматическими клетками и единичными нейтрофилами. В цитоплазме суб-

эпидермально расположенных гистиоцитов определяют немногочисленные мелкие базофильные структуры с округлыми очертаниями. Заключение: гистологические изменения более всего соответствуют лейшманиозу кожи. Менее вероятна болезнь Розаи–Дорфмана. Для уточнения диагноза рекомендуется обследование пациента в специализированном учреждении. После получения данных диагностической биопсии пациентка была направлена в Институт паразитологии и тропической медицины, где на основании проведенных клинико-лабораторных, цитологического исследований, данных биопсии подтвердили диагноз «Кожный лейшманиоз». Первыми препаратами выбора для лечения кожного лейшманиоза являются препараты пятиявальной сурьмы, стибоглюконат натрия или антимионат меглумина. К сожалению, в России нет зарегистрированных лекарственных средств для лечения данной патологии. И остается открытым вопрос подбора терапии в детской практике.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Ражева П.А., Биткина О.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, клиника «Александрия», Нижний Новгород, Россия

Больная З., 32 лет, обратилась на консультативный прием заведующего кафедрой кожных и венерических болезней «ПИМУ» МЗ РФ в сентябре 2018 года с жалобами на высыпания на коже лица и груди, которые появились после солнечного ожога (через 1,5 недели) в середине июля 2018 года. 16.08.2018 г. консультирована ревматологом, сбор анамнеза выявил: жалобы на летучие боли в лучезапястных суставах, мелких суставах кистей, стоп, позвоночнике; на момент осмотра 3 недели существовали кожные высыпания; в 22 года лечилась в ревматологическом отделении больницы 13 (положительные LE-клетки, антитела к ДНК составляли 215,9); наблюдалась гематологом по поводу лейкопении; в возрасте 24 лет – выкидыш на сроке беременности 3 недели; за последние 3 года – 3 неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения. Ревматолог установил диагноз: Артралгия неуточненная, назначены тесты на антиядерные антитела. Проведен анализ крови 13.08.2018 г., выявлено снижение уровня эритроцитов до 3,58 10¹²/л, снижение гемоглобина до 104 г/л, увеличение уровня СОЭ (58 мм/ч), другие признаки анемии и лимфопении, уровень антител IgG к нативной 2-спиральной ДНК составил 464,9. Показатель Anti-Nucleosomen от 04.09.2018 г. резко положителен. При консультации дерматолога 27.08.2018 врач делает ошибочное заключение: Розацеа. Данных за дискоидный эритематоз недостаточно, несмотря на наличие данных о консультации ревматолога и анализах крови. При явке на кафедральный консультативный прием у больной наблюдались эритематозные высыпания на коже лица и передней поверхности грудной клетки, диффузная алопеция, экзантема твердого неба, невротическое состояние, неприятие диагноза КВ. Больная направлена на гистологическое исследование в Нижегородский областной кожно-венерологический диспансер. Проведена биопсия кусочка кожи левой щеки 0,4-0,4-0,2 см. Описание гистологического препарата: Фрагмент кожи

с гиперкератозом, очаговым паракератозом, кератотической пробкой в устье волосяного фолликула. Атрофия эпидермиса с апоптотическими кератиноцитами в базальном слое. Дерматит пограничной зоны с вакуольной дегенерацией дермо-эпидермального соединения. Вакуольная дегенерация клеток корневого влагалища с экзоцитозом клеток инфильтрата. Утолщение базальной мембраны. Выраженный отек дермы, отложения тонковолокнистого материала среди коллагеновых волокон (муцин). Периваскулярный преимущественно лимфоидный инфильтрат с примесью плазматических клеток. Очаговый некроз капилляров с наличием ядерной пыли. Заключение гистолога: Гистологическая картина соответствует диагнозу красная волчанка. Необходимо исключить системный процесс. Пациентка находилась на стационарном отделении в ревматологическом отделении больницы 12 Нижнего Новгорода. Таким образом, диагностика кожных проявлений системного эритематоза включает тщательный анализ клинических и лабораторных признаков в соответствии с общепринятыми диагностическими критериями.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДУЛЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Раводин Р.А., Гусаров М.В., Якушенко С.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 1», Государственное учреждение здравоохранения «Областной кожно-венерологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Цель работы состояла в оценке клинической эффективности модуля автоматизированной диагностики разработанной интеллектуальной системы поддержки принятия врачебных решений Логодерм в практической деятельности врача-дерматовенеролога.

Материал и методы: модуль автоматизированной диагностики предназначен для автоматизированного анализа вводимых врачом симптомов заболевания, позволяя ему быстро построить дифференциально-диагностический ряд вероятных диагнозов. Модуль «Диагностика онлайн» состоит из отдельных разделов, описывающих пациента, часть из этих разделов носит обязательный характер для заполнения, а часть – необязательный (однако их включение способствует повышению точности диагностики). Практикующие врачи-дерматовенерологи проводили первичное обследование пациентов, устанавливая предварительный диагноз, а затем вводили симптомы заболеваний в диагностический модуль, получая перечень вероятных диагнозов. Для постановки окончательного диагноза все пациенты впоследствии были осмотрены врачами-экспертами. Для оценки клинической эффективности системы в исследование включались только те случаи, где окончательный диагноз был установлен экспертами. Всего было обследовано 96 пациентов (43 женщины и 53 мужчины) в возрасте от 9 до 90 лет.

Результаты: при оценке клинической эффективности диагностического модуля интеллектуальной системы поддержки принятия врачебных решений Логодерм мы анализировали частоту (процент) совпадений окончательного диагноза, установленного при очной консультации врача-эксперта, и диагноза практикующего врача, а также первых трех заключений диагностического модуля системы. Для практикующего врача процент правильных диагнозов составил 68,8%, при 95% доверительном интервале от 60,7% до 76,9%. Для модуля автоматизированной диагностики системы Логодерм процент верных диагнозов составил 82%, при 95% доверительном интервале от 74,4% до 89,7%. Клиническая эффективность диагностического модуля была выше, чем клиническая эффективность практикующего врача, различия были статистически значимы ($p < 0,05$).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ДЕРМОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА

Сабанова Е.А., Львов А.Н., Фадеев В.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра эндокринологии №1 лечебного факультета, Москва, Россия

ГБУЗ г. Москвы Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия

Тиреоидная дермопатия (ТД) или претибиальная микседема (ПМ) – редкое кожное проявление аутоиммунного поражения щитовидной железы. Состояние сопровождается муцинозными изменениями кожи, преимущественно, в области передней поверхности голеней. Тяжелые формы могут приводить к лимфатическому застою в нижних конечностях и фиброзу перерождению тканей.

В связи с редкостью ПМ, данные об особенностях клинического течения заболевания весьма скудны.

Цель: проанализировать клинико-лабораторные данные пациентов с тиреоидной дермопатией и диффузным токсическим зобом (болезнью Грейвса).

Материалы и методы: в исследовании были включены 43 пациента с тиреоидной дермопатией и диффузным токсическим зобом (болезнью Грейвса).

Результаты: Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза ТД составил 54,4 года (30–67 лет). Диффузная форма претибиальной микседемы была наиболее распространенной – 48,8%; бляшковидная, узловатая и слонообразная формы составили 27,9; 18,7 и 4,6%, соответственно. У всех пациентов состояние развилось на передней поверхности голени, 90,6% из них имели двусторонний характер поражения. У большинства пациентов наблюдалась эндокринная офтальмопатия (офтальмопатия Грейвса), которая была диагностирована до возникновения кожных проявлений. Уровень антител к рецепторам тиреотропного гормона (АТ-рТТГ) был, преимущественно, высоким, однако корреляции между показателями АТ-рТТГ и степенью тяжести ТД выявлено не было. Тиреоидная дермопатия возникла достаточно поздно от момента появления первых признаков диффузного токсического зоба, промежуток составил 5,2 года (1–7 лет). Была обнаружена прямая корреляционная зависимость, чем позже от момента возникновения тиреотоксикоза диагноз ТД был выставлен, тем более тяжелая форма тиреоидной дермопатии развивалась у пациентов с болезнью Грейвса, впоследствии ($p < 0,05$).

Выводы: Наиболее распространенной формой ТД является диффузный вариант дерматоза, состояние диагностируют, как правило, после возникновения нарушения функциональной активности щитовидной железы и изменений в офтальмологическом статусе пациентов. Чем позже от момента возникновения тиреотоксикоза диагностируется ТД, тем выше вероятность развития тяжелой формы претибиальной микседемы. Данные об особенностях клинического течения отдельных форм тиреоидной дермопатии предстоит изучить на более крупной выборке пациентов.

ГИПОТИРЕОЗ КАК ПУСКОВОЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ НЕРУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ

Сафонова Л.А.

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом косметологии Межрегионального Института Непрерывного Образования Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный университет пищевых производств», Клиника антиэйджинга «Пятый элемент», Москва, Россия

Гипотиреоз – это синдром, обусловленный снижением уровня тиреоидных гормонов в организме или уменьшением их эффекта на тканевом уровне в органах мишенях. Тиреотропный гормон имеет собственные рецепторы, которые обнаружены в кератиноцитах эпидермиса, фибробластах дермы и волосяных фолликулах. Т3 и Т4 оказывают влияние на растущий волос, а также ограничивают апоптоз клеток волосяных фолликулов. В то же время тироксин (Т4) стимулирует продлевает фазу анагена. Поэтому заболевания щитовидной железы часто приводят к выпадению волос, обусловленному сбоям клеточного цикла. Примерно у одной трети пациентов, страдающих данным эндокринным нарушением, наблюдается поредение волос разной степени выраженности. В связи с этим нами было проведено обследование 20 женщин, страдающих диффузным выпадением волос на состояние щитовидной железы. Все пациентки отмечали выраженное выпадение волос, а также сухость волос и их повышенную ломкость, выраженную сухость кожи туловища, 2/3 из них отмечали также повышенную ломкость ногтей. При трихоскопии у всех пациенток было отмечено выраженное уменьшение количества волос по всей поверхности кожи в/ч головы, мелкопластинчатое шелушение, преимущественно в устьях волосяных фолликулов, признаки обезвоженности кожи. Всем пациенткам были проведены следующие исследования: анализ крови на ТТГ (тиреотропин), Т3 общий (трийодтиронин); Т3 свободный; Т4 свободный на автоматическом анализаторе IMMULITE 2000 Xpi (Siemens Healthcare Diagnostics Inc. методом иммунохемилюминесцентного анализа и реверсивный Т3 (rТ3) методом иммуноферментного анализа. Реверсивный Т3 является неактивным продуктом Т4. Он также действует на рецепторы, но не активизирует, а блокирует их. Таким образом, rТ3 является «антигипотиреозом». Повышение rТ3 может наблюдаться при повышенном образовании Т4 или нарушении превращения Т4 на тканевом уровне вне щитовидной железы. В таком случае определяется клиника гипотиреоза на тканевом уровне. Также всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование щитовидной железы. Выявлено у 25%

пациенток повышение уровня ТТГ более 4,2 мЕДл, у 33% пациенток выявлено повышение уровня реверсивного Т3 более 0,687нмоль/л (при норме до 0,476нмоль/л). У 80% пациенток были обнаружены диффузные и узелковые изменения ткани щитовидной железы на ультразвуковом исследовании. Пациентки, имеющие повышенный уровень ТТГ и реверсивного Т3 отмечали более затяжной характер выпадения волос и хуже поддавались традиционной терапии. Выводы: все пациенты страдающие диффузным выпадением волос, должны быть обследованы для исключения патологии щитовидной железы. Повышение показателя реверсивного Т3 может свидетельствовать о тканевом гипотиреозе и ухудшать течение и прогноз диффузной алопеции.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНИХОДИСТРОФИЯМИ

Свечникова Е.В., Мерзликina Н.А.

*Федеральное государственное бюджетное
учреждение «Поликлиника № 1»*

*Управления делами Президента Российской
Федерации, Москва, Россия*

Цель: выявить возможную корреляцию ониходистрофий с изменениями в биохимических показателях крови как маркер деструкции кератогиалиновой ткани у пациентов, обратившихся на прием по поводу неинфекционного поражения ногтевых пластин за период 2016–2018 гг. в отделение дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ Методы и материалы: проведен сравнительный ретроспективный анализ среди прикрепленного контингента в отделении дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ за 2016–2018 годы, проходивших лечение с диагнозом «неинфекционная ониходистрофия». Оценивались следующие данные: количество пациентов за отчетный период, характер поражения (микотическое или неинфекционное), биохимические показатели ферментной системы (АЛТ, АСТ, коэффициент Де Ритиса, ГГТ, ЩФ) и процентное соотношение изменений среди проанализированного числа пациентов. Результаты. За анализируемый период времени с января 2016 по декабрь 2018 гг. в ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ наблюдалось 702 пациента с неинфекционными поражениями ногтей, среди них 25% (n=172) мужчин и 75% (n=530) женщин соответственно. У каждого пациента было проведено биохимическое исследование крови, в котором оценивались показатели аланин-аминотрансферазы, аспартат-аминотрансферазы, коэффициент Де Ритиса, щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтрансферазы. Среди обследованных лиц n=702 были получены следующие данные: показатели АЛТ были повышены у 5,3% обследуемых (n=37), АСТ – 2,3% (n=16), ГГТ 2,3 % (n=16), ЩФ 6,7% (n=47), коэффициент Де Ритиса изменен в сторону повышения у 17% (n=119), был снижен у 10,4 % (n=73). Выводы: среди пациентов с ониходистрофиями немикотической природы по результатам анализа работы отделения дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ г. Москва за 2016–2018 годы выявлены статистически значимые изменения биохимических показателей, что может свидетельствовать о катаболических процессах в органах и системах, приводящих к дистрофическим изменениям, что является перспективным направлением в дальнейшем изучении.

ВЛИЯНИЕ СТУПЕНЧАТОЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Силина Л.В., Колбина М.С., Есипова Е.А.

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Курский Государственный
Медицинский Университет» Минздрава России,
Курск, Россия*

Аллергодерматозы – большая группа дерматозов мультифакториальной этиологии и патогенеза, характеризующаяся широким полиморфизмом клинических проявлений, хроническим длительным течением и порой возникающей стойкой резистентностью к проводимой терапии – как общей, так и наружной. Известно, что в норме микробный пейзаж дермы представлен стрепто- и стафилококками, пропионбактериями и коринобактериями, грибами рода *Malassezia* spp. Но, при аллергодерматозах хронический воспалительный процесс в дерме поддерживается грибковой флорой (грибы рода *Candida*, *Malassezia furfur*, мицелиальные дерматофиты и некоторые другие ассоцианты колонизаций). Таким образом, основными задачами наружной терапии больных аллергодерматозами, осложненных микробной и грибковой флорой является минимизация клинических проявлений: скорая ликвидация симптомов острого воспаления, устранение инфицирования микробными агентами, профилактика вторичного бактериального и грибкового инфицирования, устранение сухости дермы и восстановление дефектов эпидермиса. Кроме того, адекватная терапия нормализует нарушения психоэмоционального статуса пациентов. Под нашим наблюдением находилось 90 больных хроническими аллергическими заболеваниями кожи: 70 больных атопическим дерматитом и 20 пациентов с микробной экземой (50 мужчин и 40 женщин в возрасте от 20 до 55 лет с давностью заболевания от 5 до 25 лет). Клинические проявления заболеваний кожи характеризовались острым воспалением дермы средней степени тяжести без мокнутия, осложненным бактериальной и грибковой инфекциями. Всем пациентам назначалась стандартная системная терапия и местно ступенчатая терапия: старт терапии с сильного комбинированного топического глюкокортикостероида мазь бетаметазона дипропионат+гентамицин+клотримазол в течение двух недель и затем топический глюкокортикостероид средней силы – крем метилпреднизолона ацепонат+мочевина 2% один раз в день в течение двух недель. Оценку проводимого лечения осуществляли с помощью различных интегративных шкал, опросников и индексов – индексов SCORAD и EASI, теста ТАСТ, шкале Спилбергера – Ханина, теста Тейлор и опросника ДИКЖ (дерматологического индекса качества жизни). Анкетирование пациентов с их согласия проводили дважды – до и после лечения. Нами отмечено, что у всех пациентов достоверно было значительное улучшение общего состояния, минимизация кожных симптомов, нормализация психо-эмоционального статуса по всем используемым интегральным индексам и опросникам. Особенно наглядные и достоверные результаты были получены нами при анализе данных теста ТАСТ (теста акцентуации свойств темперамента) по всем тестируемым шкалам – нейротизма, эмоциональной лабильности, социальной активности и сенситивности. Так, результат, расцениваемый как «значительное улучшение», был получен у 75%

пациентов, «улучшение» – у 20 процентов исследуемых и результат «без изменений» у пяти процентов больных группы. Другие опросники и шкалы также указали на положительное действие ступенчатой терапии. Кроме того, дерматологические индексы SCORAD и EASI, а также индекс качества жизни также изменились в положительную сторону. Отсутствие положительного результата терапии по всей видимости, было связано с нежеланием пациентов соблюдать регламент лечения, нарушением его курса. Следовательно, результатом проводимой нами комплексной терапии со «ступенчатым» назначением сильного комбинированного топического глюкокортикостероида и далее переходом на топический глюкокортикостероид средней силы явилось положительное изменение клиники заболеваний – атопического дерматита, осложненного вторичной инфекцией и микробной экземы. Полученные данные подтверждались результатами обработки полученных значений шкал, опросников и индексов, заявленных в исследовании.

ПРИЖИЗНЕННЫЙ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АЛОПЕЦИЙ

*Симанкина Ж.Д., Петрова Г.А., Зорькина М.В.,
Петрова К.С.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Диагностика алопеций в повседневной клинической практике базируется на результатах клинического обследования, данных трихоскопии и дерматоскопии, результаты которых являются недостаточно специфичными. Травматичность и возможные осложнения гистологического метода, который мог бы послужить основой точной диагностики, служат препятствием его широкого применения, что является причиной многочисленных диагностических ошибок и определяет поиск неинвазивных инструментальных методов, способных составить альтернативу биопсии и позволяющих осуществлять прижизненную диагностику и дифференциальную диагностику алопеций. Одним из таких методов является оптическая когерентная томография (ОКТ) – высокоразрешающий (10–20 мкм) метод визуализации структуры биотканей, использующий в качестве зондирующего излучения низкоинтенсивный свет ближнего инфракрасного диапазона, позволяющий в режиме реального времени получать прижизненное изображение вертикального среза кожи любой локализации на глубину до 2 мм с визуализацией рогового и клеточных слоев эпидермиса, сосочкового и верхней части сетчатого слоев дермы, сосудов и придатков кожи. 3D-модификация ОКТ обеспечивает возможность получения трехмерного изображения фрагмента кожи площадью 5x5 мм на глубину до 2 мм и изучения изображений произвольного числа срезов этого фрагмента во фронтальных, сагиттальных и горизонтальных плоскостях с детальным изучением каждого из них, что значительно сокращает время исследования.

Цель исследований: изучить возможность использования ОКТ и функциональных методов исследования кожи для диагностики алопеций.

Материалы и методы: Осуществляли ОКТ-исследование волосистой кожи головы 15 здоровых добровольцев (8 жен-

щин и 7 мужчин, средний возраст 25 лет), здоровой кожи и кожи в очагах поражения 12 больных с очаговой алопецией (9 женщин и 3 мужчин, средний возраст 20 лет) и 5 больных с рубцовой алопецией (3 женщин и 2 мужчин, средний возраст 37 лет). Использовали оптический когерентный томограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ-1300-Е» (экспериментальная скоростная модификация (92000 А-сканов в секунду), разработанная ООО «БиоМедТех» (Россия) с 3D-моделированием оптических срезов (серийное производство ООО «МелСиТек») и аппарат определения функционального состояния кожи Multi Skin Test Centr MC 1000. Результаты. В очагах рубцовой алопеции при ОКТ-исследовании визуализируются признаки атрофии эпидермиса, фиброзных изменений, воспаления и расширенных сосудов в дерме, не визуализируются волосные фолликулы и сальные железы, что сопровождается при функциональных исследованиях повышением показателей эритемы, трансэпидермальной потери воды, температуры и значительными изменениями показателя сальности в зависимости от стадии процесса. При гнездовой алопеции в очагах поражения на ОКТ изображении не выявляются признаки атрофии, фиброза и воспаления на фоне отчетливой визуализации волосных фолликулов, в том числе и пустующих, сальных желез и расширенных сосудов. При функциональном исследовании очага гнездовой алопеции выявляется повышение показателей влажности, сальности и незначительного повышения эритемы, а также снижение таких показателей как пигментация и снижение трансэпидермальной потери воды. В свою очередь, показатели температуры повышены на всех участках кожи волосистой части головы. Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности использования ОКТ и функциональных методов исследования для прижизненной морфофункциональной диагностики алопеций при условии дальнейших исследований.

РИСК-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМЫХ ГРУПП

*Симонова Н.В., Николаева К.И., Уфимцева М.А.,
Попова О.С.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Цель: доказать необходимость разработки риск-ориентированного подхода, направленного на совершенствование медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Задача работы: изучить уровень и структуру заболеваний кожи и подкожной клетчатки по данным медицинских осмотров детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, с учетом возрастной и социальной группы. Материалы и методы: проведено клинико-инструментальное обследование 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте от 4 до 17 лет, из них 201 (53,2%) мальчик, 177 (46,8%) девочек; количество детей в возрасте от 4–6 составило 37 (9,6%), 7–12 лет – 87 (23%), 13–17 лет – 254 (67,2%). В исследование вошли дети, имеющие разный социальный статус:

61 (16,1%) проживали в семьях и 317 (83,9%) – в социальных учреждениях (57,1% из них – это дети, проживающие в учреждениях временного пребывания и 26,7% детей, проживающих в учреждениях постоянного пребывания). Результаты: при клинико-инструментальном обследовании детей исследуемой группы заболевания кожи выявлены у 283 (74,9%), из них у 168 (83,6%) мальчиков и у 115 (64,9%) девочек. В возрастной группе 4–6 лет уровень заболеваемости дерматозами по данным медицинских осмотров составил 43,2% на 100 обследованных, в группе 7–12 лет – 86,2%, в группе 13–17 лет – 77,6%. По данным медицинских осмотров в структуре заболеваемости класса «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (L00-L99) у детей всех возрастных групп первое ранговое место приходится на заболевания блока «Дерматит и экзема» (L20-L30); на втором месте у детей возрастных групп 0-6 лет и 7–12 лет – заболевания блока «Инфекции кожи и подкожной клетчатки» (L00-L08), 13–17 лет – «Болезни придатков кожи» (L60-L75). Хронические дерматозы зарегистрированы у 197 (52,1%) обследуемых, из них преобладали хронические дерматозы у детей, пребывающих в социальных учреждениях временного пребывания (48,2%) и у детей, проживающих в семьях (34,0%). Установлено, что большинство (51,6%) кожных заболеваний протекало малосимптомно, дети и их законные представители не обращались за медицинской помощью. Вывод: При клинико-инструментальном обследовании 378 детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, заболеваемость дерматозами по данным медицинских осмотров на 100 осмотренных составила 74,9%, хроническими дерматозами – 52,2%. Установлены более высокие показатели заболеваемости дерматозами (на 100 обследованных) в возрастных группах 7–12 лет и 13–17 лет (86,2% и 77,6% соответственно). Среди детей исследуемой группы 83,9% проживали в социальных учреждениях. Таким образом, полученные данные обуславливают необходимость разработки риск-ориентированного подхода к профилактике дерматозов у детей различных социально уязвимых групп.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ПРИ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ

Соболев В.В., Корсунская И.М., Плиева К.Т., Соболева А.Г., Третьяков А.В., Климов Е.А. Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук», Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский Институт Вакцин и Сывороток им. И.И. Мечникова» Российской академии медицинских наук; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Часто системные методы лечения псориаза, например, терапия метотрексатом, а также циклоспорином приводят к повышению активности печеночных фермен-

тов в крови больных псориазом. Отсюда совершенно логичным выглядит необходимость применения гепатопротекторов в комбинированной терапии псориаза, терапевтическими мишенями которых являются звенья патогенеза, как псориаза, так и заболеваний печени. Нами был проанализирован список малых молекул, которые достоверно регулируют процессы при заболеваниях печени и могут подавлять продукцию основных провоспалительных цитокинов и ингибируя клеточные процессы, вовлеченные в развитие псориаза. Наиболее интересным нам показалась Glycyrrhizinic acid которая приводит к значительному снижению активности аминотрансфераз печени и подавляет продукцию провоспалительных цитокинов через ингибирование HMGB1 (high mobility group box 1). С учетом перечисленных фактов было принято решение провести изучение терапевтического действия Glycyrrhizinic acid на псориаз. Под нашим наблюдением находилось 39 пациентов, с диагнозом распространенный псориаз. Средний возраст пациентов составлял 43,55±11,91 лет; длительность заболевания – 14,47±6,5 лет, гендерное распределение – 7 женщин и 32 мужчины. Среди сопутствующих нарушений со стороны гепатобилиарной системы преобладал гепатит С (4 пациента), жировой гепатоз и хронический холецистит (3 пациента). Всем пациентам была назначена комплексная терапия (21 пациент – метотрексат; 8 пациентов – ПУВА-терапия; 10 пациентов проходили курс УФВ-терапии), включавшая в себя Glycyrrhizinic acid. На фоне применения комплексной терапии с Glycyrrhizinic acid в виде инъекций у пациентов отмечался интенсивный регресс высыпаний: уменьшение шелушения, инфильтрации. К 20 дню высыпания полностью разрешились, оставив пигментные пятна. Положительная динамика индекса PASI также подтверждает эффективность комплексной терапии. Анализ профилей экспрессии РНК генов MMP-1, MMP-9, IL-17, IL-6 и S100A7 показал достоверное снижение экспрессии всех генов, в пораженной коже после проведенной терапии

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КУРСА БАЛЬНЕОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ РАПЫ ОЗЕРА «ОСТРОВНОЕ» НА УРОВЕНЬ УВЛАЖНЕННОСТИ КОЖИ ДЕТЕЙ

Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г. Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный исследовательский государственный университет», АО «Санаторий «Краснозерский», Новосибирск, Россия

Бальнеотерапия – это разновидность физиолечения, основанная на физических и химических свойствах минеральных вод. В санатории «Краснозерский» применяется бальнеотерапия с использованием высокоминерализованной соли «Рапан», основой которой является рапа озера «Островное» в Краснозерском районе Новосибирской области. По минеральному составу данная рапа является сульфатно-хлоридной магниевонариевой солью с включением брома, ортоборной, борной, метакремниевой, арахидоновой кислот, а также карбоновых кислот, входящих в состав липидного комплекса

в живом организме. Бальнеотерапия с использованием соли «Рапан» оказывает местное антипролиферативное и противовоспалительное действие на кожу и на протяжении многих лет применяется для лечения и реабилитации пациентов с псориазом, атопическим дерматитом и экземой. Данные дерматозы сопровождаются сухостью кожи. В то же время влияние ванн с высокоминерализованной солью на увлажненность кожи в осенне-зимний период в условиях континентального климата Западной Сибири изучено недостаточно.

Цель исследования: изучить влияния курса бальнеотерапии с использованием соли «Рапан» на состояние увлажненности кожи детей с симптомами сухости кожи.

Материалы и методы. Методом случайной выборки среди детей, отдыхающих в санатории «Краснозерский», расположенном на юго-востоке Западной Сибири, была сформирована группа из 15 человек (3 мальчика, 12 девочек) в возрасте от 7 до 14 лет (средний возраст – 10,4±0,7 лет) с сухостью кожи II–III стадии по Клигману. Критерием исключения являлось наличие дерматозов. На участие детей в исследовании было получено письменное информированное согласие родителей. Детям был проведен курс бальнеотерапии – 10 ежедневных процедур по 10 минут с использованием 2%-го раствора соли «Рапан». Корнеометрию с помощью аппарата Soft Plus (Callegary, Италия) проводили в 8 локализациях (щеки, лоб, подбородок, предплечья, кисти, грудь, спина, голени) до каждой процедуры и через 30 минут после бальнеотерапии. Показатели корнеометрии в пределах 45,0–65,0 у.е. соответствуют нормально увлажненной коже, 15,1–45,0 у.е. – умеренно сухой коже, менее 15,0 у.е. – выражено сухой коже. Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов с расчетом медианы и перцентилей (mediana [25; 75 перцентиль]).

Результаты. Показатели уровня увлажненности кожи до начала 1 и 10 процедур бальнеотерапии в области кистей составили 12,5 [7,25; 30,25] и 16,0 [5,75; 26,0] у.е., щек – 29,5 [22,25; 38,75] и 31,5 [25,25; 38,5] у.е., груди – 38,0 [34,0; 49,5] и 42,5 [22,0; 48,75] у.е., предплечий – 15,5 [11,25; 17,75] и 14,5 [6,75; 17,0] у.е., лба – 34,0 [30,5; 38,5] и 31,0 [21,5; 33,75] у.е., подбородка – 45,0 [30,5; 57,0] и 36,5 [30,5; 41,0] у.е., спины – 36,5 [30,5; 41,0] и 27,0 [12,75; 42,25] у.е., голени – 12,5 [7,25; 19,75] и 9,5 [3,25; 18,25] у.е. Уровень увлажненности кожи через 30 минут после 1 и 10 процедур в области кистей был 9,0 [6,0; 14,0] и 10,5 [5,75; 22,25] у.е., щек – 37,0 [21,75; 54,0] и 37,0 [21,75; 54,0] у.е., груди – 39,0 [32,5; 49,0] и 39,0 [32,5; 49,0] у.е., предплечий – 10,5 [6,25; 13,0] и 13,5 [8,25; 18,0] у.е., лба – 41,0 [38,0; 43,0] и 36,0 [25,25; 44,25] у.е., подбородка – 39,0 [22,0; 46,0] и 31,5 [18,5; 44,25] у.е., спины – 40,0 [31,0; 44,0] и 22,0 [12,25; 33,25] у.е., голени – 9,0 [3,25; 16,0] и 6,5 [3,75; 15,25] у.е. После 10 процедур бальнеотерапии уменьшение увлажненности кожи детей наблюдали в области спины, голени, подбородка и лба у всех пациентов.

Выводы. У детей с сухостью кожи II–III стадии по Клигману увлажненность рогового слоя после курса бальнеотерапии снижалась на всех участках, за исключением кистей и предплечий.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОДНОКРАТНОЙ ПРОЦЕДУРЫ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ НА УВЛАЖНЕННОСТЬ КОЖИ ДЕТЕЙ С СИМПТОМАМИ СУХОСТИ

Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», АО «Санаторий «Краснозерский», Новосибирск, Россия

В санатории «Краснозерский» бальнеотерапия на основе соли «Рапан» за счет своих противовоспалительных и антипролиферативных свойств много лет применяется для лечения пациентов с атопическим дерматитом, псориазом, экземой. Поддержание нормальной увлажненности кожи при таких заболеваниях является важным терапевтическим аспектом. Влияние бальнеотерапии на состояние увлажненности здоровой сухой кожи с учетом климатических особенностей изучено недостаточно.

Цель исследования: оценить воздействие однократной процедуры бальнеотерапии на уровень увлажненности кожи детей с симптомами сухости. Материалы и методы. Методом случайной выборки была сформирована группа из 15 детей (3 мальчика и 12 девочек) с сухой кожей в возрасте от 7 до 14 лет, средний возраст 10,4±0,7 лет. На участие детей в исследовании было получено письменное информированное согласие родителей. Влажность воздуха в октябре 2018 года на территории Краснозерского района составила 77%, средняя температура воздуха – 1,4°C. Детям была проведена однократная процедура бальнеотерапии длительностью 10 минут с использованием 2%-го раствора соли «Рапан». Измерение уровня увлажненности кожи проводили с помощью диагностической системы «Soft plus» (Callegari, Италия) в 8 областях (щеки, лоб, подбородок, грудь, спина, предплечья, кисти, голени) до проведения процедуры, через 5 минут и через 30 минут после проведения процедуры. При показателях корнеометрии в пределах 45,0–65,0 у.е. кожу оценивали как нормально увлажненную, 15,1–45,0 у.е. – умеренно сухую, менее 15,0 у.е. – выражено сухую. Статистический анализ с помощью непараметрических методов с расчетом медианы и перцентилей (mediana [25; 75 перцентиль]).

Результаты. Увлажненность кожи до начала процедуры в области голени составила 12,5 [7,25; 19,75] у.е., кистей – 12,5 [7,25; 30,25] у.е., предплечий – 15,5 [11,25; 17,75] у.е., щек – 29,5 [22,25; 38,75] у.е., лба – 34,0 [30,5; 38,5] у.е., спины – 37,0 [32,5; 44,0] у.е., груди – 38,0 [34,0; 49,5] у.е., подбородка – 45,0 [30,5; 57,0] у.е. Увлажненность кожи через 5 минут после окончания процедуры в области голени составила 21,5 [17,25; 26,5] у.е., кистей – 19,0 [15,0; 38,25] у.е., предплечий – 22,0 [15,75; 25,75] у.е., щек – 35,0 [17,5; 49,5] у.е., лба – 41,0 [34,5; 46,0] у.е., спины – 59,0 [50,0; 77,0] у.е., груди – 50,0 [46,5; 62,5] у.е., подбородка – 39,0 [33,0; 46,0] у.е. Увлажненность кожи через 30 минут после окончания процедуры в области голени составила 9,0 [3,25; 16,0] у.е., кистей – 9,0 [6,0; 14,0] у.е., предплечий – 10,5 [6,25; 13,0] у.е., щек – 37,0 [21,75; 54,0] у.е., лба – 41,0 [38,0; 43,0] у.е., спины – 40,0 [31,0; 44,0] у.е., груди – 39,0 [32,5; 49,0] у.е., подбородка – 39,0 [22,0; 46,0] у.е. Увлажненность кожи через 5 минут после окончания процедуры увеличилась в области предплечий в 1,8 раз, голени – в 1,7 раз, спины – в 1,6 раз, кистей – в 1,5 раз. Через 30 минут

после процедуры уровень увлажненности кожи уменьшился в области предплечий, кистей и голеней – в 1,4 раза по сравнению с исходным уровнем увлажненности кожи. Выводы. Однократное воздействие процедуры бальнеотерапии вызывает повышение уровня увлажненности здоровой кожи детей через 5 минут после процедуры преимущественно в областях, непосредственно контактирующих с водой. Через 30 минут после окончания процедуры увлажненность кожи возвращается к исходному уровню за исключением областей предплечий, кистей и голеней, где уровень увлажненности кожи уменьшается.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ УВЛАЖНЕННОСТИ ЗДОРОВОЙ КОЖИ ДЕТЕЙ

Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», АО «Санаторий «Краснозерский», Новосибирск, Россия

Кожа ежедневно подвергается воздействию различных экзогенных физических факторов, что может привести к развитию хронической сухости кожи. Сухость кожи является фактором риска обострения кожных воспалительных заболеваний, таких как атопический дерматит, псориаз, экзема. Новосибирская область расположена в континентальном климате, характеризующимся холодной и продолжительной зимой и достаточно высоким индексом сухости. Данных об увлажнении здоровой кожи у детей в условиях континентального климата недостаточно.

Цель исследования: оценить состояние увлажненности здоровой кожи детей на различных анатомических областях тела в соответствии с возрастными периодами.

Материалы и методы. Исследование проводили в санатории «Краснозерский», расположенном на юго-востоке Западной Сибири. Влажность воздуха в октябре 2018 года на территории Краснозерского района составила 77%, средняя температура воздуха – 1,4°C. Методом случайной выборки среди детей, отдыхающих в санатории, были сформированы две группы. Критерием включения являлось отсутствие заболеваний кожи. В группу 1 вошло 46 детей в возрасте 7–11 лет (23 девочки и 23 мальчика), средний возраст 9,0±0,2 лет. В группу 2–48 детей в возрасте 12–16 лет (25 девочек и 23 мальчика), средний возраст 13,7±0,2 лет. На участие детей в исследовании было получено письменное информированное согласие родителей. Всем детям проводили корнеометрию с помощью аппарата «Soft plus» (Callegari, Италия) в 8 анатомических областях (щеки, лоб, подбородок, грудь, спина, предплечья, кисти, голени). При показателях корнеометрии в пределах 45,0–65,0 у.е. кожу оценивали как нормально увлажненную, 15,1–45,0 у.е. – умеренно сухую, менее 15,0 у.е. – выражено сухую.

Результаты. Показатели корнеометрии в области лба соответствовали нормально увлажненной коже и составили 48,0±3,4 у.е. у детей 1-й группы и 48,0±2,8 у.е. у 2-й группы. Умеренную сухость кожи наблюдали в области подбородка (34,3±3,9 и 34,2±2,9 у.е.), груди (30,9±3,0 и 37,7±0 у.е.), спины (36,2±3,8 и 33,8±3,4 у.е.), голеней (32,8±2,7 и 30,3±2,3 у.е.), щек (28,8±2,1 и 39,9±1,7 у.е.) и на тыле кистей (41,7±3,2 и 31,7±2,9 у.е.) у детей 1 и 2 групп соот-

ветственно. Самый низкий уровень увлажненности кожи был отмечен в области предплечий и составил 22,5±1,9 и 21,7±1,8 у.е. Не было обнаружено значимых различий в показателях увлажненности кожи во всех локализациях между детьми допубертатного и пубертатного возраста. Выводы. Здоровая кожа у детей в возрасте от 7 до 16 лет в условиях континентального климата в осенне-зимний период характеризуется нормальной увлажненностью в области лба и умеренной сухостью на других участках кожи.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭМИ ММД И ЛФК ПРИ ДЕРМАТОЗАХ

Суворов С.А., Толстоколов С.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Использование ЭМИ ММД в практической медицине обусловлено его способностью восстанавливать нарушения гомеостаза. Проникнув в организм, монохроматическое излучение трансформируется на определенных резонансных частотах в информационный сигнал, осуществляющий управление и регулирование восстановительными и приспособительными процессами в организме [Бецкий О.В. и соавт., 1994, 2004; Голант М.Б. и соавт., 1995], происходит нормализация ослабленных за счет возрастных изменений или заболеваний клеток органов, и функционирование их аналогично клеткам здорового организма. [Девятков Н.Д. и соавт., 1991]. Под влиянием ЭМИ ММД происходит перестройка функции иммунокомпетентной системы с аутоагрессивной, обуславливающей процессы иммунопатологии, на трофическую, ведущую к санации [Островский А.Б. и соавт., 1995]. Терапевтический эффект миллиметровых (ММ) волн проявляется в анальгезирующем, противовоспалительном, стимулирующем репаративные процессы, восстанавливающим дегенеративные и дистрофические изменения в органах и клетках действия [Чуян Е.Н. и соавт., 2006], ММ волны можно отнести к управляющей системе, которая способствует нормализации всех систем организма при различных патологических состояниях [Девятков Н.Д. и соавт. 1994]. Важным направлением концепции центральной и межсистемной регуляции стало изучение взаимодействия двух крупных систем – мышечной и кожи. Было доказано доминирующее влияние проприоцепции на функциональную деятельность кожи посредством моторнокожных рефлексов [М.Р. Могендович, 1957, Дацковский Б.М., 1967]. Установлено, что эти рефлексы оказывают детерминирующее влияние на такие функции кожи как потоотделение, терморегуляцию, резорбцию. При этом восстанавливается и поддерживается на должном уровне функционального состояния кожи за счет использования систематических, повторяющихся, дозированных физических упражнений. Физические упражнения создают господствующий очаг возбуждения, предопределяющий в значительной степени характер текущих реакций центров в данный момент [Ухтомский А.А., 1966], и приводят к формированию динамического двигательного стереотипа [И.В. Муравов, 1990]. При этом двигательный стереотип становится главенствующим и приходит на смену так называемому стереотипу болезни. Созданием доминанты движения, постепенно перерастающей в доминанту выздоровления, Мошков В.Н. (1985) объясняет

восстановительный характер действия ЛФК. Этот эффект обеспечивается различными механизмами и, в частности, уменьшением функционального напряжения важнейших систем организма, обозначаемого как «эффект погашения» вегетативных реакций [Муравов И.В., 1990]. Под наблюдением находилось 56 больных экземой (38 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 19 до 65 лет и длительностью патологического процесса от 1 года до 18 лет. У 42 пациентов высыпания носили распространенный характер, эритема и отек дополнялись везикулезными и везикуло-папулезными элементами, явлениями мокнущия и интенсивным зудом. У 14 больных очаги поражения были ограничены и характеризовались инфильтрацией кожи. Проведенные клинические наблюдения свидетельствуют о значительном сокращении сроков лечения больных экземой, получавших дополнительно к гипосенсибилизирующим препаратам ЭМИ ММД (длина волны 5,6 мм) и методов ЛФК. При ограниченной форме заболевания облучали очаги поражения, при распространенной в зависимости от зоны поражения – шейный, грудной и поясничный отделы позвоночника. В результате у пациентов данной группы в среднем на 5–6 дней раньше исчезал зуд, прекращалось появление новых элементов, наступало клиническое разрешение высыпаний. Побочных явлений не отмечено. До лечения в крови больных по сравнению с здоровыми донорами констатировано статистически достоверное снижение бактерицидной активности, уровня лизоцима и увеличение титра комплемента. После курса терапии с использованием ЭМИ ММД и ЛФК показатели неспецифической защиты организма нормализовались. Таким образом, комплексный метод применения ЭМИ ММД в сочетании с ЛФК оказывает противовоспалительный, противовоспалительный и гипосенсибилизирующий эффект, повышает показатели неспецифической защиты организма и может быть рекомендован в комплексном лечении больных дерматозами.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ УФБ-311 ФОТОТЕРАПИИ И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТАКРОЛИМУСА У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

*Турбовская С.Н., Круглова Л.С., Корчажкина Н.Б.
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная Государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия*

Безусловно, псориаз относится к одной из самых распространенных патологий в структуре дерматологических заболеваний. Считается, что в последние десятилетия псориаз «помолодел». Так ретроспективные исследования показывают, что до 30 процентов пациентов с псориазом имеют дебют заболевания до 20-летнего возраста. В связи с этим исследования направленные на оценку эффективности и безопасности применения немедикаментозных методов лечения у детей, в том числе фототехнологий, является весьма перспективным направлением. И несмотря на то, что для большинства больных детского возраста с умеренным течением псориаза основное лечение – это топические препараты, в ряде случаев наиболее приемлемым можно считать включение в терапевтический комплекс локальной УФВ 311нм фототерапии, для которой характерна

высокая эффективность при практически полном отсутствии побочных эффектов, в том числе в отдаленный период. Материалы и методы. Целью нашего наблюдения стало изучение эффективности узкополосной средневолновой фототерапии 311 (УФБ 311 нм.) в сочетании с наружным применением такролимуса (0,03%). Под наблюдением находилось 26 пациентов в возрасте от 10 до 16 лет со среднетяжелыми формами псориаза и резистентностью к стандартной медикаментозной терапии. Всем пациентам была назначена комбинированная терапия, включающая общую УФВ 311 нм фототерапию и топическое применение препарата такролимус. Время облучения было индивидуально рассчитано в зависимости от фототипа кожи пациента. Начальное время облучения (1 поле) – 10–15 секунд (35–53 кДж/см²) для 1 и 2 фототипа, 20–30 секунд (70–105 кДж/см²) – для 3 фототипа. Последующее время облучения увеличивается на 5–10 секунд (18–35 кДж/см²) на каждую последующую процедуру. Максимальное время облучения одного очага не превышало для 1 фототипа – 2 минут (410 кДж/см²), для 2 фототипа – 3 минут (615 кДж/см²), для 3 фототипа – 4 минут (840 кДж/см²). Процедуры проводились 3 раза в неделю, на курс – 25–30. Наружное нанесение мази такролимус (0,03%) осуществлялось ежедневно 2 раза в день курсами от 2 до 3 месяцев. Результаты: у большинства пациентов вне зависимости от клинической формы отмечалась выраженная положительная динамика в отношении клинических симптомов заболевания. Клиническая ремиссия (уменьшение индекса PASI более чем на 95% от исходного значения) достигнута у 17 пациентов (65%). Значительное улучшение (уменьшение индекса PASI более чем на 75% от исходного значения) у 9 пациентов (35%). Лечение всеми пациентами переносилось хорошо. Данные результатов клинических анализов крови и мочи, а также биохимического анализа крови не выявили сколько ни будь значимых изменений в конце курса терапии, что подтверждает высокую безопасность метода. Выводы: таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать предварительные выводы о хорошем терапевтическом эффекте сочетанного применения мази такролимус 0,03% и УФБ 311 нм у детей со среднетяжелыми формами псориаза.

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ И НЕДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ О ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ

*Ускова К.А., Орехова Ю.И., Шлишко И.Л.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия*

Введение. Кожа – самый большой и самый доступный для обследования орган. Несмотря на это, заболеваемость злокачественными опухолями кожи за последние 10 лет выросла в полтора раза среди других онкологических заболеваний [Каприн А.Д., 2017]. Меланома является одной из самых опасных, агрессивно протекающих злокачественных опухолей, развивающаяся из меланоцитов. Каждый год диагностируют около 500 тыс. новых случаев рака кожи. Огромное значение для прогноза имеет стадия, на которой диагностируют новообразование, именно поэто-

му своевременная и качественная диагностика опухоли на ранней стадии является залогом успешного лечения таких пациентов и дает больше шансов на выздоровление. Раннее выявление злокачественных новообразований и достижение высоких показателей выживаемости возможно при выполнении двух условий. Первое – осмотр специалистом, который может заподозрить заболевание на ранней стадии. А второе – информированность населения о ранних признаках злокачественных новообразований кожи и доступность медицинской помощи для обеспечения своевременного обращения пациентов. В связи с этим нами была предпринята попытка оценки информированности врачей неонкологических специальностей и не дерматологов, осматривающих кожу в рутинной практике.

Цель исследования. Оценить осведомленность врачей недерматологических и неонкологических специальностей в вопросах профилактики, клиники и факторах риска.

Материалы и методы. 1). Была создана анкета для врачей, содержащая 21 вопрос. 2). Опросили 130 врачей (116 женщин и 14 мужчин). В возрасте от 25 до 78 лет (в возрастном диапазоне: от 25 до 40 – 50 (38,47%); от 41 до 60 – 58 (44,62%); от 61 до 78 – 22 (16,92%) человека). 3). Провели статистический анализ, используя 2 вопроса из анкеты: «Принадлежит ли базалиома к злокачественным опухолям?»; «Опасно ли загорать в детском возрасте?»

Результаты. На вопрос о принадлежности базалиомы к злокачественным опухолям правильно ответило 92,86% мужчин и 85,34% женщин, а на вопрос о потенциальной опасности загара в детском возрасте – только 35,71% мужчин и 66,38% женщин дали верные ответы. Проведя анализ правильных ответов в разных возрастных группах, можно сделать следующие выводы: в первой группе (от 25 до 40 лет) правильно ответили на первый вопрос – 88%, а на второй – 72% врачей. Во второй группе (от 41 до 60 лет) правильно ответили на первый вопрос – 86,21%; на второй – 58,62%. В третьем возрастном диапазоне (от 60 до 78 лет) верно ответили на первый вопрос – 72,73%; на второй – 54,55%. Следовательно, больший процент правильных ответов был у врачей в возрастном диапазоне от 25–40 лет, а меньший в диапазоне от 61 до 78 лет. Заключение. Таким образом, результаты опроса среди врачей по заданным вопросам показали, что уровень осведомленности медицинских работников удовлетворительный. С целью повышения уровня знаний врачей необходимо провести минимальные образовательные программы для лучшей осведомленности в вопросах ранней профилактики, клиники, факторах риска, а также правильной маршрутизации таких пациентов.

ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И ВИТИЛИГО

Хамаганова И.В., Петунина В.В., Маляренко Е.Н., Радионова Е.Е., Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В., Дендоброва Ф.Н., Кошелев Ю.А.

*Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения города Москвы
филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва Россия*

Ранее было показано, что сочетание очаговых форм склеродермии и витилиго может быть обусловлено сходными

патогенетическими механизмами. Целью настоящего исследования было изучение сопутствующей патологии у подобных пациентов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 14 пациенток, страдавших очаговой склеродермией и витилиго. Возраст женщин был от 17 до 52 лет. У 11 пациенток появление очагов витилиго предшествовало развитию очаговой склеродермии, у 3 очаговая склеродермия предшествовала появлению витилиго.

Результаты исследования. У 6 из пациенток был выявлен сахарный диабет второго типа, у 3 – хронический аутоиммунный тиреоидит. 2 женщины страдали хроническим тонзиллитом, 2 – хроническим гастритом, 1 – вегетативно-сосудистой дистонией. У 1 пациентки артериальная гипертензия сочеталась с варикозной болезнью нижних конечностей.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о значительном распространении эндокринной патологии (9 из 14) у пациенток с сочетанием ограниченной склеродермии и витилиго.

ДЕПРОТЕИНИЗИРОВАННЫЙ ДИАЛИЗАТ ИЗ КРОВИ ЗДОРОВЫХ МОЛОЧНЫХ ТЕЛЯТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Радионова Е.Е., Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В., Дендоброва Ф.Н.

*Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии
Департамента здравоохранения города Москвы
филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва, Россия*

В многочисленных исследованиях было обосновано значение депротенизированного диализата из крови здоровых молочных телят в комплексном лечении различных форм склеродермии. Препарат стимулирует пролиферацию фибробластов, ответственных за синтез коллагена, стимулирует синтез коллагена в молодых растущих тканях, активизирует метаболические процессы в клетках (увеличивает потребление кислорода клетками, стимулирует транспорт глюкозы внутрь клеток), что в совокупности позволяет поврежденным клеткам организма быстрее регенерировать и восстанавливаться.

Целью нашего исследования было изучение эффективности депротенизированного диализата из крови здоровых молочных телят в комплексном лечении очаговой склеродермии

Материал. Под нашим наблюдением находилось 32 пациентки в возрасте от 18 до 56 лет. У 19 была диагностирована бляшечная склеродермия, у 8 – атрофодермия Пазини-Пьерини, у 5 – линейная склеродермия. Все женщины получали 1 млн ЕД 2 раза в сутки внутримышечно, на курс 15–40 млн ЕД, внутримышечно, 1 раз в 3 дня – конъюгат лидазы с полиоксидонем – 5–15 инъекций на курс, пентоксифиллин 100–200 мг перорально 3 раза в сутки. Наружно на очаги поражения, 2 раза в день применяли мазь, содержащую депротенизированный диализат из крови здоровых молочных телят. Результаты. После 14-дневного курса лечения у 12 пациенток было отмечено значительное улучшение, у 19 – улучшение, у 1 – процесс стабилизировался.

Таким образом, полученные результаты подтверждают целесообразность использования депротеинизированного диализата из крови здоровых молочных телят в комплексном лечении очаговой склеродермии.

АДЕМЕТИОНИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

*Хамаганова И.В., Денисова Е.В., Моднова А.Г., Оленич И.В., Максимова М.В., Лыткина Е.А.
Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», Москва, Россия*

В настоящее время не вызывает сомнений целесообразность проведения пациентам с псориазом терапии, обладающей антиоксидантным, антидепрессивным, гепатопротективным, нейротропным, детоксицирующим действием. Адметионин обладает перечисленными действиями, что позволяет обосновать его применение при псориазе.

Целью настоящего исследования было изучить эффективность адметионина в комплексном лечении пациентов с псориазом.

Материал. Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов в возрасте от 18 до 49 лет, страдавших псориазом в течение 1–29 лет. Среди пациентов было 19 женщин, 17 мужчин. У 32 пациентов был диагностирован вульгарный псориаз, у 4 – экссудативный. На момент обследования все пациенты получали десенсибилизирующие препараты, наружно – глюкокортикоидные топические средства. Учитывая тонирующее действие Адметионина, препарат назначали внутрь в первую половину дня (суточная доза составляла 800–1600 мг).

Результаты. Все пациенты лечение переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных эффектов отмечено не было. По окончании 21 дня терапии у 14 пациентов было отмечено значительное улучшение, у 21 – улучшение, у 1 – стабилизация процесса.

Заключение. Полученные нами данные свидетельствуют о практической целесообразности включения адметионина в комплексную терапию псориаза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕТОКСИПСОРАЛЕН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Хамидов Ф.Ш., Насриддинова Н.Б., Хамидова М.З., Пулатов Б.Т., Хамидов С.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан*

Цель исследования. Изучить в комплексной терапии клиническую эффективность препарата метоксипсорален (Methoxsalen) у больных витилиго в условиях жаркого климата Андижанской области.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 86 больных витилиго (52 женщины, 34 мужчины) в возрасте от 18 до 64 лет. У 20 больных диагностировано несегментарный

(NSV), у 35 – сегментарный (SV) и у 31 – смешанные типы витилиго. У больных витилиго было изучено влияние на кожный процесс и на дерматологический индекс качество жизни (ДИКЖ) мази метоксипсорален (0,75% – 30,0) в комплексной терапии. Причинами, приводящие к развитию витилиго были: различные психические (стрессы и др.) травмы (у 42 пациентов), наследственная предрасположенность (N – 17), физическая и химическая травма (N – 23). Причина заболевания не выявлено у 4 больных. Больным в комплексной терапии местно назначался препарат метоксипсорален. Больные исследуемый препарат наносили на область поражения 1 раз в день, вечером. Метоксипсорален – выделен из семян растения *Amni majus*. Относится к псораленам.

Результаты исследования. До лечения ДИКЖ у больных витилиго составил $28,18 \pm 0,22$ баллов, а после 1 месяца комплексной терапии ДИКЖ снижался до $24,01 \pm 0,35$ балла, к концу 3 месяца – $21,01 \pm 0,17$ балла. Но у 67 больных к концу 3 месяца в патологических очагах начало появляться пигментация в депигментивных очагах. Из 86 пациентов у 28 больных после применения препарата метоксипсорален развился ожог и/или контактный дерматит (наблюдались эритемы, везикулы, пузыри). После соответствующей терапии, лечение метоксипсораленом было продолжено. Выводы. Мазь метоксипсорален во время лечения показал себя с положительной стороны. У 67 больных витилиго отмечался появление депигментированных очагов пигментации. Первые 3 месяца лечения после применения препарата наблюдался снижение ДИКЖ. Препарат удобен в применении, хотя препарат может вызывать ожог и контактный дерматит.

ПРЕПАРАТ ДЕРМОБАКТЕР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ (ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ) ЭКЗЕМОЙ

Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Пулатов Б.Т., Хамидова М.З., Ботиров К.З., Алиев Л.М., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Дермобактер» у больных микробной (паратравматической) экземой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 122 больных (60 мужчин и 62 женщины) в возрасте от 18 до 55 лет. У всех больных было диагностировано микробная (паратравматическая) экзема. У всех больных патологические очаги развились на местах повреждений и вокруг операционных травм. У больных в очагах поражения наблюдались асимметрично расположенные множественные воспалительные пятна, нечеткой границей, на поверхности которых виднелись папулы, пустулы, микровезикулы с прозрачной или мутной жидкостью, эрозии, мокнутие, в некоторых местах отмечались образование гнойных и серозных корок, шелушения. Больных беспокоили сильный зуд и жжение в области патологического очага. Больные получили стандартное лечение (антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, антибиотики и др.), и в составе комплексной терапии, чтобы остановить мокнутие применялся охлажденный раствор Дермобактера в разведении 1:2 (для разведения применялся дистиллированная вода). Препарат состоит из 50% раствора бензалкония хлорида (985 мг, что соответствует бензалкония хлорида 500 мг), раствора хлор-

гексидина диглюконата (1065 мг, что соответствует хлоргексидина диглюконата 200 мг). Раствор применялся в виде примочек каждые 4-5 часов в течение 1-3 дней.

Результаты исследования. У больных микробной (паратравматической) экземой в основном на следующий день после начала лечения раствором Дермобактер, в очагах поражения начиналось высыхание мокнущих очагов поражения (на месте микровезикул и пустул образовывались серозные и гнойные корки), снижалось зуд и жжение. У всех больных в среднем через $2,4 \pm 0,4$ дня прекращалось появление микровезикул, пустул и начиналось заживление очага поражения. Сильный зуд уменьшился после применения антигистаминных препаратов. После применения кремов и мазей регресс воспалительных явлений усиливался, и время выздоровления у всех больных укорачивалось, не отмечалось побочных явления.

Вывод. Препарат «Дермобактер» оказался эффективным препаратом для местного применения в лечении микробной (паратравматической) экземы, он быстро высушивал мокнущие очаги, не окрашивал кожу и удобен в применении.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ РОЗАЦЕА

Хлыстова Е.А., Дмитриева А.С.

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

Введение. Розацеа – это хроническое, рецидивирующее заболевание, преимущественно, кожи лица, имеющее в своей основе разную этиологическую природу и характеризующееся стадийным течением. На данный момент широко используются схемы системного лечения розацеа среднетяжелой и тяжелой степени низкими дозами изотретиноина и противовоспалительными дозами доксициклина, а так же в 2017 г. на базе МНПЦДК была подтверждена эффективность наружной монотерапии (ивермектином и бримонидином тартратом) в том числе и при тяжелых формах розацеа. Однако данных о применении ивермектина и бримонидина тартрата у пациентов с тяжелыми торпидными формами на фоне системной терапии недостаточно. Целью работы явилась сравнительная оценка эффективности наружной монотерапии (бримонидина тартрат и ивермектин 1%) и комбинированной терапии (системная терапия низкими дозами доксициклина/изотретиноина в сочетании с наружной терапией ивермектином и бримонидина тартратом).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в МНПЦДК ДЗМ находились 35 больных с установленным диагнозом розацеа. Из них эритематозный подтипрозацеа наблюдался у 13 пациентов, папуло-пустулезный – у 22 пациентов. В зависимости от подтипа розацеа и все пациенты были разделены на 2 группы: пациенты с эритематозным подтипом розацеа и пациенты с папуло-пустулезным подтипом розацеа. Каждая группа была разделена на подгруппы в зависимости назначаемой схемы лечения. Оценка степени тяжести розацеа проводилась с помощью Шкалы Диагностической Оценки Розацеа (ШДОР) до начала лечения и через три

месяца терапии. Оценка выраженности клинических проявлений заболевания проводилась по критериям Investigator Global Assessment (IGA) до и через 3 месяца лечения. Оценка качества жизни производилась по Дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ) (Dermatology Life Quality Index). Для опроса больных нами был использован русифицированный вариант анкеты.

Результаты. Исходя из полученных данных, у пациентов всех групп, получающих комбинированную терапию, результаты проведенного лечения оказались более значимыми, чем в группах, получающих наружную терапию. Необходимо отметить, что системная терапия низкими дозами изотретиноина в сочетании с наружной терапией иверметкином у пациентов с папуло-пустулезным типом розацеа показала лучшие результаты в виде значимого снижения степени активности кожного процесса, однако равные значения динамики качества жизни пациентов в сравнении с терапией субклиническими дозами доксициклина.

Обсуждение: 1. У пациентов с эритематозным подтипом розацеа среднетяжелой и тяжелой степени, более эффективным оказалось применение комбинированной схемой лечения в сравнении с монотерапией. По динамике оценки степени тяжести розацеа по ШДОР, в группе с эритематозным типом розацеа эффективность комбинированной терапии оказалась выше на 33,3%, в группе с папуло-пустулезным типом розацеа в подгруппе с комбинированным применением доксициклина и ивермектина эффективность терапии была выше на 23%, в подгруппе с комбинированным применением изотретиноина и ивермектина на 54,87% по сравнению с результатами в подгруппе на монотерапии. 2. По оценке качества жизни по опроснику ДИКЖ после проведенного лечения, показатели качества жизни больных, получающих комбинированное лечение, были также выше, чем в группе на монотерапии: у пациентов с эритематозным типом показатели качества жизни улучшились на 33%, в сравнении с подгруппой на монотерапии. В группе с папуло-пустулезным подтипом розацеа показатели качества жизни улучшились на 2,86%, в подгруппе на изотретиноине + ивермектин на 7,14 % по сравнению с подгруппами на монотерапии. 3. У пациентов с папуло-пустулезным типом розацеа средне-тяжелой и тяжелой степени комбинированная терапия оказалась также значительно эффективнее, причем результат терапии в группе, получающей системные ретиноиды в субклинических дозировках и наружную терапию иверметкином по шкале ШДОР был более выраженным, однако не отличался по показателям динамики качества жизни больных, что, связано с побочными эффектами на фоне системного применения изотретиноина.

ФУЛЬМИНАНТНАЯ РОЗАЦЕА У МУЖЧИН – ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Хостикоева К.К., Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Оганесян М.В., Парыгина О.В., Шин Н.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Санкт-Петербургский Государственный университет», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Фульминантная розацеа (ФР, Pyoderma faciale) впервые была описана Р. O'Leary и R. Kierland в 1940 г. Это редкое заболева-

ние встречается наиболее часто у женщин молодого возраста (средний возраст 31,3 года, Walsh RK, et al., 2018). Случаи заболевания у мужчин малочисленны – к настоящему времени описано 10 пациентов (A. Carter, 2016; T.G. KIM, 2010). Под нашим наблюдением в Санкт-Петербургском ГБУЗ «Городской КВД» в период с 2015 по 2019 год было 3 пациента с диагнозом ФР. Целью исследования является оценка особенностей клинической картины, триггерных факторов и эффективности терапии ФР у мужчин. Все пациенты обратились с жалобами на высыпания на коже лица. Клиническая картина заболевания характеризовалась выраженным отеком лица, множественными болезненными папулами, пустулами и сливными узлами на фоне синюшно-красной эритемы. У одного пациента процесс захватывал всю кожу лица, у двух – носил ограниченный характер, вовлекая кожу носа и щек. Нарушений общего состояния не отмечалось ни у одного из трех больных. На момент обращения возраст пациентов варьировал от 36 до 59 лет и в среднем составил 50 лет. Все три пациента имели в анамнезе розацеа, по поводу которой получали терапию. Один пациент на протяжении года получал топический препарат цинка пиритиона, второй – самостоятельно использовал наружно лимонный сок, деготь и сок алоэ, у третьего заболевание началось после курса пилингов. Из сопутствующих заболеваний два пациента страдали патологией желудочно-кишечного тракта (в одном случае – гастрит, в другом – панкреатит, холецистэктомия, гастродуоденальная резекция по поводу аденомиоматоза холедоха). Всем пациентам на разных этапах лечения (в том числе до обращения в «Городской КВД») назначались антибактериальные препараты. У двух пациентов антибактериальная терапия оказалась неэффективной, и пациентам был назначен изотретиноин в суточной дозе 0,5 мг/кг на протяжении 4х месяцев с хорошим эффектом. Один пациент получил курс доксициклина, начав со суточной дозы 200 мг в сутки (3 недели) и в дальнейшем с переходом на субмикробные дозы (50 мг в сутки на протяжении 3х месяцев). Одному пациенту после окончания курса лечения проведена лазерная коагуляция сосудов. Таким образом, ФР является редким заболеванием, особенно у мужчин. Мужчины, страдающие ФР, несколько старше чем женщины с данным дерматозом. Все мужчины, находившиеся под нашим наблюдением, получали лечение по поводу розацеа на протяжении нескольких лет, в том числе нерациональную и агрессивную терапию перед формированием фульминантной формы заболевания. Монотерапия антибактериальными препаратами в лечении ФР является неэффективной. Препаратом выбора следует считать изотретиноин.

ВЕРоятность ГИПО- И ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Чамурлиева М.Н., Кортаева Т.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Введение. Псориаз – хроническое неинфекционное рецидивирующее аутоиммунное заболевание с преимущественным поражением кожного покрова, волосистой части головы и ногтей, относящееся к группе дерматозов. По статистике распространенность псориазического артри-

та (ПсА) у больных псориазом в Российской Федерации составляет около 5,6%. Низкий процент может быть обусловлен гиподиагностикой данного заболевания. Необходимо отметить, что эффективность скрининга ПсА в дерматологических клиниках остается неизвестной.

Цель: оценить распространенность диагностики ПсА у больных псориазом в дерматологической клинике в соответствии с данными опросника mPEST (modified Psoriasis Epidemiology Screening Tool модифицированный скрининговый опросник для выявления ПсА у больных псориазом в эпидемиологических исследованиях), ревматологической оценкой и критериями CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis – классификационные критерии псориазического артрита).

Методы: В исследование включено 103 больных (47 мужчин, 56 женщин) с бляшечным псориазом, средний возраст составил $43,06 \pm 1,71$ лет, BSA (распространенность псориаза) – $5,83 \pm 1,63\%$, PASI (индекс тяжести псориаза) – $5,05 \pm 1,23$, DQoL (индекс качества жизни) – $8,57 \pm 0,94$. Перед осмотром дерматолога все пациенты заполняли скрининговый опросник mPEST. При mPEST ≥ 3 предполагали наличие ПсА, при mPEST < 3 предполагали отсутствие ПсА. Все пациенты были осмотрены ревматологом для подтверждения/исключения диагноза ПсА. Критерии CASPAR считается «золотым стандартом» для диагностики ПсА.

Результаты: На основании клинического осмотра дерматолога и результатов опросника mPEST диагноз ПсА предполагался у 52 (50,4%) из 103 пациентов, из них по критериям CASPAR ПсА установлен у 42 (80,7%). Отсутствие ПсА предполагалось у 51 (49,5%) пациента, из них по критериям CASPAR ПсА установлен у 19 (37,2% – ложноотрицательный результат). На основании клинического осмотра ревматолога диагноз ПсА предполагался у 59 (57,2%) из 103 пациентов, из них по критериям CASPAR ПсА установлен у 56 (94,9%). Отсутствие ПсА предполагалось у 44 (42,7%) пациентов, из них по критериям CASPAR ПсА установлен у 5 (11,3% – ложноотрицательный результат). Таким образом, ПсА был установлен у 61 (59,2%) из 103 пациентов, а у 29 (47,5%) из 61 диагноз был установлен неверно.

Вывод: Для правильной диагностики ПсА у больных псориазом недостаточно использовать только скрининговый опросник mPEST из-за большого количества гипо- и гипердиагностики заболевания. Все пациенты при наличии суставных жалоб должны быть осмотрены ревматологом в соответствии с критериями CASPAR, независимо от результатов опросника. Только междисциплинарный подход дерматологов и ревматологов позволит снизить процент гипо- и гипердиагностики ПсА в дерматологических клиниках.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ И ЗАРУБЕЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

Чеботарев В.В., Чеботарева Н.В.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

На сайте Минздрава России был опубликован проект новых Федеральных клинических рекомендаций (ФКР) для обсуждения и внесения предложений [1]. «Новыми» по разделу ИППП они не оказались. Первый вопрос возника-

ет по разделу «Сифилис». Все схемы лечения основаны на назначении пенициллина, за исключением случаев его непереносимости. При непереносимости предпочтение отдают цефтриаксону. В настоящее время в стране отсутствуют препараты пенициллинового ряда. Лишь единичные диспансеры их имеют. Об этом главные врачи информировали (письменно) ГНЦДК и РОДВК, обсуждался этот вопрос на VIII конференции РОДВК в г. Краснодаре (2018) и на XVIII съезде дерматовенерологов в г. Москве (2018). Но до сих пор вопрос не решен. Что же мы должны обсуждать, какие схемы, если не появится пенициллин?

Остановимся тезисно на отдельных разделах ФКР [1].

1. Ранний и поздний нейросифилис. Предлагают после проведения внутривенного (в/в) введения бензилпенициллина натриевой соли (БПНС) назначать Бициллин-1 «с целью поддержания концентрации пенициллина». Эксперты «забыли», что у бициллина-1 минимальная терапевтическая концентрация (МТК) в 4,9 раза ниже, чем у БПНС. То-есть его введение в подобной концентрации будет способствовать переходу *T.pallidum* в цист-, L-формы и так имеющиеся при данных формах сифилиса.

2. Нуждается в обсуждении вопрос о «подготовительной терапии» у лиц с поздним висцеральным сифилисом. По нашему мнению, можно назначать лечение меньшими дозами БПНС в течение 3-5 дней (такая тактика существует у детей с манифестным врожденным сифилисом). При лечении нейросифилиса (НС) видим резкое ухудшение состояния больных по указанным в ФКР схемах. Обсудить схему о начале лечения с внутримышечного введения пенициллина.

3. Лечение детей хламидийной инфекцией (ХИ) с массой тела <45 кг. Обозначен только джозамицин. Дозирование по 50 мг/кг массы тела в сутки, таблетки надо делить на 3 части. Таблетка покрыта оболочкой и неделима. И эта схема фигурирует в клинических рекомендациях (КР) с 2007 г. [2]. Кроме того, согласно инструкции джозамицина, его можно назначать при весе ребенка 10 кг и более. Чем лечить новорожденного? Во всех зарубежных клинических рекомендациях назначают эритромицин. В последних ВОЗовских (2018) – в альтернативной схеме находится суспензия азитромицина 20 мг/кг массы тела однократно перорально 3 дня [3]. Была (но исчезла) эта схема в КР 2008 г. но с дозой 10-15 мг/кг массы тела [4].

4. Лечение беременных. Отсутствует амоксициллин (при непереносимости макролидов). В Европейском руководстве (2015) в первой линии азитромицин, во 2-ой – амоксициллин и эритромицин, в 3-й линии – джозамицин [5].

5. Лечение осложненных форм ХИ (ВЗОМТ). В ФКР рекомендуют монотерапию – доксициклин, джозамицин; альтернативный – офлоксацин. ВЗОМТ монотерапии не подлежит, так как следует «перекрывать» хламидии, гонококки, анаэробы [6, 7]. Одна из схемы ВЗОМТ ЕР (2012): цефтриаксон 500 мг в/м однократно + доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в день 14 дней + метронидазол 400 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней [8]. По нашему мнению дозу цефтриаксона следует увеличить до 1,0 г.

6. Лечение *M.genitalium*. В ФКР – доксициклин, джозамицин и офлоксацин. Во всех зарубежных рекомендациях – короткая схема: азитромицин в 1-й день 500 мг, во 2-5 по 250 мг однократно внутрь [9]. Схема существует с 2010 г., но никогда не упоминалась в КР [10].

7. Стр. 697 абзац 3-й снизу «Диагностика сифилитического поражения внутренних органов опорно-двигательного аппарата...» В классификации сифилиса А.52 указан сифилис ССС в разделе позднего сифилиса. Но сегодня его выявляют и при ранних формах. Стр. 687 ФКР раздел: сифилис внутренних органов и опорно-двигательного: аппарата при ранних

формах А51.4 «В патологический процесс преимущественно вовлекается сердце (ранний кардиоваскулярный сифилис ... В связи с указанным следует на стр. 697 в 3-й абзац дописать «поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы ...».

Итак, ФКР не учитывают сложившуюся ситуацию с пенициллином в стране. За неимением, его лечат больных всеми формами сифилиса цефтриаксоном, что приведет к новой волне висцерального сифилиса, сифилиса сердечно-сосудистой системы, нейросифилиса, врожденного с предсказуемыми печальными последствиями.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИРУСНЫХ ЭКЗАНТЕМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Чепрасова А.В., Касихина А.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», ООО «Линия улыбки», Москва, Россия

Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей являются наименее разработанных разделов детской дерматологии, педиатрии и стоматологии детского возраста. Вирусные инфекции у детей младшего возраста клинически проявляются высыпаниями на слизистых оболочках с вовлечением кожных покровов и увеличением лимфатических узлов.

Цель работы – проанализировать особенности клинической картины вирусных экзантем у детей с характерным дебютом на слизистой оболочке полости рта.

Нами проанализированы амбулаторные карты 53 детей, обратившихся в консультативное отделение ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» и на прием к детскому стоматологу клиники «Линия улыбки» в 2015–2017 гг. Возраст детей варьировал от 2 до 14 лет. Одним из частых заболеваний с поражением полости рта явилась вирусная пузырчатка (болезнь «рук, ног и рта»), которую мы наблюдали у 38 детей. По последним эпидемиологическим данным инфекция в 42% случаев вызывается вирусами Коксаки А16, энтеровирусом 71 – в 38%, сочетанием обоих вирусов – в 7%. Наибольшее число обращений с вирусной пузырчаткой было зафиксировано с периодом с мая по октябрь. У мальчиков инфекция регистрировалась почти в два раза чаще – 25 (66,8%), чем у девочек – 13 (34,2%). Большинство детей были в возрасте от 0 до 5 лет – 35 (91,4%), от 5–10 лет – 2 (6%), старше 10 – 1 (2,6%). У 27(71,0%) детей высыпания на слизистой полости рта и коже практически не сопровождались поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или эти проявления были минимальные. У 11 (29,0%) детей высыпания проявлялись через 7–10 дней после регресса клинических проявлений со стороны ЖКТ. Высыпания во рту представляли собой пузырьки овальной эллиптической или треугольной формы с венчиком гиперемии. Локализация пузырьков по частоте убывания: на спинке и боковых поверхностях языка, деснах, твердом небе. Субъективно всех детей беспокоила болезненность в области высыпаний, усиливающаяся при приеме пищи и жидкости. Поражение слизистой гениталий с дальнейшим эрозированием было у 1 (2,6%) ребенка. На коже высыпания были представлены множественными везикулярными высыпаниями на ладонях, подошвах, лице, разгибательной поверхности конечностей. Повышение температуры тела отмечалось только у половины детей, ри-

норея – у 9 (23,7%) детей. Высыпания на слизистой оболочке полости рта у 29 (76,3%) детей сохранялись в течение 7–10 дней, у остальных регресс происходил в течение 14 дней. Парвовирусная инфекция (пятая болезнь) подтверждена серологическим исследованием у 3 детей в возрасте 9–12 лет. Обращения к дерматологу были связаны с ошибочным расцениванием родителями красных зудящих «нашлепанных щек» как проявлений пищевой аллергии. Поражение слизистой полости рта проявлялось в виде эритемы языка, глотки, красными пятнами на слизистой оболочке щек и неба, болезненных эрозий. Особенностью высыпаний парвовирусной инфекции у подростков являются болезненные эрозии на слизистой, которые нередко интерпретируют как многоформную эритему или аллергическую реакцию на прием лекарственных препаратов. Подъем температуры тела у детей в анамнезе отрицался. Высыпания на слизистой существовали в интервале от 5 до 8 дней. У 5 детей дебют ветряной оспы начинался с пузырьковых высыпаний на слизистой полости рта. Диагностика этого заболевания при эпидемиологическом анамнезе, классическом течении и наличии традиционных высыпаний на коже не составляет трудностей. При отсутствии выраженной температурной реакции и отсутствии высыпаний на коже, рекомендуется серологическое исследование. У 7 детей диагностирован рецидивирующий герпетический стоматит. Данное состояние необходимо дифференцировать с хроническим афтозным стоматитом, в последние годы все чаще встречающимся у детей (5% от числа всех заболеваний слизистой оболочки полости рта). Копрограмма дает основание для дифференциальной диагностики, так как при герпетической инфекции нет копрологических и анамнестических признаков патологии органов пищеварения. Выводы. Исследование показало, что клинические проявления и степень тяжести течения вирусных экзантем на слизистых оболочках и на коже могут варьировать в зависимости от возраста ребенка.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Чистяков Н.Д., Тропин А.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья», Детская поликлиника № 55 (Городская поликлиника № 74), Санкт-Петербург, Россия

Подошвенные бородавки – относятся к разновидностям обыкновенных бородавок, расположенных на подошвенных поверхностях стоп, и, которые могут мешать при ходьбе и вызывать боль. Причиной появления подошвенных бородавок является заражение вирусом папилломы человека (ВПЧ-1, ВПЧ-2, ВПЧ-4, ВПЧ-57). Инфицирование происходит в детстве. В последние годы обращаемость по поводу подошвенных бородавок увеличилась. Удаление этого вида бородавок иногда малоэффективно.

Цель работы: ознакомить практикующих врачей с эффективным простым средством для удаления подошвенных бородавок у детей.

Задачи: провести анализ клинических проявлений изменений в области подошвенных бородавок у детей в процессе лечения.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 41 человек – дети и подростки в возрасте от трех до семнадцати лет с одиночными и множественными бородавками на подошвенной поверхности. Проводилось

клиническое обследование специалистом-дерматовенерологом. Анализировались медицинские карты.

Результаты: 41 ребенку для деструкции бородавок мы применяли репчатый лук, нарезанный на мелкие дольки, опущенные в уксусную кислоту на трое суток. Кожу вокруг бородавки заклеивали лейкопластырем. На поверхность бородавки накладывали частичку лука и опять заклеивали лейкопластырем. Экспозицию определяли в зависимости от размеров образования (от 6 часов до двух суток). Через один-два дня под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина под бородавку убрали омертвевшие ткани и основание бородавки. Рану тушировали 5% раствором перманганата калия. Следующий осмотр проводился через неделю. Как правило, к этому времени рана эпителизовалась. Рецидивы отмечены у 1,5 % больных. Дольки лука, выдержанные в уксусной кислоте мы в течение 20 лет успешно применяем для удаления бородавок и на ладонных поверхностях кистей.

Выводы: 1. Результаты исследований подтверждают возможность применения практикующими врачами эффективной простой методики лечения подошвенных бородавок у детей и подростков. 2. Методика безопасна, не вызывает побочных эффектов и осложнений.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕВУСОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Шамрикова В.А., Дубровская Э.В., Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», АО «Санаторий «Красноозерский», Муниципальное автономное образовательное учреждение г. Новосибирска «Лицей № 9», Новосибирск, Россия

Меланоцитарные невусы представляют собой доброкачественные пигментные образования, которые начинают появляться после 1 года жизни. В детском и подростковом возрасте количество и размеры невусов заметно увеличиваются, что связывают с активным периодом невогенеза, механизмы которого до конца не изучены. Повышенное внимание со стороны врачей к меланоцитарным невусам объясняется распространенностью и плохим прогнозом меланомы. В связи с этим изучение клинических особенностей невусов в детском возрасте актуально. Целью данного исследования является оценка клинических особенностей приобретенных меланоцитарных невусов в детском возрасте.

Задача: клинический анализ меланоцитарных невусов в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Методом случайной выборки из школьников г. Новосибирска были сформированы 3 группы наблюдений, всего в исследовании приняли участие 78 детей в возрасте от 7 до 17 лет. 1-я группа – школьники 1–2 класса в возрасте от 7 до 9 лет (n=28), средний возраст 7,9 ± 0,7 лет, мальчиков 13, девочек 15. 2-я группа – учащиеся 5 класса в возрасте от 10 до 12 лет (n=25), средний возраст 10,9 ± 0,4 лет, мальчиков 11, девочек 14. 3-я группа – школьники 10 класса в возрасте от 16 до 17 лет (n=25), средний возраст 16,1 ± 0,3 лет, мальчиков 9, девочек 16. На участие детей в исследовании было получено письменное информированное согласие родителей. Все участни-

ки проходили полное обследование кожных покровов, за исключением аногенитальной зоны. В исследовании учитывали невусы более 3 мм в диаметре.

Результаты. Общее количество невусов составляет 398. В 1 группе у детей обнаружено 43 невуса, во 2 группе – 119, в 3 группе – 236. В 1 группе среднее количество невусов у одного человека было $1,6 \pm 1,5$, во 2 группе – $4,4 \pm 4,0$, в 3 группе – $9,0 \pm 11,0$. В 1 группе невусы не были обнаружены у 10 (35,7%) детей, у 2 (8%) детей из 2 группы и у 1 (4%) ребенка из 3 группы. Общее количество невусов у одного человека варьировало от 0 до 58. Среднее количество невусов на лице в 1 группе составляло $0,04 \pm 0,19$ невусов, во 2-й – $0,4 \pm 0,8$ и в 3-й – $0,6 \pm 1,0$; на волосистой части головы в 1 группе – $0,2 \pm 0,2$ невусов, во 2-й – $0,2 \pm 0,5$, в 3-й – $0,3 \pm 0,7$; на шее в 1 группе $0,7 \pm 1,0$ невусов, во 2-й – $0,4 \pm 0,7$ и в 3-й – $0,6 \pm 1,0$; на туловище $0,4 \pm 0,6$ невусов в 1 группе, $1,7 \pm 2,0$ – во 2-й, $3,6 \pm 5,5$ – в 3-й; на верхних конечностях в 1 группе $0,1 \pm 0,3$ невусов, $1,2 \pm 1,2$ – во 2-й, $2,5 \pm 3,3$ – в 3-й; на нижних конечностях $0,2 \pm 0,6$ невусов в 1 группе, $0,6 \pm 1,0$ – во 2-й и $1,7 \pm 2,2$ – в 3-й.

Выводы. У детей количество приобретенных меланоцитарных невусов с возрастом увеличивается на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Число невусов и их преимущественная локализация у каждого человека индивидуальны. Среди детей 16–17 лет наибольшее количество невусов расположено на коже туловища и верхних конечностей.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕВОГЕНЕЗ

Шамрикова В.А., Дубровская Э.В., Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», АО «Санаторий «Красноозерский», Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение города Новосибирска «Лицей № 9», Новосибирск, Россия

Приобретенные невусы это доброкачественные пигментные образования, появляющиеся после 1 года жизни. Факторы, предрасполагающие к развитию невусов, включают наследственность, тип кожи, воздействие солнца на кожу в детском возрасте, особенно интенсивное и прерывистое. При этом солнечное воздействие на кожу можно отнести к контролируемым факторам со стороны человека, в связи с чем изучение культуры поведения на солнце в детском возрасте представляет особый интерес.

Целью данного исследования является оценка осведомленности детей о правилах пребывания на солнце.

Задачи исследования: выявление проблемных зон для занятий со школьниками по профилактике рака кожи.

Материалы и методы. Методом случайной выборки из школьников г. Новосибирска было отобрано 78 детей в возрасте от 7 до 17 лет, которые были разделены на 3 группы: 1-я группа школьники 1–2 класса в возрасте от 7 до 9 лет ($n=28$), средний возраст $7,9 \pm 0,7$ лет, мальчиков 13, девочек 15. 2-я группа – учащиеся 5 класса в возрасте от 10 до 12 лет ($n=25$), средний возраст $10,9 \pm 0,4$ лет, мальчиков 11, девочек 14. 3-я группа – школьники 10 класса в возрасте от 16 до 17 лет ($n=25$), средний возраст $16,1 \pm 0,3$ лет,

мальчиков 9, девочек 16. На участие детей в исследовании было получено письменное информированное согласие родителей. Все участники проходили анкетирование. Опрос включал следующие вопросы: личное отношение к загару, отношение к темному («шоколадному») загару, осведомленность об опасности ультрафиолетового излучения, благоприятном времени для пребывания на солнце, использовании солнцезащитных средств, необходимом времени для получения темных оттенков загара, а также представления о том, что представляют собой невусы и какие причины их появления. Все вопросы анкеты были адаптированы для участников младшего возраста.

Результаты. Положительное отношение к загару было у 11 (40,7%) человек 1-й группы, 14 (48,3%) – 2-й и 18 (75,0%) – 3-й. Но «шоколадный» загар хотели получить 14 (51,9%) детей 1-й группы, 11 (37,9%) 2-й и только 9 (37,5%) 3-й. В 1 группе 25 (92,6%) детей не были осведомлены об опасности УФ-излучения, во 2-й – 19 (65,5%) и в 3-й группе – 5 (20,8%). Промежуток времени с 09.00 до 12.00 считали благоприятным для пребывания на солнце 3 (11,1%) детей из 1 группы, 7 (24,1%) – 2-й и 6 (25,0%) – 3-й; период с 12.00 до 16.00 – 2 (7,4%) детей из 1 группы, 2 (6,9%) – 2-й; с 16.00 до 18.00 – 2 (7,4%) детей из 1 группы, 1 (3,4%) – 2-й, 10 (41,6%) – 3-й; с 09.00 до 12.00 и с 16.00 до 18.00 – 2 (6,8%) детей из 2 группы и 8 (33,3%) – 3-й. В 1 группе использовали фотозащитные средства 8 (29,6%) детей, во 2-й – 16 (55,2%), в 3-й – 20 (83,3%). Необходимое время для получения темного загара составляет 1–2 часа у 3 (11,1%) детей из 1 группы, 11 (37,9%) – 2-й, 12 (50,0%) – 3-й; 3–5 часов в 1 группе у 5 (18,5%) детей, 10 (34,5%) – 2-й, 10 (41,6%) – 3-й; более 5 часов у 9 (33,3%) детей из 1 группы, 4 (13,8%) – 2-й; затрудняются ответить 10 (37,0%) человек из 1 группы, 4 (13,8%) – 2-й, 2 (8,3%) – 3-й. Во 2-й группе 27 (93,1%) детей не имели представлений о невусах и причинах их появления, в 3-й – 18 (75,0%).

Выводы. К 17 годам увеличивается количество детей, положительно относящихся к загару, но иметь очень темный оттенок загара хотят дети 7–9 лет. Около 7% детей 7–12 лет считают допустимым пребывание на солнце с 12 до 16 часов. 92% детей 7–9 лет не знают об опасности ультрафиолетовых лучей, только 29,6% из них применяют фотозащитные средства. Информацией о невусах владеет всего 25% детей 16–17 лет и 7% детей 10–12 лет. Таким образом, необходимо проведение обучающих занятий с детьми школьного возраста с 7 лет, повышающих осведомленность об опасности ультрафиолетовых лучей и возможной профилактике их повреждающего действия.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ МЕЛАНИНА КОЖИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ МЕКСАМЕТРИИ

Шамрикова В.А., Дубровская Э.В., Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», АО «Санаторий «Красноозерский», Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение г. Новосибирска «Лицей № 9», Новосибирск, Россия

В настоящее время изучение синтетической активности меланоцитов и механизмов регуляции их деятельности не теряет актуальность, что обусловлено большим количест-

вом заболеваний с участием пигментных клеток. Особый интерес представляет детский возраст, а именно особенности становления синтетической функции меланоцитов. Целью данного исследования является оценка пигментации кожи в детском возрасте.

Задача: измерение уровня меланина методом мексаметрии в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Методом случайной выборки из школьников г. Новосибирска были сформированы 3 группы наблюдений, всего в исследовании приняли участие 78 детей европеоидной расы в возрасте от 7 до 17 лет. 1-я группа – школьники 1–2 класса в возрасте от 7 до 9 лет ($n=28$), средний возраст $7,9 \pm 0,7$ лет, мальчиков 13, девочек 15. 2-я группа – учащиеся 5 класса в возрасте от 10 до 12 лет ($n=25$), средний возраст $10,9 \pm 0,4$ лет, мальчиков 11, девочек 14. 3-я группа – школьники 10 класса в возрасте от 16 до 17 лет ($n=25$), средний возраст $16,1 \pm 0,3$ лет, мальчиков 9, девочек 16. На участие детей в исследовании было получено письменное информированное согласие родителей. Уровень меланина измеряли методом мексаметрии на приборе «Soft plus» («Callegari S.p.A», Италия). Принцип мексаметрии основан на способности кожи поглощать свет. Диапазон значений составляет от 0 до 100 условных единиц (у.е.), ошибка метода не превышает 0,1%. Уровень меланина определяли в 12 локализациях: лоб, подбородок, щеки, грудь, спина, предплечья, кисти, голени.

Результаты. Наибольший уровень содержания меланина зарегистрирован в области предплечий и голени во всех группах. Уровень меланина в коже левого предплечья составляет $27,6 \pm 8,2$ у.е.; $18,8 \pm 8,4$ у.е.; $22,1 \pm 10,2$ у.е.; в правом предплечье – $27,5 \pm 9,6$ у.е.; $19,0 \pm 8,0$ у.е.; $22,7 \pm 9,9$ у.е.; в левой голени – $28,3 \pm 10,8$ у.е.; $23,3 \pm 8,6$ у.е.; $26,7 \pm 10,6$ у.е.; в правой голени – $28,0 \pm 9,4$ у.е.; $21,5 \pm 8,6$ у.е.; $26,4 \pm 11,3$ у.е.; в 1, 2 и 3 группах соответственно. В области щек и груди обнаружен наименьший уровень содержания меланина. Уровень меланина в коже левой щеки составляет $8,0 \pm 4,7$ у.е.; $4,4 \pm 3,4$ у.е.; $9,5 \pm 4,1$ у.е.; в правой щеке – $9,5 \pm 5,2$ у.е.; $4,4 \pm 3,3$ у.е.; $10,0 \pm 4,0$ у.е.; в груди – $9,0 \pm 7,9$ у.е.; $4,6 \pm 3,8$ у.е.; $4,6 \pm 3,8$ у.е.; в 1, 2 и 3 группах соответственно. Средние значения уровня меланина обнаружены в области лба: $11,1 \pm 6,1$ у.е.; $9,1 \pm 4,4$ у.е.; $14 \pm 5,5$ у.е.; в подбородке: $10,3 \pm 8,8$ у.е.; $9,1 \pm 4,4$ у.е.; $18,5 \pm 22,1$ у.е.; в правой кисти – $17,3 \pm 10,0$ у.е.; $8,5 \pm 5,5$ у.е.; $12,9 \pm 5,7$ у.е.; в левой кисти: $15,9 \pm 7,9$ у.е.; $8,4 \pm 5,1$ у.е.; $12,9 \pm 5,3$ у.е.; в спине – $13,1 \pm 9,4$ у.е.; $8,5 \pm 7,4$ у.е.; $9,5 \pm 8,6$ у.е.; в 1, 2 и 3 группах соответственно. Дисперсионный анализ полученных данных показал зависимость между анатомической областью и уровнем меланина в коже (дисперсия признака 17,2%, p -value ≤ 0.05). Не обнаружено зависимости между возрастом ребенка и уровнем меланина в коже.

Выводы. Значения уровня меланина индивидуальны, варьируют от 1 до 67 у.е. (из 100 возможных), не зависят от возраста ребенка. Содержание меланина более высокое в коже предплечий и голени, и самое низкое в области щек и груди у детей всех возрастных групп.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕВУСОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Шамрикова В.А., Дубровская Э.В., Сорокина Е.Д., Крахалева Ю.А., Курнявкина Е.А., Сергеева И.Г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», АО «Санаторий «Красноозерский», Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение города Новосибирска «Лицей № 9», Новосибирск, Россия

Меланоцитарные невусы представляют собой доброкачественные образования кожи, относящиеся к порокам развития эпидермальных и дермальных меланоцитов. На детский возраст приходится динамичный период невогенеза, что обуславливает увеличение количества невусов в детском и подростковом возрасте. Однако механизмы невогенеза до конца не изучены. В связи с этим использование дерматоскопии с целью изучения особенностей невогенеза в разных возрастных группах остается актуальным.

Целью данного исследования является оценка распространенности дерматоскопических паттернов пигментных невусов в детском возрасте.

Материалы и методы. Методом случайной выборки из школьников г. Новосибирска были сформированы 3 группы наблюдений, всего в исследовании приняли участие 78 детей в возрасте от 7 до 17 лет. 1-я группа – школьники 1–2 класса в возрасте от 7 до 9 лет ($n=28$), средний возраст $7,9 \pm 0,7$ лет, мальчиков 13, девочек 15. 2-я группа – учащиеся 5 класса в возрасте от 10 до 12 лет ($n=25$), средний возраст $10,9 \pm 0,4$ лет, мальчиков 11, девочек 14. 3-я группа – школьники 10 класса в возрасте от 16 до 17 лет ($n=25$), средний возраст $16,1 \pm 0,3$ лет, мальчиков 9, девочек 16. На участие детей в исследовании было получено письменное информированное согласие родителей. Все участники проходили полное обследование кожных покровов, за исключением аногенитальной зоны. В исследование включены невусы размером от 3 мм ($n=398$), их дерматоскопическое исследование проводили дерматоскопом Heine MINI 10X с иммерсией 70% этиловым спиртом. Все невусы, в соответствии с их дерматоскопическими паттернами, были разделены на ретикулярные, глобулярные, бесструктурные и смешанные (ретикулярно-глобулярные). Такие паттерны как глобулярно-бесструктурные и ретикулярно-бесструктурные относили к глобулярным и ретикулярным соответственно. Невусы, расположенные на ладонях, подошвах и волосистой части головы, были учтены при подсчете общего количества, но не учитывали при оценке паттернов, так как для них характерны отдельные специфические паттерны, обусловленные особенностью их локализации.

Результаты. При дерматоскопии невусов у детей было замечено, что паттерны у одного человека в большинстве невусов являются однотипными. Учитывая разное количество невусов у каждого ребенка и схожесть дерматоскопических паттернов этих невусов, мы считали паттерн присутствующим у ребенка если он был хотя бы в одном из невусов. В 1 группе из 28 детей у 10 человек невусы отсутствовали, среди остальных детей ретикулярный паттерн был у 4 (14,3%), глобулярный – у 16 (57,1%), бесструктурный – у 2 (7,1%). Во 2 группе из 25 детей ретикулярный паттерн обнаружен у 5 (20,0%), глобулярный – у 23 (92,0%), бесструктурный – у 3 (12,0%), комбинированный – у 3 (12,0%). Только 2 ребенка

не имели невусов на коже. В 3 группе из 25 детей ретикулярный паттерн встречали у 11 (44,0%), глобулярный – у 23 (92,0%), бесструктурный – у 9 (36,0%), комбинированный – у 7 (28,0%). У одного ребенка невусы отсутствовали. При оценке всех 398 невусов более 3 мм диаметром у детей 3-х групп глобулярный паттерн обнаружен в 303 (76,1%) невусах, ретикулярный – в 40 (10,1%), бесструктурный – в 42 (10,5%), комбинированный – в 13 (3,3%).

Обсуждение. В ходе данного исследования было показано, что глобулярный паттерн преобладает во всех возрастных группах. С возрастом увеличивается количество детей, имеющих невусы более 3 мм диаметром, соответственно увеличивается разнообразие дерматоскопической картины пигментных образований.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИХЕНОИДНОГО ПАРАПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Шацкая Е.Е.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

В практике дерматолога диагностика лихеноидного парапсориаза у детей вызывает определенные трудности, связанные, в первую очередь, с редкостью данного дерматоза. Актуальность проблемы также связана с отсутствием в литературе данных об особенностях клинического течения различных вариантов и катамнеза заболевания у детей.

Цель работы – провести анализ клинического течения лихеноидного парапсориаза у детей, получивших амбулаторное лечение и находившихся на диспансерном наблюдении в консультативно-поликлиническом отделении ГБУЗ «МН-ПЦДК ДЗМ» в 2017–2018 гг.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 5 детей с диагнозом острый лихеноидный оспенновидный парапсориаз в возрасте от 2,5 до 14 лет, среди них 4 (80,0%) мальчиков и 1 (20,0%) девочка, что соответствует литературным данным о более высокой частоте встречаемости заболевания среди представителей мужского пола (соотношение от 1,5:1 до 3:1). Следует отметить, что до обращения в консультативное отделение Центра диагнозов парапсориаза не был выставлен ни одному пациенту. Дети получали лечение по поводу ветряной оспы, аллергического дерматита, atopического дерматита, васкулита, нумулярной экземы. До лечения высыпания на коже характеризовались появлением плоских папул розового цвета размером до 0,8 см, покрытых сероватыми чешуйками, отделяющихся целиком при поскабливании (шелушение по типу «облатки»). У всех мальчиков (возраст дебюта парапсориаза варьировал от 3 лет 9 месяцев до 11 лет) наблюдался непродолжительный субфебрилитет, определялись положительные симптом пурпуры и феномен щипка. Лечение проводилось в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями: антибиотикотерапия, топические глюкокортикостероиды. Для ускорения реабилитации и устранения астенического синдрома дополнительно были рекомендованы 2-х недельные курсы аскорутина, раствора левокарнитина. На фоне терапии в течение месяца папулы полностью регрессировали с образованием вторичных эритематозных пятен, очагов стойкой гипер- и/или депигментации, имевших тенденцию к регрессу в течение 3–4 месяцев. При дерматоскопии определялись точечные сосуды и геморрагические корочки на эритематозном фоне, чешуйки сероватого

цвета. У наблюдаемой девочки лихеноидный парапсориаз (по типу PLUSH) дебютировал в 1 год 6 месяцев и был подтвержден гистологически. Pityriasis lichenoides with ulceronecrosis and hyperthermia (PLUH) – тяжелый вариант заболевания с язвенным поражением известен как лихеноидный петириаз с язвенно-некротическими изменениями и гипертермией. В течение анализируемого периода кожный процесс имел распространенный, персистирующий характер и отличался устойчивостью к проводимой системной и наружной терапии. Высыпания были представлены папулами розового цвета и пузырьками с центральным геморрагическим некрозом, а также мелкими плоскими лентикулярными папулами с шелушением в центре по типу «облатки». На месте вариолиформных элементов формировались множественные белесоватые атрофические рубчики, часть папул разрешалась с формированием очагов вторичной гиперпигментации. При дерматоскопии дополнительно определялись атрофические беловатые очаги без структуры нормального кожного рисунка, роста пушковых волос. Всем детям было проведено серологическое обследование с целью исключения вирусносительства. Положительные титры антител класса IgG к вирусу Эпштейн-Барр выявлены у четырех пациентов, герпесвируса человека VI типа (ВГЧ VI) – у всех пяти пациентов, к цитомегаловирусу – у двух пациентов. Обсуждение: таким образом, в течение заболевания предположительно существует взаимосвязь между тяжестью и возрастом ребенка. Ранний дебют заболевания обуславливает более агрессивное течение парапсориаза с выраженным рубцеобразованием. У детей в развитии парапсориаза нельзя исключить провоцирующую роль герпесвирусов (Эпштейн-Барр, цитомегаловирус и ВГЧ VI). Взаимосвязь заболевания с инфекционными патогенами, такими, как *Toxoplasma gondii*, парвовирус В19 и вирус иммунодефицита человека, у наблюдаемых нами детей не выявлена. Острый лихеноидный вариолиформный парапсориаз у детей является относительно редким заболеванием, поэтому имеет место высокий процент ошибок при постановке диагноза. Необходимо расширенная дифференциальная диагностика с другими папулезно-сквамозными дерматозами, а также с заболеваниями, сопровождающимися везикулярной сыпью.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АПОПТОЗА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОДНО-СОЛЕВОГО БАЛАНСА В РЕГЕНЕРАЦИИ ДЕРМАЛЬНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ МНОЖЕСТВЕННОГО ВНУТРИКОЖНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Шевелева Е.О.

Кафедра общей патологии и патологической физиологии им. В.А. Фролова медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский Университет Дружбы Народов», Москва, Россия

Цель: оценить показатели ф-ДНК и ЯМР-Н+показателей в клетках дермы *in vitro* и предполагаемый вариант регенерации дермы при моделировании локального асептического воспаления методом множественного внутрикожного введения лекарственных препаратов для регенерации в условии эксперимента.

Материалы и методы: материалом для исследования являлась навеска кожи крыс линии Vistar 16-ти недель, всего 24 животных, которым мезодермально, в область левого бедра вводили препараты с противоположным типом действия –

провоспалительный (1% никотиновая кислота, НК), 8 животных, и противовоспалительные (антигемотоксические, АТ), 8 животных. Для сравнения выделена группа с введением физиологического раствора, 8 животных, и группа плацебо, которым ничего не вводилось (обкалывание). Показатель ДНК-фрагментации клеток кожи определялся после центрифугирования гомогената, отбора ф-ДНК, с последующей спектрофотометрической оценкой степени повреждения. Определяли значения протонной плотности ткани с учетом степени подвижности молекул воды и прохождения их через мембрану, а также внутриклеточный объем жидкости методом ЯМР-релаксометрии на ядрах Н+, «Minispec PC 120», автоматическая обработка «Bruker». Статистическая обработка пакетом статистических программ SPSS 8.0, оценка с помощью критерия Колмогорова-Смирнова, кривой Гаусса.

Результаты. Среднее значение ф-ДНК в клетках дермы в группе с введением НК было больше чем для группы с АТ. При этом чем больше показатели накопления внутриклеточной жидкости (Т), тем были выше показатели ф-ДНК, степень корреляции ($r=0,755$ при $P \leq 0,001$), данные соотносились с морфологической картиной острого воспаления в дермальной ткани и показателями интенсивности хемотаксиса суспензии макрофагов, ($r=0,474$, $p \leq 0,001$). Внутригрупповое значение ЯМР Н+ в группе НК указывает на меньшую подвижность, усиления структуризации молекул воды, усиление гидратации, нарастанию отека ткани ($T_1=360,5 \pm 17,1$ мсек и $T_2=26,5 \pm 18,2$ мсек) по сравнению с аналогичными показателями для препарата АТ ($T_1=220,8 \pm 14,1$ мсек и $T_2=46,5 \pm 13,5$ мсек), при этом показатели плотности ткани (Т) и внеклеточной воды (Ра) в группе введения АТ указывают на нарастание внеклеточной жидкости, корреляция ($r=0,45$, $p \leq 0,001$), что, вероятно, может свидетельствовать о снижении воспаления при применении противовоспалительных препаратов регулирующего типа действия. При этом чем активнее проявляется апоптоз в дерме, тем менее выражено нарастание внеклеточного отека, ($r=0,466$, $p \leq 0,001$), что свидетельствует о прямо пропорциональном нарастании воспалительной реакции. В группе сравнения и плацебо достоверных корреляционных данных выявлено не было. Морфологические признаки воспаления более выражены в группе препарата НК по сравнению с группой введения физиологического раствора.

Выводы: при применении антигемотоксического препарата регулирующего действия интенсивность апоптоза, активность оксидативного стресса имеют тенденцию к снижению, водно-солевой баланс дермальной ткани нормализуется, создавая предпосылки для более физиологичной регенерации дермы, в то время как препараты, активирующие воспалительную реакцию, создают условия для более длительно протекающего воспалительного варианта течения заживления.

КОЖНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ СИСТЕМНЫХ АУТОИММУННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Шилкина Н.П., Дряженкова И.В., Виноградов А.А., Масина И.В., Юнонин И.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

Цель работы. Дать клинико-лабораторную характеристику основных изменений кожи при системных аутоиммунных

ревматических заболеваниях (САРЗ) с использованием серологических биомаркеров.

Материалы и методы. Обследовано 247 больных САРЗ: 65 системной красной волчанкой (СКВ), 50 системной склеродермией (ССД), 132 больных системными васкулитами (СВ): 15 узелковым полиартеритом (УП), 20 облитерирующим тромбангиитом (ОТ), 31 неспецифическим аортоартериитом (НАА), 30 геморрагическим васкулитом (ГВ), 24 гранулематозом Вегенера (ГрВ), 12 криоглобулинемическим васкулитом (КВ). Проведено исследование комплемента, антигена фактора фон Виллебранда (ФВ:Аг), антинуклеарных антител (АНА), антител к ДНК (аДНК), антиэндотелиальных антител (АЭАТ), антител к топоизомеразе I (анти-Scl-70), антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), антикардиолипиновых антител (аКЛ IgG и аКЛ IgM), криоглобулинов.

Результаты. Изменения кожи характерны для всех форм САРЗ и отмечены у 68% больных. Основными серологическими маркерами при скрининге следует считать АНА (у 75%). Кожные синдромы, включенные в диагностические критерии СКВ в виде центробежной эритемы на лице («бабочка») и дискоидной сыпи (у 82%), характеризовались повышением аДНК (у 71%). Отмечались также геморрагические высыпания при тромбоцитопении, а также сетчатое ливедо при вторичном антифосфолипидном синдроме (АФС) у 14% больных. Поражения кожи входят в классификационные критерии ССД и включали плотный отек, затем индукцию (склеродерму) и атрофию (у 92%) с ишемическими дигитальными рубчиками и телеангиоэктазиями. Серологический маркер – анти-Scl-70 был выявлен у 34% больных. Указанное в классификационных критериях УП сетчатое ливедо диагностировано у 45%. Наблюдалась другая проявления УП: узелки (в настоящее время редко), язвы, геморрагическая пурпура, некрозы кожи и ишемическая гангрена мягких тканей дистальных фаланг пальцев кистей и стоп. Отмеченные признаки сопровождались повышением АНА у 53%, АЭАТ – у 47%, аКЛ IgG у 39% и аКЛ IgM у 47% больных. При ОТ диагностировали стойкий цианоз дистальных фаланг пальцев кистей и стоп с мучительными болями, с последующим развитием язв и некрозов в области нижних конечностей, что сопровождалось повышением АНА в 33% случаях. Кожные поражения не характерны для НАА. ГВ проявлялся входящей в классификационные критерии геморрагической пурпурой (пальпируемая нетромбоцитопеническая пурпура) у всех больных с наличием АНА в 28% случаях и IgA в 76%, а также значительным увеличением ФВ: Аг в 46% случаев. При ГрВ, который относится к группе АНЦА-ассоциированных васкулитов, диагностированы геморрагические и папулезные высыпания, а также язвенно-некротические изменения и гангренозная пиодермия с высоким титром АНЦА у 88% и резким повышением ФВ: Аг у 61%, содержание которого равнялось $2,52 \pm 0,25$ Ме/мл, при норме $1,06 \pm 0,05$ Ме/мл, ($p < 0,001$). Отмечена корреляция АНЦА с индексом клинической активности васкулита (ИКАВ) ($r=0,64$, $p < 0,01$). В остальных группах больных САРЗ АНЦА выделялись в единичных случаях. Криоглобулины отмечены у всех 12 больных КВ с кожной пурпурой и ишемической гангреной пальцев кистей и стоп. При всех формах СВ в активную фазу болезни выявлено падение содержания комплемента. аКЛ IgG и аКЛ IgM были маркерами вторичного АФС при САРЗ. Выводы. Выраженность кожного синдрома при САРЗ коррелирует с активностью заболевания. Наиболее информативными серологическими маркерами САРЗ с кожными проявлениями являются: при СКВ – аДНК, ССД – анти-Scl-70, УП – АНА, АЭА, аКЛ IgM и аКЛ IgG; при ОТ – АНА и ФВ:Аг; при ГВ – ФВ:Аг и аКЛ IgM; при ГрВ – АНЦА, ФВ:Аг и АНА. Требуется дальнейшие исследования с изучением значительного контингента больных для определения чувствительности и

специфичности полученных признаков. Внедрение в клиническую практику биомаркеров позволит диагностировать САРЗ на ранних этапах, использовать их для определения активности заболевания, его течения и прогноза и контролировать лекарственную терапию, в частности применение генно-инженерных биологических препаратов.

ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Шуилова Н.А., Сергеева И.Г.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», Новосибирск, Россия

Введение. У пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), часть из которых находится на программном гемодиализе, часто встречаются поражения ногтей. Предполагается, что эти изменения вызваны наличием длительных хронических заболеваний, которые усугубляются с появлением ХБП.

Цель. Проанализировать клинические и онихоскопические особенности поражения ногтей у пациентов с ХБП

Материалы и методы. В исследование включены 50 пациентов с поражением ногтей на кистях и/или стопах, получающих стационарное лечение по основному заболеванию в Городской клинической больнице № 11 (г. Новосибирск) в нефрологическом, эндокринологическом и хирургических отделениях. В 1 группу вошло 25 пациентов (средний возраст 51 ± 22 года) с ХБП стадии от С3б до С5, находящихся в отделении нефрологии и получающих программный гемодиализ от 2 недель до 5 лет. Во 2-ю группу – 25 больных (средний возраст – $53,6 \pm 26,4$ года), находящихся в хирургическом отделении по экстренным и плановым хирургическим показаниям, не имеющих ХБП. Проведен полный осмотр кожных покровов, оценка дерматоскопической картины поражения ногтей, фотографирование, микроскопическое исследование соскоба с ногтей пластин. Микроскопическое исследование чешуек ногтей пластин для диагностики онихомикоза проводили с 15% КОН до трехкратного отрицательного результата. Полученные данные оценивали по индексам тяжести поражения ногтей, разработанными для онихомикозов (OSI, КИ-ОТОС, Барана-Хея) и ониходистрофий (Naildex).

Результаты. У пациентов 1-й группы встречали следующие изменения ногтей: поперечные полосы – у 10 (40%) человек, меланонию – у 7 (28%) человек и синдром «желтых ногтей» – у 17 (68%) человек. А также редкие типы поражения ногтей, такие как ногти Линдси – у 2 человек. У пациентов 2-й группы встречали продольные полосы на ногтях пластинах – в 16 (64%) случаях, онихолизис – в 13 (52%), онихогрифоз – в 12 (48%) и подногтевой гиперкератоз – в 15 (60%) случаях. Онихомикоз диагностировали у 8 (32%) пациентов 1 группы и у 16 (64%) пациентов 2-й группы. Проведение дерматоскопии ногтей позволило дифференцировать меланонию от хронической травматизации ногтей. При онихомикозе, который чаще встречался у пациентов 2-й группы, четко визуализировалось сочетание желтоватого цвета ногтевой пластинки с онихолизисом и подногтевым гиперкератозом. А при дерматоскопии ногтей пациентов 1-й группы ногтевая пластинка была диффузно окрашена в желтый цвет. Также в 1-й группе пациентов часто встречалось отсутствие лулулы. При дерматоскопии стало ясно, что этот симптом связан с бледностью ногтевого ложа и

околоногтевого валика. При расчете клинических индексов для онихомикозов, получены следующие данные: среднее значение индекса OSI в 1-й группе составило – 12,84, во 2-й группе – 16,84; среднее значение индекса КИОТОС в 1-й группе было – 10,28, во 2-й группе – 12,92; среднее значение индекса Барана-Хея в 1-й группе составило – 8,72, во 2-й группе – 10,76. А индекс Naildex, направленный на расчет площади поражения ногтей при ониходистрофии, был в 1-й группе – 1,2, во 2-й группе – 1,1.

Выводы. Для пациентов с ХБП характерно поражение ногтей преимущественно дистрофической этиологии, с преобладанием поперечной исчерченности и окрашивания ногтей пластинок в желтые и коричневые цвета. Онихомикозы у пациентов с ХБП встречаются в 2 раза реже, чем у пациентов без ХБП, что говорит о меньшем значении инфицирования ногтей грибами в развитии изменений ногтей у пациентов, находящихся на программном гемодиализе. Индексы для оценки онихомикоза у пациентов с ХБП показывают более низкие значения.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Эфендиева Г.А., Джалилова Д.Н., Эфендиева М.М.

Республиканский кожно-венерологический диспансер, Махачкала, Россия

Цель исследования Псориаз остается на сегодняшний день хроническим рецидивирующим процессом, провоцирующим моментом при котором является целый комплекс экзо- и эндогенных факторов с доминирующей ролью в развитии генетических причин. Несмотря на продолжающееся исследование этиопатогенетических механизмов развития псориазического процесса, остается много невыясненного. Анализ литературных данных показывает возможную взаимосвязь между нарушениями функций различных органов и систем с псориазической болезнью. В частности, с неврологическими расстройствами, что требует, несомненно, дальнейшего изучения.

Целью нашей работы явилось выявление вегетативных нарушений нервной системы у больных псориазом.

Материалы и методы исследования. Данные наблюдения проводились на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера, г. Махачкала. Под нашим наблюдением находилось 12 больных, среди них 6 мужчин, 6 женщин, в возрасте от 19 до 53 лет. С длительностью заболевания более 15 лет отмечено 2 (16,7%) больных; от 10 до 15 лет – выявлен 1 (8,3%) человек; от 3 до 10 лет – 6 (41,7%) больных; от 1 до 3 лет – 3 (25%) обследуемых. Среди обследуемых с прогрессирующей стадией находилось 7 (58,3%) человек, со стационарной стадией отмечено 5 (41,7%) больных. Артропатическая форма (с артралгиями, вовлечением в процесс мелких суставов кистей и стоп, коленных и локтевых суставов) выявлена у 4 (33,3%) пациентов. Воспалительная реакция с экссудативными проявлениями присутствовала у 3 (25%) больных. Сопутствующие заболевания у 6-х человек (50%). Наследственный фактор выявлен у 4 (33,3%) больных. Ведущее место среди провоцирующих факторов занимали психоэмоциональные стрессы. Со стороны вегетативной нервной системы нарушения у обследуемой группы больных были следующими: колющего характера боли в области сердца у 4 (33,3%) человек, вегето-сосудистые проявления по гипертоническому типу, головокружения – у 5 (41,7%) пациентов. Повышенная потливость в области ладоней и подошв отме-

чалась среди лиц данной группы у 2 (16,7%). У 3 (25%) человек были жалобы на боли в области эпигастрия, диспепсические симптомы в виде тошноты и рвоты. На периодическое повышение температуры жаловались 2 (16,7%) обследуемых. Результаты и их обсуждение. В клинике больным проведено традиционное лечение десенсибилизирующими, антигистаминными, седативными препаратами, гепатопротекторами, дезинтоксикационными, наружными средствами, УФ-воздействием. По показаниям были привлечены смежные специалисты. Параллельно проводилась коррекция неврологических расстройств, симптоматическая терапия, на фоне которых стихала клиническая картина заболевания. Выводы Недостаточная изученность вопросов неврологических нарушений при псориазе говорит о целесообразности применения новых методик обследования с целью дальнейшего совершенствования методов терапии.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*Эфендиева Г.А., Джалилова Д.Н., Эфендиева М.М.
Республиканский кожно-венерологический
диспансер, Махачкала, Россия*

Цель исследования. Псориаз – хроническое заболевание воспалительной природы, характеризуется учащением количества упорно протекающих форм, резистентных к лечению. Проявляется разнообразием клинических форм, нарушением процессов рогообразования, гиперпролиферацией кератиноцитов. Степень поражения кожи и распространенность высыпаний может быть самой различной. Одним из способов оценки тяжести псориазического процесса является шкала PASI. В свою очередь, исследование индекса PASI помогает выявить взаимосвязь между степенью тяжести и качеством жизни больных. Псориаз все-сторонне касается жизни пациентов, несомненно, влияя на различные составляющие, затрагивая социальную адаптацию, взаимоотношения в семье, профессиональную деятельность. Свое качество жизни больные псориазом оценивают по-разному, что связано, возможно, с психоэмоциональным статусом, личностными особенностями. Целью нашей работы явилось определение степени тяжести и распространенности псориаза с применением индекса PASI, а также исследование качества жизни больных псориазом в процессе лечения.

Материалы и методы исследования. Обследование больных проводилось в стационаре Республиканского кожно-венерологического диспансера среди больных мужского и женского кожных отделений. Под нашим наблюдением находилось 12 больных в возрасте от 19 до 53 лет, из них 6 мужчин и 6 женщин. Длительность заболевания более 15 лет отмечена у 2 (16,7%) человек; от 10 до 15 лет – выявлена у 1 (8,3%) больного; от 3 до 10 лет – 6 (50%) больных; от 1 до 3 лет – 3 (25%) обследуемых. Среди больных с прогрессирующей стадией наблюдалось 7 (58,3%) человек, со стационарной стадией выявлено 5 (41,7%) больных. Экссудативные явления отмечены у 3 (25%) человек. Артропатическая форма (с болями в области суставов, вовлечением в процесс мелких суставов кистей и стоп, коленных и локтевых суставов) выявлена у 4 (33,3%) пациентов. Сопутствующие заболевания у 6 больных (50%). Наследственность отягощена у 4 (33,3%) пациентов. По данным анамнеза – у 4 (33,3%) провоцирующими факторами в обострении были стрессовые ситуации и сезонность, чаще в осенне-зимний период, у 1 (8,3%) пациента – погрешности в питании (ре-

акции на пищевые аллергены – шоколад, клубнику, малину, алкоголь). У 1 (8,3%) больного было сочетание сезонного фактора, стрессов и пищевой аллергии, а 4 (33,3%) человека – отмечали ухудшение состояния без видимой причины. Обследуемой группе проведено лечение десенсибилизирующими, антигистаминными, седативными препаратами, гепатопротекторами, дезинтоксикационными средствами. Наружная терапия заключалась в применении мазевых средств отшелушивающего, рассасывающего действия. Результаты и их обсуждение. Оценка степени тяжести и распространенности на фоне проведенного лечения и динамика оценивались при помощи индекса PASI, позволяющего определить также площадь поражения кожи. Наблюдалось уменьшение индекса PASI спустя 4 недели от начала терапии. Значения до 10 баллов: до лечения – 8,4, после – 3,8 (уменьшение индекса PASI происходило в 2,2 раза). Значения от 10 до 20 баллов: до лечения – 15,3, после – 2,7 (уменьшение индекса PASI происходило в 5,7 раза). Значения от 20 и выше: соответственно, до терапии – 31,4, после – 9,1 (уменьшение индекса PASI происходило в 3,4 раза). Снижение индекса PASI в среднем, в 3,8 раз. До лечения у 16,7% больных значения индекса PASI не превышали 10 баллов. У 41,7% человек – от 10 до 20 баллов, у 41,7% больных превысили 20 баллов. На фоне лечения индекс превышал 10 у 83,3% человек; у 16,7% – определяются значения от 10 до 20 баллов; ни у одного больного не отмечено значения индекса PASI выше 20 баллов. В отношении качества жизни пациентов также прослеживалась положительная динамика. Таким образом, шкала PASI может быть применена для оценки распространенности и степени тяжести псориазической болезни, для сравнительной характеристики клинических проявлений до и после лечения, а также коррекции методов терапии.

АУТОДЕСТРУКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ ВОЛОС В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Язлюк В.С., Кузнецова О.В.

ООО «Медицинский комплекс»; Государственное учреждение здравоохранения «Областной кожно-венерологический диспансер», Липецк, Россия

Количество детей в возрасте до 10 лет от всех пациентов дерматологической клиники, страдающих выпадением волос, составляет 5%. Детская алопеция может быть вызвана несколькими причинами, а проявление заболевания отличается от взрослых. Алопеция в детском возрасте в большинстве случаев вызвана одной из четырех причин: гнездовой алопецией, дерматофитией волосистой части головы, телогеновой алопецией или трихотилломанией. Если постановка диагноза дерматофитии волосистой части головы и телогеновой алопеции обычно не вызывает сложности, то проблема трихотилломании у детей недооценена и, как правило, замещается диагнозом гнездовой алопеции. Гнезз трихотилломании заключается в повторяющемся неконтролируемом выдергивании волос, в результате чего их потеря становится заметной. Заболевание представляет собой расстройство контроля над побуждениями. Трихотилломания чаще всего возникает в период между ранним детством и юностью. Ему подвержены в 6–7 раз чаще дети, чем взрослые, причем в возрасте до 6 лет расстройство встречается чаще у мальчиков, а в возрасте старше 6 лет – у девочек. Как правило, больные выдергивают волосы на коже головы, что приводит к появлению пораженных участков, а не к полной потере волос. Родители редко

замечают поведение своего ребенка, и большинство не верят в то, что он стал бы выдергивать свои собственные волосы. Целью нашего исследования была оценка встречаемости в реальной клинической практике случаев трихотилломии и пути объективизации и оптимизации ее диагностики. Материалы и методы. В данное когортное проспективное исследование, было включено 20 пациентов, с установленным ранее в других клиниках диагнозом гнездовая алопеция. Средний возраст пациентов 7,5 лет (самому младшему пациенту было 4 года, самому старшему 14 лет). Диагноз гнездовая алопеция был выставлен на основании жалоб, анамнеза, визуального осмотра и отрицательного анализа на дерматофиты. Всем участникам исследования был выполнен расширенный осмотр с применением методики трихоскопии и фототрихограммы, в сопровождении с автоматическим цифровым анализом полученных данных. Результаты: при использовании инструментальных методов обследования объективные признаки заболевания были диагностированы у 3 пациентов, что позволило выставить диагноз трихотилломии. Консультация психиатра подтвердила выставленный диагноз. Заключение. Основные сложности при ведении пациентов с аутодеструктивной патологией волос представляют собой дифференциальная диагностика с другими вариантами выпадения волос и междисциплинарное взаимодействие трихолога (дерматолога) с психиатром. Так, по некоторым данным, более чем в 50% случаев пациентам, страдающим трихотилломией, первоначально устанавливается ошибочный диагноз (чаще – гнездовая алопеция). Основная задача врача – своевременное выявление аутодеструктивной патологии волос. Визуальный осмотр – самый простой способ диагностики, однако его простота опасна диагностическими ошибками. Осмотр невооруженным глазом подходит для обзорного обследования. Дерматоскопия необходима не только для диагностики волос и кожи головы, выявления стадии и скорости прогрессирования заболевания, но и для объективизации патологического процесса.

ОПЫТ ОТКРЫТИЯ КАБИНЕТА ДЕРМАТООНКОЛОГИИ НА БАЗЕ ОБЛАСТНОГО КОЖНО- ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Г. ЛИПЕЦКА

Якушенко С.С., Сухова Л.П.

Липецкий областной кожно-венерологический диспансер, Липецк, Россия

Актуальность. Самое распространенное онкологическое заболевание в России в 2017 году – рак кожи. Злокачественные опухоли кожи были диагностированы у 78 тысяч (тыс.) россиян, меланома – еще у 11,2 тыс., всего более 89 тыс. случаев онкологических заболеваний кожи. Ежегодный рост числа таких пациентов, а также возрастающее количество обращений с доброкачественными новообразованиями кожи при общей загруженности онкологической сети и невозможность в короткие сроки получить качественную медицинскую помощь в области дерматоонкологии привели к решению о создании специализированного кабинета дерматолога-онколога. Для решения задачи были оборудованы 3 кабинета. Кабинет приема, оснащенный цифровым отечественным поляризационным дерматоскопом, с возможностью фотофиксации, картирования и компьютерного анализа, микроскопом для просмотра гистологических препаратов. Малая опе-

рационная для хирургического удаления новообразований кожи и взятия биопсий. Кабинет аппаратных методов укомплектованный хирургическим и сосудистым лазером, аппаратом радиоволновой хирургии и криодеструктором. Из числа врачей дерматологов-косметологов был выбран специалист, который прошел обучение по специальности онкология. Получена лицензия на осуществление деятельности по профилю «онкология». Заключен договор на проведение гистологических исследований с патологоанатомическим отделением.

Результаты. Благодаря грамотной маршрутизации кабинет заполняется за счет пациентов направляемых врачами-дерматологами диспансера. Более 95% обращений решается на базе кабинета. С помощью метода дерматоскопии диагностируются и фотодокументируются 100% новообразований. Проводится удаление любых доброкачественных новообразований кожи всеми существующими методами (лазерная и радиоволновая хирургия, криодеструкция, хирургическое иссечение). Осуществляется хирургическое иссечение (эксцизионная биопсия) злокачественных новообразований (базалиома) и невусов с подозрением на меланому, биопсия кожных заболеваний (сложные диагностические случаи). Клинически и дерматоскопически установленные меланомы кожи, плоскоклеточный рак кожи, крупные и неоперабельные опухоли, опухоли сложных локализаций (слизистые, веки) направляются на лечение в онкологический диспансер. Работа кабинета организована таким образом, что удаление новообразования или эксцизионная биопсия проводится сразу в момент обращения (пациент не тратит время на дополнительные визиты). В результате за 6 месяцев работы кабинет принял более 2 тыс. пациентов, проведено 268 диагностических эксцизионных биопсий. Выявлены злокачественные новообразования: базалиома 33 случая, меланома 8 случаев, Т- и В-клеточные лимфомы кожи 6 случаев, метатипический рак 2 случая, болезнь Боуэна 2 случая, саркома Капоши 2 случая, плоскоклеточный рак 2 случая, дерматофибросаркома выбухающая 1 случай, метастаз в кожу из опухоли внутренних органов 1 случай, кератоакантома 10 случаев (в новой классификации опухолей всемирной организации здравоохранения 2018 г. 4-е издание, кератоакантома относится к высокодифференцированному плоскоклеточному раку кожи).

Выводы. Учитывая высокую заболеваемость раком кожи в России, создание кабинетов дерматолога-онколога на базе кожно-венерологических диспансеров является актуальной задачей. Кабинет позволяет значительно снизить нагрузку на общих онкологов и онкологический диспансер, так как все пациенты доброкачественными новообразованиями кожи получают помощь на месте. Более 50% пациентов со злокачественными образованиями кожи также получают всю необходимую помощь на месте. В онкологический диспансер направляются только самые сложные или запущенные случаи. Многие пациенты (особенно пожилые люди) психологически отказываются посещать онкологический диспансер, упускают время, и тем самым ухудшают свой прогноз. Тем не менее, такие пациенты охотно посещают кабинет дерматолога-онколога и получают всю необходимую помощь. Онколог-дерматолог, владеющий дерматоскопией, значительно лучше ориентируется в доброкачественных и злокачественных новообразованиях кожи в отличие от простых общих онкологов. Данный специалист с одной стороны может сократить финансовые затраты на выполнение излишних биопсий в случае гипердиагностики доброкачественных образований, так и может заподозрить злокачественное образование на более ранней стадии, что ведет к лучшему прогнозу, и сокращению затрат на лечение.

ОБУЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБУЧАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ

Якушенко С.С., Сухова Л.П., Раводин Р.А., Гусаров М.В.

Липецкий областной кожно-венерологический диспансер, Липецк, Россия

Актуальность. В настоящее время известно более 2000 различных заболеваний кожи, диагностика некоторых из них представляет большие трудности. Многие дерматозы имеют сходную клиническую картину, но различную этиологию, а также гистологическую картину. В таких трудных случаях биопсия кожи помогает установить верный диагноз. В развитых странах биопсия кожи – это частая дерматологическая процедура, например, ежегодно в дерматологических кабинетах США выполняют 2,2 миллиона биопсий кожи. Гистологический метод диагностики, составляет обязательную часть навыков в работе дерматологов и входит в стандарты последипломного образования специалистов в США и Европе. Проведение диагностической биопсии, знание патоморфологических изменений в коже, умение их находить и оценивать при постановке диагноза входит в стандартные навыки и умения квалификационной характеристики врача дерматовенеролога и в нашей стране. Но, к сожалению, в отечественной медицине уже долгое время гистологическая диагностика проводится морфологами (патологоанатомами) без участия дерматологов. Как правило, патологоанатом, который проводит исследование, не видит клиническую картину. Обнаруживаемые им при диагностике патоморфологические изменения не всегда неравнозначны. Поэтому, практически всегда возникает необходимость самому дерматовенерологу проводить оценку патоморфологических изменений. Клиницист-дерматолог должен уметь просматривать гистологические препараты, анализировать, отличать наиболее важные патологические изменения от незначительных и несущественных. Определение диагноза только гистологически затруднено и вследствие того, что много воспалительных заболеваний имеют одинаковую неспецифическую гистологическую картину и должны быть оценены клиничко-морфологически.

Цель. Вышеперечисленные особенности позволяют утверждать, что морфологической диагностикой должен заниматься также врач-дерматолог, имеющий опыт клинической работы и прошедший подготовку по дерматогисто-

патологии. Несмотря на то, что патоморфологическое исследование пораженной кожи является наиболее важным объективным (после клинического исследования морфологических элементов кожной сыпи) методом диагностики дерматозов, он, тем не менее, не имеет широкого применения по ряду причин: Отсутствие в высших медицинских учебных заведениях системы профессиональной подготовки специалистов в этой области. Малое количество современных гистологических лабораторий, имеющих архивы препаратов кожи и их слабая техническая оснащенность. Отсутствие гистологических лабораторий в областных кожно-венерологических диспансерах. Недостаточное количество учебных пособий по дерматогистопатологии на русском языке. Это объясняет недостаточность знаний по данному разделу дерматовенерологии как практическими врачами, так и преподавателями вузов.

Методы. Для решения этой проблемы была разработана специализированная дистанционная система обучения дерматогистопатологии, которая входит в состав обучающей системы «Логодерм». Для описания гистологических симптомов заболеваний была использована классификация, разработанная профессором Барбиновым В.В. (1998), основанная на фреймовом подходе. На сегодняшний день система включает более 1000 эталонных гистологических симптомов с подробным описанием и качественными фотографиями гистологических препаратов.

Результаты. Система прошла оценку эффективности обучения в 2018 г. с участием 16 ординаторов 2-го года подготовки кафедры дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург). Система обучения доказала свою эффективность, данные опубликованы. Также система существенно помогает в работе врачам дерматологам, патоморфологам в постановке верного диагноза. Позволяя по симптомам определить вероятностный перечень заболеваний, значительно сокращая время на постановку правильного диагноза. Обеспечивает дополнительное удобство в работе врача. Система внедрена в работу областного кожно-венерологического диспансера г. Липецка и проходит апробирование. Благодаря работе с системой уже установлены такие редкие гистологические диагнозы, как пузырьчатка листовидная и Хейли-Хейли, болезнь Гровера, синдром Брука-Шпиглера, актинический ретикулоид, гранулема лица с эозинофилией, ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией, мастоцитоз, редкие виды лимфом кожи и многие другие.

Выводы: результаты обучения с использованием разработанного уровня системы Логодерм продемонстрировали превосходство над традиционным образовательным подходом к изучению дерматогистопатологии.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ В ММКО

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И.

Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Распространенность инфекций, передающихся половым путем (ИППП), давно уже перешагнула эпидемический барьер. Уровень заболеваемости ИППП является достаточно высоким во всем мире. Ежегодно регистрируется 92 млн. случаев хламидийной инфекции, 60 млн случаев гонококковой инфекции и 2 млн. случаев сифилиса. Заболеваемость ИППП подчеркивается резким омоложением контингента больных, которая среди молодежи в 4–5 раз выше заболеваемости среди населения многих стран в целом. Кроме того, наблюдается увеличение заболеваемости вирусной, хламидийной, микоплазменной этиологии, имеющей скрытое, длительное течение, что затрудняет диагностику, и ведет к распространению инфекции и развитию осложнений, влияющих на репродуктивное здоровье.

Цель: изучить частоту встречаемости ИППП среди подростков и молодых людей, обратившихся в Молодежное медико-консультативное отделение (ММКО) и их информированность в области полового просвещения.

Материалы и методы. На базе Молодежного медико-консультативного отделения при ГКБ № 1 г. Душанбе были обследованы 248 подростков и молодых людей в возрасте от 14 до 24 лет. Средний возраст пациентов составил 19,3±2 лет. Среди опрошенных и обследованных 164 человека (66%) составляли лица женского пола и 84 (34%) мужского. Комплексное клинико-лабораторное исследование включало: мазок на флору, РИФ и ИФА на наличие инфекций (гонорея, трихомоноз, хламидиоз, гарднереллез, герпес, ВПЧ, кандидоз и микоплазменные инфекции), кровь на RW. Всем обратившимся проведено анкетирование по вопросам полового просвещения. Анкета состояла из нескольких блоков: сексуальное поведение и его самооценка, отношение к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), знания об их влиянии на здоровье, роль информационных средств и методы профилактики ИППП. Результаты исследования. В результате анкетирования выяснено, что время начала половой жизни у 41% ответивших приходился на возраст 18–20 лет, раннее начало половой жизни (14–16 лет) отметили 18% опрошенных. На перенесенные ИППП в анамнезе указали 48,0% пациентов. При анализе информированности молодых людей об отрицательных последствиях пренебрежения контрацепцией 76,7% указали на нежелательную беременность, 67,8% на возможность заражения ИППП, и 57,5% – воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). На вопрос о том, что может уберечь от вышеуказанных последствий, 71% респондентов отметили презерватив, как основной способ защиты. Однако постоянно используют данный метод контрацепции лишь 21,3%, полностью пренебрегают барьерным методом 15,3% опрошенных. Наряду с этим, не доверяют своему половому партнеру 51,7%, а чувство опасности при половых контактах присутствует у 32,9% и

полностью отсутствует у 28,8%. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, характеризуется неоднородностью по своей структуре. У 92,2% при проведении клинико-лабораторного исследования были обнаружены один или несколько возбудителей ИППП. В структуре заболеваний наиболее часто регистрировались трихомонадная – 45,9%, хламидийная – 20,5%, кандидозная – 15,7%, микоплазменная – 9,6% инфекции, в 2,2% случаев определялась гонорейная инфекция, герпес и ВПЧ встречались одинаково часто по 3%. Почти у половины (47,6%) больных обнаружены два и более возбудителей заболеваний. Пациенты с трихомонадно-кандидозно-микоплазменной инфекцией регистрировались в 2 раза чаще чем с кандидо-микоплазменной инфекцией (69,2% против 30,8%). Следует отметить, что кандидозная инфекция ассоциировалась в обеих группах микст инфекций.

Выводы. Среди респондентов, обратившихся в ММКО, выявлен высокий удельный вес ИППП, из которых большую часть пациентов составили лица с преобладанием смешанного инфицирования, в основном, трихомонадно-кандидо-микоплазменные. Латентные формы данных заболеваний не вызывают должной настороженности у пациентов, дерматовенерологов и подростковых гинекологов, оказывая губительное влияние на репродуктивное здоровье молодых людей. Просветительская деятельность медицинских работников, наряду со своевременной диагностикой и лечением, будет способствовать снижению уровня заболеваемости и сохранению репродуктивного здоровья.

РАННИЙ СКРЫТЫЙ СИФИЛИС И БЕРЕМЕННОСТЬ, НЕОЖИДАННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Андропова Н.В., Землякова С.С., Жуковский Р.О., Лосева О.К.

Медицинский институт непрерывного образования Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Цель исследования – показать возможность развития рака после сифилиса у матери и ее ребенка, если заражение состоялось во время беременности. Представить развитие подобного клинического эксперимента, в ходе которого внутриутробное заражения плода сочетается с развитием рака спустя годы, а тем более прогнозировать такие отдаленные «результаты» после сифилитической инфекции нам не казалось возможным.

Материал и методы исследования. Наши пациенты – женщина, 1978 г. р., ее сын, 2004 г. р., получили этиотропное лечение в связи с сифилитической инфекцией у беременной матери. У нее был диагностирован ранний скрытый сифилис в 2003–2004 гг., когда пациентка обратилась в женскую

консультацию по месту жительства (г. Самара), будучи на пятом месяце беременности в 2003 году. Ее муж в этот период времени лечился по поводу сифилиса и не сообщал об этом супруге. В 2017 г. пациентка и ее сын были обследованы по месту жительства уже в связи с одновременным развитием у них онкологических заболеваний спустя 13 лет после инфекции. Нами пациентка наблюдалась в ЦОСП МНПЦДК в 2018 году. Ретроспективный анализ история болезни ее сына осуществлен на основании выписного эпикриза ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева» МЗ России.

Результаты. Спустя 13 лет у пациентки диагностирована базальноклеточная карцинома (базалиома) левой щеки, по поводу которой проведено хирургическое лечение по месту жительства (10.2017). В этом же году, у ее 14-летнего сына в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева» МЗ России диагностирована миелоидная саркома мягких тканей с поражением за-, подчелюстной и подбородочной области справа, а также области левой скуловой дуги, позднее – паренхимы обеих почек, ЦНС. В 2017 г. пациентка комплексно обследована в связи с необходимостью стать донором костного мозга для его трансплантации своему сыну по жизненным показаниям. Титр трепонемных антител в РПГА составил 1:160, РМП с кардиолипидным антигеном отрицательная (03.2018). По данным ФЭГДС была выявлена рубцово-язвенной деформация луковицы 12-перстной кишки. Сыну пациентки после специфической терапии миелосаркомы, выполненной 07.10.2017 по протоколу «ОМЛ-ММ 2006», была проведена аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) от гаплоидентичного донора (мать) с TCR α/β и CD19 деплецией (истощением) от 05.04.2018 и последующими инфузиями CD45RA деплетированных лимфоцитов. Приживление трансплантата пришлось на 18-е сутки после ТГСК. Терапия инфекционных осложнений антибактериальными, противогрибковыми и противовирусными препаратами, вторичного иммунодефицита – нормальным человеческим иммуноглобулином, нутритивной недостаточности завершилась их ремиссией. Выводы. 1. Длительное диспансерное наблюдение за пациентами, переболевшими сифилисом, обнаруживает у некоторых из них развитие злокачественных новообразований, выявляемых спустя годы после завершения этиотропной терапии инфекции. 2. Этиотропная терапия беременных в период раннего скрытого сифилиса, проведенная с опозданием, может, оказывается, завершиться развитием злокачественных новообразований не только у трудоспособной матери, но и ее ребенка-подростка, причем, одновременно.

ДВА СЛУЧАЯ РАЗВИТИЯ ЛИМФОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ СИФИЛИСОМ

Андропова Н.В., Щербакова В.Г., Жуковский Р.О., Лосева О.К.

Медицинский институт непрерывного образования Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Ведение пациентов трудоспособного возраста, перенесших сифилис, в условиях развития у них полиморбидности

становится все более актуальным в дерматовенерологии. Это связано как с развитием активности при позднем скрытом сифилисе, так и с необходимостью вникать в течение сопутствующей патологии, что особенно сложно при наличии опухолей лимфоидной ткани. Определить тактику дерматовенеролога в ходе клинко-серологического контроля пациентов с поздним сифилисом в сочетании с лимфомой явилось целью исследования.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы двое пациентов, обратившихся в МНПЦДК в период развития у них лимфаденопатии с целью серодиагностики на сифилис для проведения диагностической пункции лимфатического узла (2017 г.). Обоим пациентам проведено клиническое, лабораторное и функциональное обследование как амбулаторно, так и в условиях специализированных стационаров Москвы – МГКБ им. С.П. Боткина и ФГБУ «НМИЦ гематологии» МЗ РФ. Пациент 1960 г.р. перенес сифилис в 1996 г., по поводу которого получил лечение экстенциллином 2,4 млн. ЕД N.3 и был снят с учета. В анамнезе у него язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический холецистит, полипоз сигмовидной кишки, хронический обструктивный бронхит. В 2017 году он сразу начал обследование у гематолога в связи с появлением слабости, похудания и потливости (В-симптомы). У пациентки 1971 г.р. скрытый поздний сифилис диагностирован в 2013 г., когда ей выполнялась экстирпация матки по поводу миомы. Она получила лечение цефтриаксоном в 2014 г. – 30 г препарата на курс. Дополнительное лечение проведено в 2017 г. – 40 г препарата на курс. В анамнезе у нее гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, ожирение.

Результаты. У обоих пациентов при проведении клинко-серологического обследования обнаружены положительные реакции: РМП – 1:2 и 1:4, РПГА – 1:640 и 1:2560 в 2017 г. В 2019 г. РМП – отрицательная и слабо положительная (++) , РПГА – 1:2560 и 1:2560. Обоим был установлен диагноз позднего скрытого сифилиса. Пациенту на основании данных комплексного обследования в гематологическом отделении МГКБ установлен диагноз мантийноклеточной лимфомы IVB стадии, с вовлечением аксиллярных, внутригрудных, внутрибрюшных, забрюшинных л.у., печени, селезенки, желудка, толстой кишки, костного мозга. Ему назначено 8 курсов полихимиотерапии по схеме R-CHOP/R-HAD с выполнением ауто-ТГСК. Пациентка обследована в специализированном отделении НМИЦ гематологии спустя год, несмотря на количественную (множественную) лимфаденопатию, выявленную в разных коммерческих медицинских центрах Москвы. У нее после дополнительного лечения цефтриаксоном наблюдалось уменьшение диаметра подчелюстных и подмышечных л.у. от 2 до 1 см, паховых – от 4x7 до 3x1,5 см, а данные биопсии л.у. свидетельствовали о реактивной гиперплазии. В общем анализе крови (ОАК) не было отклонений от нормы. На основании данных комплексного обследования был установлен диагноз фолликулярной лимфомы I-II цитологической градации, IV стадии, с вовлечением периферических, медиастинальных, мезентериальных, забрюшинных л.у. и л.у. малого таза, с мягкоткаными уплотнениями в области бедер, плеч, спины, молочных желез, брюшной полости, в образованиях легких и плевры с обеих сторон, селезенки, костей скелета и костного мозга. Ей было назначено 6 курсов химиотерапии по протоколу R-EPOCH. Выводы: 1. Течение и диагностика позднего сифилиса у двух пациентов трудоспособного возраста отмечено на фоне полиморбидности – опухоли лимфоидной ткани (мантийноклеточная и фолликулярная лимфомы) в сочетании с патологией органов желудочно-кишечного тракта, сердца и сосудов, бронхолегочной системы и органов ма-

лого таза. 2. Количественные лимфаденопатии и/или наибольший размер в 6 см для одного л.у., более 3 см для трех л.у. разной локализации, а также лимфоцитоз в ОАК и/или наличие В-симптомов требует незамедлительного направления пациентов к гематологу для исключения системного заболевания крови. 3. Диагностическая и лечебная тактика дерматовенеролога в отношении позднего сифилиса у пациентов с полиморбидностью нуждается в актуализации: накопление клинического материала и его анализ.

СЛУЧАИ ОТСУТСТВИЯ ЭФФЕКТА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НЕЙРОСИФИЛИСА

**Бохонович Д.В., Лосева О.К., Чернышева Н.В.,
Кузнецова Н.А.**

*Московский областной клинический
кожновенерологический диспансер, Москва, Россия*

Актуальность проблемы. В практической работе дерматовенерологи иногда сталкиваются с отсутствием эффекта антибиотикотерапии при лечении нейросифилиса, как асимптомного, так и с симптомами. Это требует особого внимания к подобным случаям.

Цель исследования. Расширить круг исследований ликвора для получения дополнительной объективной информации об эффективности лечения нейросифилиса.

Материалы и методы. Анализируя результаты лечения больных нейросифилисом за 2018г., мы обнаружили 5 случаев отсутствия положительного эффекта антибиотикотерапии НС. Методы: серологические тесты крови, исследование ликвора (цитоз, белок, VDRL, ТТ). Кроме того, в качестве инновационного исследования спинномозговой жидкости был использован метод краевой дегидратации биологических жидкостей, входящий в состав диагностической технологии «Литос-система».

Результаты. В качестве примера приведем кратко историю болезни одного из 5 пациентов: Н., 1973 г.р., в 2005 году получил лечение по поводу Lues I seropositiva амбулаторно (точная схема неизвестна). В 2012 году высокая позитивность серореакций сохранялась, и пациент получил дополнительное лечение бензилпенициллина натриевой солью курсом 80 млн ЕД в течение 20 дней. В 2017 году при обследовании в МОККВД: РМП 4+1:4, РПГА 4+1:20480, ИФА IgMотр, (IgG+IgM) резко положит. КП=12,5; IgG резко положит. КП=14,6; РИФ200 4+, РИФ авс 4+ от 06.04.17. Ликвор от 20.06.17: VDRL отр., РПГА 4+1:1280, ИФА IgG резко положит. КП=14,0; РИФц 4+; цитоз 6/3, белок 0,861 г/л, реакция Панди 4+. Установлен диагноз позднего асимптомного нейросифилиса и проведено лечение бензилпенициллина натриевой солью в/в по 10 млн ЕД 2 раза в сутки 2 курсами по 20 дней. На контроле через 6 месяцев (в марте 2018 г.): РМП 4+1:4, РПГА 4+1:40960, ИФА (IgG+IgM) резко положит., КП=11,6; ИФА (IgG) резко положит., КП=12,8. Ликвор 29.03.18г.: VDRL отр., РПГА 4+1:2560, ИФА IgG резко положит., КП=14,7; РИФц 4+; цитоз 5/3, белок 0,744 г/л, реакция Панди 3+ от 29.03.18. Проведено дополнительное лечение бензилпенициллина натриевой солью внутривенно. При следующем контроле 09.10.18г.: РМП 3+1:2, РПГА 4+, ИФА (IgG+IgM) резко положит., КП =13,5; ИФА (IgG) резко положит., КП=14,3. Ликвор от 21.12.18г.: VDRL отр., РПГА 4+1:5120, ИФА (IgG) резко положит. КП=13,5; РИФц 4+; цитоз 1/3, белок 0,976 г/л, реакция Панди 4+ от 21.12.18. Учитывая нарастающую позитивность серореакций в ликворе, рекомендовано проведение дополнительного лече-

ния. Ликвор всех 5 больных был исследован упомянутым выше методом краевой дегидратации. Метод заключается в замедленном фазовом переходе жидкокристаллических структур ликвора (систем «липид-вода», «липид-белок-вода») в кристаллическое состояние. Сформированные кристаллические структуры (сферолиты, дендриты и др.) выявляются только в поляризованном свете за счет их способности к анизотропии (двулучепреломлению), в связи с чем эти структуры получили название – анизоморфоны. Дегидратация проходила в течение 3–4 суток. Изучение анизоморфонов проводилось с помощью поляризационного микроскопа, что позволило выявить морфологические признаки патологических структур у обследованных больных до лечения и после первого курса, а после дальнейшего лечения – признаки эффективности проводимой терапии у 4 пациентов из 5 в виде трансформации патологических структур в физиологические сферолиты. Заключение. Подобное преобразование структур является благоприятным прогностическим признаком исхода заболевания. Таким образом, состав анизоморфонов спинномозговой жидкости в динамике проводимой терапии больных нейросифилисом служит объективным критерием оценки эффективности лечения и может применяться при исследовании ликвора, наряду с общепринятыми методиками.

ПСОРИАЗИФОРМНЫЙ СИФИЛИД. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Денисова Е.В., Леощенко Е.П., Каткова К.В.,
Маляренко Е.Н., Корсунская И.М.**

Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Остро возникший псориаз без семейного анамнеза или других провоцирующих факторов нередко может быть проявлением ВИЧ-инфекции, гепатита В или С, а также сифилиса. Ошибки в диагностики могут происходить не только у врачей недерматологического профиля, но и у специалистов знакомых с проявлениями сифилиса. В качестве примера приводится история болезни пациента С., 30 лет. Впервые обратился к дерматологу около года назад, когда появились высыпания на коже верхних и нижних конечностей. Был выставлен диагноз вульгарный псориаз, назначено лечение в амбулаторных условиях с положительной динамикой. Через 6 месяцев отметил свежие высыпания, при обследовании: РМП 4+ 1:128, РПГА 4+, РИФ 4+/4+, РИБТ 67%, АТ к ВИЧ, HBsAg, aHCV – не обнаружены. В прошлом сифилис отрицает. Ведет беспорядочную половую жизнь. При гистологическом исследовании: эпидермис с очаговым паракератозом, скоплениями нейтрофилов в роговом слое, спонгиозом с экзоцитозом нейтрофилов, акантозом. В дерме периваскулярные, лимфоцитарные инфильтраты. Гистологические изменения более всего соответствуют поражению кожи при вторичном сифилисе. После проведенного курса специфической терапии все высыпания регрессировали. Данный клинический случай говорит о необходимости обследования пациентов с острым впервые возникшим псориазом, не имеющих в анамнезе факторов риска, на инфекции ВИЧ, сифилис и гепатиты.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО СИФИЛИТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Зверева Л.И., Залевская О.В., Жуковский Р.О.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Истринская районная клиническая больница», Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии», Москва, Россия

Введение. Случаи сифилитического гепатита считаются редкой патологией. С другой стороны, есть мнение, что они далеко не всегда диагностируются, особенно при слабо выраженных симптомах.

Цель работы: информация о редком висцеральном поражении при позднем сифилисе.

Описание случая. У пациентки Г., 16.10.1958 г.р., которая в 2015г. была госпитализирована в хирургическое отделение МОНИКИ с диагнозом «многоузловой зутиреоидный зоб 2 ст.» при обследовании были обнаружены положительные серологические реакции на сифилис. При дообследовании в МОККВД был поставлен диагноз А53.0, проведено ликворологическое исследование (данных за нейросифилис не выявлено). Эхо-КГ – без патологии. От специфического лечения пациентка отказалась, в кожно-венерологическое отделение Истринской РКБ не явилась. 15.09.2018г поступила в хирургическое отделение ИРКБ с жалобами на боли в животе, общую слабость, пожелтение кожи, потемнение мочи. Считает себя больной около месяца, когда появились умеренные боли в животе. При осмотре дежурным врачом общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые желтушные, сухие, расчесы на коже. Периферические лимфоузлы безболезненны, не увеличены. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 77 уд./мин. Язык обложен бело-желтым налетом. Живот не вздут, при пальпации безболезнен во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. На УЗИ брюшной полости – диффузные изменения печени, гепатоспленомегалия, S-образный желчный пузырь, в просвете которого гиперэхогенное образование до 3 см в диаметре. Билиарной гипертензии, портальной гипертензии нет. При обследовании на ВИЧ, гепатиты В и С результат отрицательный. на сифилис Серологические тесты на сифилис: РМП 1+ (сомнительный), ИФА(IgM+IgG) положит., КП=3.6, РПГА 3+. В ОАК СОЭ-27мм/час. В биохимическом анализе крови билирубин общ. – 523,3 ммоль/л, прямой-283,5ммоль/л, АЛТ-51Ед/л, АСТ-76Ед/л. ФГДС-хронический гастрит, в просвете 12-перстной кишки – желчь. 20.09.18 осмотрена дерматовенерологом. Жалобы на умеренные боли в животе, слабость, повышение температуры тела, депрессивное настроение. Заболела около месяца назад, на фоне полного благополучия. На лечение по сифилису не являлась, так как считала себя здоровой. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые желтоватой окраски, сухие, специфических высыпаний на коже и слизистых нет. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Из анамнеза жизни известно: проживает с дочерью в квартире, работает сторожем, вдова с 32 лет, половая жизнь отсутствует последние 20 лет. В 5лет перенесла гепатит А. На фоне проведенного в отделении лечения

(инфузионная, спазмолитическая, антибиотикотерапия – клафоран) боли в животе уменьшились, температура тела нормализовалась, уровень билирубина снизился с 523 до 418 ммоль/л. Консультирована терапевтом, данных за механическую желтуху нет. Учитывая отсутствие лечения по А53.0 в 2015г., положительные серологические реакции в 2018 г., отсутствие данных за механическую желтуху, резко положительные показатели (билирубин 523,3ммоль/л, ГГТ-188,1 Ед/л), повышение печеночных ферментов АЛТ до 40,5, АСТ-53.5Ед/л, наличие гепатоспленомегалии, можно предположить поражение печени сифилитической этиологии. Диагноз: поздний сифилитический гепатит. На фоне проведенного лечения – цефтриаксон 1.0, в/м № 28, через 14 дней – второй курс в той же дозе в течение 14 дней – самочувствие пациентки улучшилось, кожные покровы приобрели нормальную окраску к концу первого курса, боли полностью регрессировали. Находится на КСК. Выводы. 1. В современной эпидемиологической ситуации преобладания поздних форм сифилиса следует иметь в виду и более редкие висцеральные специфические поражения, кроме сердца и аорты. 2. Всем больным поздними формами сифилиса необходимо проводить биохимический анализ крови, включающий исследование уровня билирубина, АЛТ и АСТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ХАРАКТЕРА МУТАНТНЫХ ШТАММОВ MYCOPLASMA GENITALIUM У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА

Кисина В.И., Романова И.В., Гущин А.Е., Жукова О.В.

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

Введение. Mycoplasma genitalium – патогенный микроорганизм, передаваемый половым путем. В терапии M. genitalium-инфекции традиционно использовались тетрациклины, макролиды и фторхинолоны. В настоящее время во всех регионах мира отмечено стремительное развитие резистентность M. genitalium к основным классам противомикробных препаратов. В нашей стране целенаправленные научные исследования в данном направлении не проводились.

Цель. Оценить распространенность и характер мутаций штаммов Mycoplasma genitalium у пациентов дерматовенерологических учреждениях московского региона.

Задачи исследования: 1. Установить распространенность штаммов M. genitalium, содержащих мутации и изучить тип мутаций, определяющих развитие устойчивости к антибиотикам в московском регионе. 2. Провести анализ клинических проявлений M. genitalium-инфекции у пациентов с мутантными изолятами возбудителя заболевания.

Материалы и методы. Изучено 709 штаммов M. genitalium, полученных от пациентов, обратившихся за медицинской помощью в филиалы МНПЦДК ДЗМ в период 2015–2018 года. Применялся метод ПЦР с количественной оценкой содержания микроорганизмов, секвенирование домена V23S rRNA M. genitalium, пиросеквенирование M. genitalium

к антибактериальным препаратам, определение генетических мутаций, ассоциированных с резистентностью *M. genitalium* к антибактериальным препаратам.

Результаты. Из 709 исследованных клинических изолятов *M. genitalium* мутации были обнаружены в 106 образцах (15%). Из них в 42 образцах (39,6%) содержались мутации к макролидам, в 50 (47,2%) – к фторхинолонам и в 14 (13,2%) – к обеим группам антибактериальных препаратов. В первой группе превалировал возраст пациентов от 25 до 30 лет. Среди пациентов мужчин было 84,2%. Большинство обратившихся в клинику (72,5%) имели субъективные симптомы заболевания. У преобладающей части мужчин (82,4%) имелись субъективные симптомы: уретральные выделения у 26,7%, комбинация уретральных выделений, дизурии и дискомфорта – у 50% пациентов. Клинические симптомы заболевания выявлены у 55,9% мужчин и у 50% женщин. В качестве препаратов первой линии для лечения *M. genitalium* – инфекции с мутациями устойчивости к макролидам назначался джозамицин 500 мг х 3 р/д – 10 дней (40%); доксициклин 100 мг х 2р/д – 10 дней (32,5%). Вторую группу пациентов с мутациями *M. genitalium*, к фторхинолонам составили 85% мужчин и 15% женщин. Преобладал возраст пациентов от 30 до 35 лет (32,5%). У 61,8% мужчин имелись субъективные симптомы, при этом чаще отмечалась комбинация уретральных выделений, дизурии и дискомфорта (23,8%). Объективные клинические проявления заболевания выявлены лишь у 35,3% мужчин и у 50% женщин. Для лечения *M. genitalium*-инфекции в качестве препаратов первой линии чаще всего назначались доксициклин 100мг х 2 р/д 10д (40%) и джозамицин 500 мг х 3 р/д 10 д (25%). В группе с мультирезистентными штаммами преобладали мужчины (85,7%). Преваляющий возраст пациентов варьировался от 25 до 30 лет (42,9%). Большинство пациентов при обращении предъявляли жалобы (78,6%). Женщин, обратившихся на прием с жалобами и для профилактического обследования, было поровну. Объективные клинические симптомы заболевания выявлены у 75% мужчин и 50% женщин. Для лечения пациентов 3 группы использовались джозамицин (42,9%) и доксициклин (35,7%).

Выводы. Распространенность штаммов *M. genitalium*, содержащих мутации к антибактериальным препаратам, среди пациентов дерматовенерологических учреждений московского региона составляет 15%. Из 709 изученных штаммов мутации к макролидам обнаружены в 39,6%, к фторхинолонам – в 47,2%, к обеим группам препаратов – в 13,2%. Анализ полученных результатов позволил установить некоторые особенности клинического течения *M. genitalium* – инфекции в зависимости от типа мутаций возбудителя заболевания.

НЕЙРОСИФИЛИС НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ломакина Е.А., Богуш П.Г., Зарубина Е.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы» филиал «Пролетарский», Москва, Россия

В настоящее время заболеваемость нейросифилисом (НС) неуклонно растет и по прогнозам различных авторов распространенность заболевания к 2020 г. может превысить 25:100 000 населения, а заболеваемость манифестным НС к 2020 г. может превысить 2,5:100 000 населения (Колоко-

лов О.В., Бакулев А.Л. и соавт.). Большая часть пациентов с НС имеетотягощенный анамнез: алкоголизм, черепно-мозговые травмы, сопутствующие заболевания (в том числе ВИЧ-инфекция), ведет асоциальный образ жизни. К раннему НС относят специфические поражения центральной нервной системы, возникающие в основном в течение первых 5 лет после заражения. Они сопровождаются изменениями мозговых оболочек и сосудов (так называемый менингovasкулярный сифилис – МВС), почти всегда сочетанными. По локализации различают церебральный и спинальный варианты патологии, по характеру поражения – менингит (а в случае спинального поражения – менингомиелит) и инсульт (Лосева О.К.). Помимо клинически выраженных, манифестных форм существует асимптомный менингит, при котором клинические проявления поражения нервной системы отсутствуют, и диагноз ставится на основании изменения ликвора: плеоцитоза свыше 5 кл/мм³, повышения содержания белка до уровня выше 0,46 г/л, позитивности серологических реакций (Лосева О.К.). Под нашим наблюдением с 2014 года находятся 22 пациента с НС (16 мужчин и 6 женщин): 8 пациентов – с НС с симптомами, 14 – с асимптомным НС. Из них в 2014 году выявлено 4 пациента с НС, в 2015 – 2 пациента, в 2016 – 8, в 2017 – 3, в 2018 – 5 пациентов с НС. Всем пациентам была проведена спинномозговая пункция и лабораторное исследование ликвора: 1 пациенту – в ГКБ № 13, 1 – ИКБ № 2, 1 – в ГКБ им. Р.И. Иноземцева, 2 – в ПКБ им. Н.А. Алексеева, 17 – в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. Таким образом, выполнение требований по тактике взаимодействия врачей-дерматовенерологов, неврологов, психиатров, наркологов, офтальмологов, отоларингологов и врачей других специальностей при оказании медицинской помощи пациентам с подозрением или установленным диагнозом НС, обязательное проведение спинномозговой пункции позволяет своевременно подтвердить или исключить диагноз НС и назначить адекватное лечение.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ

Лосева О.К., Жуковский Р.О., Андропова Н.В.

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

Актуальность. Основная задача сифилидологии – это достижение клинического выздоровления пациента путем проведения своевременного, эффективного и полноценного лечения. Современные антибактериальные препараты в адекватных дозировках практически всегда позволяют решить данный вопрос. Однако все более ясно вырисовывается группа пациентов с отдаленными осложнениями сифилиса, возникающими по истечении сроков диспансерного наблюдения. По нашему мнению, одной из причин сложившейся ситуации может быть сопутствующая соматическая патология у пациентов с сифилисом.

Цель работы: изучить фоновую соматическую патологию у пациентов с различными формами сифилиса. Сопоставить ее с полом, возрастом и формой сифилиса. Материалы и методы. Было обследовано 85 пациентов с сифилисом, из которых 22 пациента с осложненными формами (кардиоваскулярный, нейросифилис, сифилитический гепатит), 21 пациент с ранними формами сифилиса, 20 пациентов с поздним скрытым сифилисом и 22 пациента с сероре-

зистентностью. Критерием включения являлось наличие положительных серологических тестов, позволяющих подтвердить наличие сифилиса, а также других методов обследования, позволяющих определить форму заболевания (осложненные формы). Методами обследования были сбор анамнеза, определение индекса массы тела, выявление факторов риска. Лабораторные методы в объеме серологических тестов, биохимических анализов крови, ЭЛИ-висцеро-теста-24, исследование ликвора. Инструментальные методы: УЗИ, ЭХО-КГ.

Результаты. В ходе выполнения работы нами был выявлен наиболее характерные виды сопутствующей патологии у пациентов с сифилисом: в 27% случаев это были заболевания ЖКТ, в 18% – заболевания мочеполовой системы, которая является входными воротами при ИППП, наличие патологии в этой системе повышает риск заражения у большинства пациентов, в 15,5% – заболевания сердечно – сосудистой системы. Были выявлены закономерности преваляирования той или иной патологии в различных группах больных сифилисом и определенные закономерности распределения патологии в различных гендерных и возрастных группах.

Выводы: – Наличие фоновой общесоматической патологии оказывает влияние как на чувствительность бледной трепонемы к проводимому лечению, так и на биодоступность лекарственного препарата, применяемого для лечения. – Имеющаяся фоновая патология, наличие поврежденного органа, может стать основой для специфического поражения бледной трепонемой указанного органа. – Фоновая общесоматическая патология может быть причиной сохранения позитивности нетрепонемного теста, расцениваемая врачом как серорезистентность и разрешающаяся на фоне лечения у смежного специалиста.

ОПЫТ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПО ПОЛУЧЕНИЮ И ПОДТВЕРЖДЕНИЮ СТАТУСА ВАЛИДАЦИИ ЭЛИМИНАЦИИ ПЕРЕДАЧИ СИФИЛИСА ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Панкратов О.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

В 2007 г. ВОЗ предприняла инициативу для глобальной элиминации врожденного сифилиса (ВС), которая изложена в документе «Глобальная ликвидация врожденного сифилиса: обоснование и стратегия действий». Глобальная цель данной инициативы – ликвидировать ВС как проблему общественного здравоохранения – направлена на использование гармонизированного подхода для улучшения результатов охраны здоровья матерей и детей. Для ее достижения необходимо снизить распространенность сифилиса среди беременных и предупреждать передачу сифилиса от матери ребенку. По просьбе Министерства здравоохранения Беларуси для оценки готовности страны к валидации элиминации передачи от матери ребенку сифилиса и ВИЧ 9–13 ноября 2015 г. работала миссия ВОЗ по технической поддержке Беларуси в области валидации элиминации передачи от матери ребенку (ПМР) сифилиса и ВИЧ. Показатель воздействия в связи с сифилисом: Показатель заражения $VC \leq 50$ случаев на 100 000 живорожденных. Показатели процесса: Охват дородовыми услугами (как минимум одно посещение) $\geq 95\%$. Охват беременных женщин тестированием на ВИЧ (и/или) сифилис $\geq 95\%$. Охват лечением беременных женщин, имеющих положительный результат теста на сифилис $\geq 95\%$.

Выводы миссии: – в Беларуси существуют важнейшие принципы политики на основе доказательных данных, а также национальный потенциал для планирования и оказания услуг, необходимых для элиминации ПМР ВС; – национальное законодательство включает все необходимые инструменты, позволяющие устранить риски вертикальной передачи ВС; – при диагностике сифилиса для проведения оценки использовать другую тест-панель (с меньшими лунками). Это можно сделать в сотрудничестве с международной референс-лабораторией. Если результаты укажут на улучшение оценки, необходимо изменить протокол тестирования. Если нет, необходимо поменять тест-систему. По результатам работы миссии ВОЗ в Республике Беларусь 07.06.2016 года в Штаб-квартире ООН в г. Нью-Йорк руководителю делегации Беларуси в ООН был официально вручен Сертификат о валидации нашей страны как достигшей элиминации передачи от матери ребенку сифилиса и ВИЧ, то есть о достижении одной из «целей тысячелетия ВОЗ». В соответствии с рекомендациями, представленными после валидации, и в последующем, при проведении анализа ситуации через год, Беларусь просили рассмотреть вопрос о том, чтобы отказаться от использования анализа РМР при проведении диагностики и последующего лечения сифилиса среди беременных женщин. Проведение скрининга с использованием белорусского трепонемного ИФА с высоким уровнем чувствительного и специфичности, прошедшего необходимую валидацию (Shimanskaya I., et al. ActaDermVenereol. 2011;91:299-302), и последующее применение международного валидированного нетрепонемного теста с обеспечением качества, такого как RPR или VDRL, для подтверждения и определения схемы лечения матери, позволит исключить случаи невыявления сифилиса среди матерей. Этот алгоритм предусмотрен новым Клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с сифилитической инфекцией». Также Беларусь выполнила требование по созданию Национальной референс-лаборатории по диагностике сифилиса, которая включилась в программу ВОЗ/CDC внешнего контроля качества лабораторий, проводящих серологические тесты на сифилис. В 2018 году Глобальный Валидационный Комитет (GVAC) подтвердил валидацию до 2020 года, но дополнительно рекомендовал принять выработанное ВОЗ определение случаев ВС в рамках глобального эпиднадзора и использовать его для выявления таких случаев (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/ru/>). Таким образом, получение и подтверждение статуса валидации элиминации передачи сифилиса от матери ребенку – динамичный двухсторонний процесс, требующий постоянной активной работы

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ СИФИЛИСОМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЗА 2015–2017 ГГ.

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Доля О.В., Мельниченко О.О., Скворцова А.И., Захарова А.Б.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Кардиоваскулярный сифилис (КВС) – это специфическое поражение сифилитической инфекцией сердечно-сосудистой системы. Ранние проявления КВС при ранних формах

сифилиса имеют функциональный характер и регрессируют при проведении специфического лечения, в отличие от поздних, сопровождающихся дегенеративно-дистрофическими изменениями сосудистого русла и нередко требующих, помимо специфического, также хирургического, симптоматического и реабилитационного лечения. В подавляющем большинстве случаев (93,4%) выявляется мезаортит, прижизненная диагностика которого является редкостью.

Цель и задачи: проанализировать динамику заболеваемости КВС за 2015–2017 гг. в г. Москве, оценить динамику удельного веса КВС в структуре заболеваемости всеми формами сифилиса.

Материалы и методы: данные федерального статистического наблюдения за период 2015–2017 гг.

Результаты: в 2017 г. на территории г. Москвы было зарегистрировано 3767 случаев с впервые установленным диагнозом «сифилис», что составило 30,4 на 100 тыс. населения (2016 г. – 3984 случая или 32,3 на 100 тыс. населения, в 2015 г. – 2677 случаев или 21,9 на 100 тыс. населения). Таким образом, заболеваемость сифилисом по г. Москве в 2017 г. уменьшилась на 5,88% по отношению к 2016 г. и увеличилась на 38,8% по сравнению с 2015 г. Вместе с тем, в 2017 г. на территории г. Москвы было зарегистрировано 23 случая с диагнозом «сифилис сердечно-сосудистой системы», что составило 0,22 на 100 тыс. населения (2016 г. – 13 случаев, или 0,12, на 100 тыс. населения, в 2015 г. – также 13 случаев, или 0,12, на 100 тыс. населения). Удельный вес (%) КВС от всех форм сифилиса составил в 2017 г. – 0,6%, в 2016 г. – 0,3%, в 2015 г. – 0,5%. Из представленных данных видно, что заболеваемость КВС по г. Москве в 2017 г. на 76,9% больше по сравнению с 2015–2016 гг.

Выводы: Данная эпидемиологическая ситуация не может не побуждать к проведению активных действий со стороны медицинского сообщества, особенно принимая во внимание негативные последствия сифилитического поражения сердечно-сосудистой системы: инвалидизацию и нередко летальные исходы вследствие разрыва аневризмы и/или расслоения стенок аорты. Учитывая, что кардиологические симптомы являются ведущими клиническими проявлениями при КВС, оказание медицинской помощи должно осуществляться в стационаре кардиологического профиля на базе многопрофильной медицинской организации с блоком интенсивной терапии/ реанимационным отделением. В целях совершенствования и упорядочения деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы по диагностике и лечению КВС, в 2018 году ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» был подготовлен проект приказа Департамента здравоохранения города Москвы «Об организации оказания специализированной медицинской помощи больным сифилисом сердечно-сосудистой системы», разработаны методические рекомендации № 99 «Поздний кардиоваскулярный сифилис: клиника, диагностика, ведение больных». Для своевременной диагностики КВС и предотвращения развития тяжелых осложнений необходимо неукоснительное соблюдение медицинскими организациями положений приказа МЗ РФ № 87 от 26.03.2001 г. «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса», приказа ДЗМ № 1023 от 21.12.2016 г. «О совершенствовании мероприятий по раннему выявлению сифилиса у населения города Москвы», методических рекомендаций Департамента здравоохранения г. Москвы, а также своевременное направление серопозитивных пациентов к дерматовенерологам, устанавливающим заключительный диагноз и определяющим тактику ведения.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Свечникова Е.В., Маршани З.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 1» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Цель: выявить количество пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), пролеченных в отделении дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ за 2018 год, проанализировать структуру ИППП за выделенный период. Провести сравнительную характеристику в отношении данных заболеваний, диагностированных в 2017–2018 гг.

Методы и материалы: проведен ретроспективный анализ структуры зарегистрированных случаев инфекций, передаваемых половым путем среди прикрепленного контингента в отделении дерматовенерологии и косметологии ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ за 2018 год. Проведен сравнительный анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем с 2017 годом.

Результаты. Всего за 2018 год в отделении дерматовенерологии и косметологии у 89 пациентов были выявлены инфекции, передаваемые половым путем, подтвержденные результатами клинико-лабораторного обследования. У 48,3% пациентов (n=43) выявлены аногенитальные (венерические) бородавки; у 24,7% (n=22) – хламидийная инфекция; у 20,2% (n=18) – генитальный герпес; у 3,4% (n=3) – урогенитальный трихомониаз; у 2,2% (n=2) – сифилис, где 1,1% (n=1) – сифилис поздний скрытый, 1,1% (n=1) – скрытый, неуточненный как ранний или поздний сифилис; 1,1% (n=1) – гонококковая инфекция. Чаще болели женщины – 53,9% (n=48). У 39,6% (n=19) пациентов женского пола были диагностированы аногенитальные (венерические) бородавки, у 29,2% (n=14) – генитальный герпес, у 22,9% (n=11) – хламидийная инфекция, у 6,2% (n=3) – урогенитальный трихомониаз, у 2,1% (n=1) – сифилис поздний скрытый. Среди мужчин (n=41), которые составили 46,1% от всего числа заболевших, чаще всего встречались случаи аногенитальных (венерических) бородавок – 58,5% (n=24), затем по частоте встречаемости идут хламидийная инфекция – 26,8% (n=11), генитальный герпес – 9,8% (n=4), гонорея – 2,4% (n=1), сифилис скрытый, неуточненный как ранний или поздний – 2,4% (n=1). В 2017 году у 73 пациентов были диагностированы случаи ИППП. Большую часть также составили обращения пациентов с аногенитальными (венерическими) бородавками – 49,3% (n=36), 24,7% (n=18) – генитальным герпесом, 23,3% (n=17) – хламидийной инфекцией, 1,4% (n=1) – урогенитальным трихомониазом, 1,4% (n=1) – первичным сифилисом, 0% (n=0) – гонококковой инфекцией. Доля посещений мужчинами, больными ИППП, за рассматриваемый период составила 62,5% (n=45) от всех посещений больными ИППП. Среди них 60% (n=27) больных аногенитальными (венерическими) бородавками, 24,4% (n=11) – хламидийной инфекцией, 13,3% (n=6) – генитальным герпесом, 2,2% (n=1) – первичным сифилисом. Количество посещений женщин, больных ИППП, за 2017 г. составило 38,4% (n=28). Среди которых чаще всего встречались случаи генитального герпеса – 42,9% (n=12), затем по частоте встречаемости шли аногенитальные (венерические) бородавки – 32,1% (n=9), хламидийная инфекция – 21,4% (n=6), урогенитальный трихомониаз – 3,6% (n=1).

Выводы: таким образом, по результатам анализа работы отделения дерматовенерологии и косметологии ФБГУ «Поликлиника № 1» УДП РФ г. Москва за 2018 год установлено, что среди лиц, обратившихся в отделение, независимо от пола, преобладающее число пациентов было с аногенитальными (венерическими) бородавками, затем по частоте обращений следуют больные хламидийной инфекцией, генитальным герпесом и малое количество больных урогенитальным трихомониазом, сифилисом и гонореей. Чаще ИППП были диагностированы у лиц женского пола, в отличие от 2017 года, когда преобладающее количество пациентов с ИППП были мужчины. В сравнении с 2017 годом количество пациентов с ИППП увеличилось, структура заболеваемости в зависимости от выявленной нозологии осталась та же. Среди женщин с ИППП уменьшилось количество случаев заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека и *Chlamydia trachomatis*.

ПОСМЕРТНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОСИФИЛИСА У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Стрибук П.В., Лосева О.К., Зюзя Ю.Р.
*Межрегиональный Институт Непрерывного
Образования Федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Московский университет
пищевых производств», ИКБ № 2, Москва, Россия*

Цель: продемонстрировать случай запоздалой диагностики и неудачного лечения НС, с летальным исходом.

Описание случая. Пациент А., 1959 г.р., в июне 2016 г. обратился за медицинской помощью с жалобами на боли в правом плечевом суставе. При рентгенологическом исследовании заподозрен туберкулез легких. 23.06.2016 был установлен диагноз: инфильтративный туберкулез С1–2 правого легкого в фазе распада, МБТ (-). 30.06.2016 начато стационарное лечение по схеме I РХТ, по причине МЛУ переведен на другую схему РХТ IV, интенсивная фаза. Проведено обследование. Окулист от 07.2016: анизокория, ангиопатия сетчатки. Серологические тесты в крови: 01.07.2016 РМП 4+; ИФА +, КП=16,3; РПГА 4+. 29.07.16 консультирован дерматовенерологом, диагноз: А 53.0. проведено лечение цефтриаксоном по 1,0 в/м 20 дней (1курс). Через 2 недели второй курс – 10 дней. КТ ОГК 16.09.2016. Рентгенологически картина соответствует инфильтративному туберкулезу верхней доли правого легкого с трансформацией во множественные туберкуломы с распадом. В связи с подозрением на сочетание туберкулезного процесса с опухолевым, рекомендовано оперативное лечение. 03.10.2016 выполнена верхняя лобэктомия правого легкого. Гистологически: туберкуломы легкого в фазе слабовыраженного прогрессирования. С 27.10.2016 пациент жаловался на слабость, головокружение, пошатывание при ходьбе, в ноябре-декабре – на «дискомфорт» в голове, затруднения в построении речи, был дезориентирован во времени и пространстве. Состояние расценивалось как побочное действие циклосерина, который был отменен. 30.12.2016 нарушение равновесия и координации движений. При РКТ с контрастированием головы выявлен ишемический инсульт базального отдела левой височной доли. Невролог: ишемический инсульт базального отдела левой височной доли от 27.12.2016. С 04.01.17 – отрицательная динамика в неврологическом статусе. Переведен в ОАиР. Состояние тяжелое, сознание: оглушение. Правосторонняя гемиплегия, симптом Бабинского справа. КТ

ГМ от 04.01.17: признаки ишемического инсульта левой височной-теменно-затылочной области. Признаки сфеноидита, мастоидита, двустороннего среднего отита. УЗИ ОБП 05.01: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Лечение: цефтриаксон 2,0 в/в 1 раз в сутки № 14. 06.01.17 переведен на ИВЛ. В крови 10.01.17: РМП отр; ИФА сумм.+ , ИФА (IgG)+. 13.01.17 Дерматовенеролог: ЛПР, дообследование. РГ ОГК 16.01.17: двусторонняя полисегментарная пневмония. Ателектаз правого легкого. 16.01.17 Инфекционист: Вторичный гнойный менингит. Исключить нейросифилис. Ликвор 20.01.2017: цитоз 348/3, белок 0,4 г/л, бактериологически флора не выделена. Серореакции в ликворе не ставились. 23.01.2017: цитоз 173/3, белок 0,3 г/л. 31.01.2017: цитоз 24/3, белок 1,8 г/л. 02.02.2017 ликвор: РИБТ + 54%, РИФ ц 4+. В крови 02.02.17: РИБТ 48%, РИФ 3+. 09.02.17 Дерматовенеролог: нейросифилис, менинговазкулярная форма. Лечение: цефтриаксон 2,0 в/в 1 раз в сутки 20 дней. 06.02.17 снят с ИВЛ. На момент выписки 08.03.17 продуктивному контакту недоступен. Сенсомоторная афазия. Правосторонняя гемиплегия, рефлексы D > S, симптом Бабинского справа. В области крестца глубокий пролежень, дыхание самостоятельное, питание зондовое. Умер дома 10.03.17. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ (кратко). ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Сифилис, третичный период (висцеральный сифилис); нейросифилис с обширным ишемическим инфарктом головного мозга с поражением лобной, теменной, височной долей и подкорковых ядер левого полушария, продуктивный васкулит сосудов основания головного мозга, продуктивный менингоэнцефалит, Кардиоваскулярный сифилис: сифилитический мезоартрит, продуктивное воспаление коронарных артерий. Малая сифилитическая гумма печени, продуктивный гепатит. Продуктивное воспаление слизистых оболочек пазух черепа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПРИЧИНЕ СМЕРТИ: Смерть больного А.И.Х., 57 лет, последовала от нейросифилиса с обширным ишемическим инфарктом головного мозга и развитием в финале отека головного мозга.

Вывод. Основная причина неточной, запоздалой диагностики и летального исхода – отсутствие должного взаимодействия специалистов и их недостаточная компетенция в проблемах поздних форм сифилиса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОВОЛНОВОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

Сухова Л.П., Дорошева С.В., Токарева Н.В.
*Государственное учреждение здравоохранения
«Областной кожно-венерологический диспансер»,
Липецк, Россия*

Папилломавирусная инфекция является одной из самых распространенных вирусных инфекций, передаваемых половым путем и является одной из наиболее распространенных в мире. Актуальность данной проблемы объясняется высокой контагиозностью вируса и способностью некоторых разновидностей вируса папилломы человека (ВПЧ) инфицировать злокачественные процессы. Доказано, что до 70% случаев рака шейки матки и анального рака вызваны высокоонкогенными ВПЧ 16-го и 18-го типов. Наиболее известным клиническим проявлением ПВИ являются аногенитальные бородавки, которые вызывает вирус папилломы человека 6-го и 11-го типов. Данные штаммы возбудителя относятся к ВПЧ низкого уровня онкогенности и в 90% случаев генитальных бородавок находят именно эти

типы вируса. На сегодняшний день специфического противовирусного препарата для подавления ПВИ не существует. Как правило, проводится комбинированное лечение и включает несколько методов одновременно. Однако современное лечение не позволяет избежать рецидивирования ПВИ в 20-30% случаев. Основным направлением в лечении является деструкция аногенитальных бородавок. Для удаления аногенитальных бородавок применяют: физические (электрохирургический метод, криотерапию; лазеротерапию, радиохирургическое удаление); химические (азотная кислота, трихлоруксусная кислота, солкодерм) методы; цитотоксические препараты: подофиллин, 5-фторурацил; иммунологические методы: α -, β -интерфероны. Цель: сравнительная оценка клинической эффективности применения криотерапии и радиоволнового удаления аногенитальных бородавок в комбинации с пероральным применением инозина пранобекса.

Основные параметры оценки: эффективность удаления, переносимость (минимум побочных реакций), простота выполнения процедуры.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 23 пациента (женщин – 15; мужчин – 8) с впервые выявленными аногенитальными бородавками с давностью заболевания более 6 месяцев. Количество элементов варьировало от 4 до 12, размер – от 0,3 см до 0,6 см. Пациенты были разделены на две группы. Пациентам первой группы (мужчин – 5, женщин – 8) однократно проводилось радиоволновое удаление элементов (аппарат Сургитрон) под местным обезболиванием с использованием радиопетли в режиме «разрез и коагуляция» (мощность 3–4 ед.). Удаление проходило бескровно, безболезненно. После удаления элементов формировалась корочка, которая отпадала спустя 7–10 дней. Второй группе пациентов (женщин – 6, мужчин – 4) проводилась криодеструкция элементов жидким азотом. При воздействии жидкого азота наблюдалась местная эритема у основания элементов, субъективно пациенты ощущали покалывание, жжение, иногда боль. Процедура выполнялась 1 раз в 10 дней, количество процедур составило от 2-х до 3-х, срок лечения не превышал 30 дней. Кроме того, пациентам обеих групп назначался противовирусный препарат инозин пранобекс 500 мг 3 раза в сутки на протяжении 28 дней. Диспансерное наблюдение пациентов продолжалось 6 месяцев. Рецидив среди пациентов первой группы наблюдался в 1 (4,3%) случае, во второй группе в 3 (13%) случаях. Выводы: Сочетание деструктивных методов удаления с применением противовирусного препарата в лечении аногенитальных бородавок позволяет достичь положительных результатов в 82,6% случаев. При этом предпочтительнее применение радиоволновой терапии в связи с отсутствием нежелательных явлений в виде покалывания, жжения, боли и более низкой частотой рецидивов.

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА 265 БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Темников Д.В.

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

Актуальность проблемы. В последние годы в Российской Федерации на фоне благоприятной ситуации по инфекциям, передающихся половым путем (ИППП) [1], отмечается

рост заболеваемости нейросифилисом (НС). Авторы обращали внимание на различные эпидемиологические факторы, влияющие как на рост сифилиса в нашей стране в целом, так и на причины, способствующие развитию НС [2,3]. Однако в этих работах не анализировались особенности гинекологического анамнеза больных нейросифилисом, что имеет большое значение в плане изучения возможных механизмов прогрессирования заболевания и внутриутробного инфицирования плода.

Цели и задачи. Проанализировать особенности гинекологического анамнеза женщин с диагнозом нейросифилис в Ростовской области.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 265 женщин, состоящих на учете с диагнозом нейросифилис в Областном кожно-венерологическом диспансере Ростовской области (ГБУ РО «КВД») за период с 1999 по 2017 годы.

Результаты. Из 265 женщин (100%) в выборке, преобладали рожавшие женщины: 171 (64,53%). Из всей выборки 1 роды в анамнезе были 80 (30,19%); от 2–3 родов – у 80 (30,19%); от 4 до 5 родов – у 10 (3,77%); 6 родов в анамнезе было у 1 (0,38%). Не рожавших женщин было 94 (35,47%). В представленной выборке преобладали женщины, у которых был хотя бы 1 аборт в анамнезе: 156 (58,87%). 1 аборт в анамнезе был у 41 (15,47%); 2–3 аборта у 64 (24,15%); 4–5 аборт было у 28 (10,45%); от 6 до 10 аборт было у 15 (5,66%); 10 и более аборт было у 8 (3,02%). Женщин без аборт в анамнезе было 109 (41,13%)

Выводы. Преобладание рожавших (64,53%) или сделавших хотя бы 1 аборт (58,87%) среди данной выборки дает основание обратить внимание на роль гинекологических кабинетов и стационаров, а также женских консультаций на обстоятельства выявления нейросифилиса. Также большое количество рожавших женщин с диагнозом нейросифилис – 171 человек, из них 91 имеющая 2 и более родов, позволит изучить влияние нейросифилиса на фертильность и возможные осложнения у детей.

ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Темников Д.В., Гомберг М.А., Темников В.Е.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Кожно-венерологический диспансер», г. Ростов-на-Дону, Россия*

Актуальность. В настоящее время в Российской Федерации наметилась отчетливая тенденция к росту заболеваемости нейросифилисом (НС). В связи с этим представилось целесообразным изучить влияние некоторых медико-социальных факторов на заболеваемость НС в Ростовской области. Цель исследования. Изучить влияние некоторых медико-

социальных факторов на заболеваемость НС в Ростовской области для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ анамнестических данных 617 пациентов с диагнозом НС, проходивших лечение в кожно-венерологическом диспансере Ростовской области с 1999 по 2017 годы.

Результаты. Средний возраст наблюдаемых больных составил $44,4 \pm 0,9$ года, при этом в возрасте от 39 до 49 лет оказалось больше половины больных. Среди больных НС преобладают безработные (51,5 %); 22,90 % – рабочие, 8,70 % – служащие, 10,5 % – пенсионеры и 6,4 % – инвалиды. Анализ обстоятельств выявления показал, что в 8 % случаев НС выявлен при предварительном медицинском осмотре, в 6 % – при периодическом. При анализе сопутствующих хронических заболеваний установлено, что лидируют болезни системы кровообращения, диагностированные у 23,16% больных. На втором месте находятся болезни нервной системы (18,32%), среди которых основную долю составляют цереброваскулярные болезни (9,67 %). На третьем – болезни пищеварительной системы (10,63 %); на четвертом – психические расстройства (9,13 %). Почти треть больных (27,25%) до установления НС получали лечение у неврологов и психиатров с соответствующими диагнозами.

Обсуждения и выводы. В результате проведенного исследования выявлена возрастная группа риска – от 39 до 49 лет. Отмечена хорошая выявляемость нейросифилиса при медосмотрах (14%). При этом выявлен высокий удельный вес больных с ранее диагностированными неврологическими и психиатрическими заболеваниями, у которых не проводились, преимущественно на амбулаторном этапе, серологические и ликворологические обследования на сифилис, что, по-видимому, не позволило диагностировать это заболевание на ранних этапах. Такие данные свидетельствуют о необходимости оптимизации диагностических мероприятий у пациентов неврологического и психологического профилей на амбулаторном этапе.

ВЕНЕРИЧЕСКАЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМА СРЕДИ МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, В Г. МОСКВЕ

Тюленев Ю.А., Титов И.С., Гуцин А.Е.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия

Введение. Венерическая лимфогранулема (ВЛГ) – инфекционное заболевание, с хроническим течением, вызываемое инвазивными серотипами *Chlamydia trachomatis* – L1, L2 и L3 (*C. trachomatis-LGV*). Наибольшая распространенность ВЛГ в развитых странах характерна, главным образом, среди мужчин, практикующих сексуальные контакты с другими мужчинами (МСМ). Пациенты-МСМ, инфицированные *C. trachomatis-LGV*, в большинстве случаев, имеют жалобы на болевые ощущения в аноректальной области и клинические признаки некротического язвенного проктита, иногда переходящего в проктоколит. Также у пациентов отмечается наличие патологических выделений из анального канала и билатеральная лимфаденопатия. В России отсутствуют эпидемиологические данные о наличии и распространенности ВЛГ среди населения. Выявление таких случаев затрудняется отсутствием протоколов обследования МСМ, как основной социальной группы, подверженной

данному заболеванию, и отсутствием необходимых методов лабораторной диагностики для прямого выявления *C. trachomatis-LGV*.

Цель и задачи. Выявление *C. trachomatis-LGV* среди МСМ, обращающихся за медицинской помощью к врачу-колопроктологу с помощью специфической ПЦР в реальном времени, и изучение клинических особенностей течения данного заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 308 МСМ, обратившихся за медицинской помощью к врачу-колопроктологу. От каждого пациента были получены данные анамнеза, сексуальных предпочтений, наличия и характере жалоб. Каждому пациенту проводили осмотр анального канала и прямой кишки (ректороманоскопия) для оценки общего состояния слизистой оболочки и взятия образцов биологического материала для ПЦР-исследования. Для селективного выявления ДНК *C. trachomatis-LGV* разработана методика с использованием специфических в отношении L-серотипов *C. trachomatis* олигонуклеотидных праймеров и зондов.

Результаты. Серотипы *C. trachomatis-LGV* были обнаружены у 7,14% (22/308) обследованных пациентов из группы МСМ. Проктоскопическое исследование и общий осмотр позволили установить, что большая часть ВЛГ-инфицированных (81% (18/22)) имели множественные язвы анального канала и прямой кишки, гнойные выделения на слизистой оболочке, признаки лимфаденопатии и жалобы на болевые ощущения, имитирующие неспецифический язвенный колит. Помимо ВЛГ, у одного пациента была обнаружена ко-инфекция с *T. pallidum*, а у четырех – HSV II. Большинство же ВЛГ-инфицированных пациентов (59,1% (13/22)) с манифестной формой язвенного проктита не имели ко-инфекции с указанными патогенами, способными вызывать эрозивные поражения. Среди пациентов, с не-ВЛГ серотипами *C. trachomatis*, только 30% (14/46) имели жалобы и симптомы проктита, но ни у одного пациента не наблюдались эрозивно-язвенные поражения аноректального тракта и лимфаденопатия.

Заключение. Впервые в Москве среди пациентов-МСМ обнаружена ДНК серотипов *C. trachomatis-LGV*, вызывающих венерическую лимфогранулему. У большинства указанных пациентов инфекция сопровождалась выраженными воспалительными проявлениями в анальном канале и прямой кишке, диагностируемыми колопроктологом как некротический язвенный проктит. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки современных методов выявления *C. trachomatis-LGV* и разработки протоколов ведения пациентов из группы МСМ с ВЛГ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИППП И ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ МСМ ГОРОДА МОСКВЫ

Тюленев Ю.А., Титов И.С., Попова А.А., Покровская А.В., Гуцин А.Е.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия

Введение. Мужчины, практикующие сексуальные контакты с мужчинами (МСМ) относятся к группе повышенного риска инфицирования ИППП и ВИЧ. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о необходимости постоянного мониторинга уровня заболеваемости

ИППП среди МСМ, так как они являются очагом постоянной персистенции возбудителей среди населения. Недостаток информированности врачей о поведенческих особенностях МСМ и табуирование вопросов о сексуальных предпочтениях пациентов приводят к снижению эффективности сбора анамнеза и, в результате, к ошибкам диагностики. Отсутствие официальных данных о заболеваемости ИППП среди МСМ по России делает невозможным своевременное реагирование медицинских специалистов на эпидемические показатели распространения инфекций и препятствует проведению профилактических и санитарно-просветительских мероприятий.

Цель и задачи. Установление частоты встречаемости ИППП среди МСМ города Москвы и изучение социально-демографических особенностей, которые могут оказывать негативное влияние на уровень заболеваемости внутри изучаемого сообщества.

Материалы и методы. Обследовано 826 лиц, относящихся к группе МСМ. Каждого участника исследования опрашивали о возрасте, сексуальных предпочтениях, наличии случайных связей, перенесенных венерических заболеваниях и др., фиксируя информацию в специально разработанных анкетах. Респондентов привлекали при помощи общественных некоммерческих организаций и врача-проктолога. Материалом для исследования служили: первая порция мочи и слизистое отделяемое ротоглотки и прямой кишки. Образцы биоматериала исследовали методом ПЦР на наличие ДНК *N. gonorrhoeae*, *S. trachomatis*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*, Herpes Simplex Virus (HSV) I, HSV II и *T. pallidum*. Изучали анамнестические данные пациентов о перенесенном сифилисе и ВИЧ-статусе. При статистической обработке исходных данных использовали непараметрический критерий Фишера в стандартном пакете программы SPSS 16.0.

Результаты. Частота встречаемости вышеуказанных ИППП среди обследованных МСМ составила: *N. gonorrhoeae* – 15,2%, *S. trachomatis* – 20,3%, *M. genitalium* – 6,7%, HSV I – 8,3%, HSV II – 13,0%, *T. pallidum* – 3,7%. При этом наибольшее число случаев по каждому возбудителю обнаруживалось в прямой кишке, за исключением HSV I, частота обнаружения которого была наивысшей в орофарингеальной анатомической области. Частота обнаружения *T. vaginalis* была незначительной и составила менее 0,3%. ВИЧ инфекция была установлена у 36% обследованных, а сифилисом в прошлом переболели 23% из привлеченных к исследованию МСМ. При статистическом анализе влияния поведенческих факторов на частоту встречаемости инфекций было установлено, что количество случайных половых контактов, отсутствие презерватива при аногенитальных контактах и наличие установленного диагноза «сифилис» положительно коррелирует с наличием у пациентов хотя бы одного из вышеперечисленных возбудителей ИППП (Fishertest, $p=0.0003$, 0.034 и 0.0009 , соответственно). Наличие ВИЧ-инфекции, употребление наркотиков, отсутствие постоянного полового партнера и возраст моложе 20 лет также более часто отмечались у МСМ с выявленными ИППП, хотя достоверных различий по этим показателям обнаружено не было.

Выводы. Установлен высокий уровень заболеваемости ИППП среди МСМ в Москве. Пациентам с выявленными возбудителями ИППП более свойственно наличие рискованного сексуального поведения. Большое число случайных половых партнеров, отсутствие презервативов,

ранние формы сифилиса и ВИЧ-инфекция – все это рассматривается в качестве предиктора обнаружения той или иной ИППП в разных анатомических областях. Необходимо разработка тактики дерматовенерологического и лабораторного обследования пациентов-МСМ с учетом оценки рисков сексуального поведения.

ОПТИМИЗАЦИЯ МАССОВОГО СКРИНИНГА СЫВОРОТКИ КРОВИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО АНТИГЕНА ВИРУСА ГЕПАТИТА В

Шульгина М.М., Сапожникова Н.А., Ефремова Е.В., Борисова А.М., Потапова А.А.

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

Оптимизация лабораторной диагностики гепатита В (ГВ), характеризующегося в том числе и половым путем передачи, обусловлена широкой распространенностью заболевания и наличием разных фаз хронического ГВ, в том числе без HBsAg. При распространенности ГВ свыше 1% рекомендуется всех больных инфекционными заболеваниями, передаваемыми половым путем, обследовать также на наличие ГВ. Целью работы было совершенствование скрининга крови на наличие HBsAg, а также использование других маркеров для уточнения диагностики ГВ.

Материалы и методы. С 2012 по 2018 гг. количество проб, исследованных на наличие HBsAg, увеличилось с 707248 до 1270596. HBsAg и антитела к HBcore исследовали в сыворотке крови методом ИФА, в том числе HbsAg выявляли с дополнительным измерением оптической плотности (ОП) без стоп-реагента (модификация производителя тест-системы АО «Вектор-Бест»).

Результаты представлены в виде коэффициента позитивности (КП), равного отношению ОП пробы к ОП критической. ДНК ВГВ выявляли методом ПЦР «real-time». Результаты. С 2012 до 2018 гг. количество положительных результатов уменьшилось с 1,48 до 1,14% ($p<0,05$). Положительные результаты получены 1) после одного подтверждающего исследования (52,29%); 2) после измерения ОП без стоп-реагента (21,10%); 3) после разведения в 100 и более раз (24,95%). Из проб с КП<3 в первичном скрининге при дополнительном использовании тест-систем с чувствительностью 0,01 МЕ/мл положительные результаты получены в 53% проб (1,7% от всех положительных проб). В 30% проб с КП<3 (среднее КП= $1,9\pm 0,69$) выявлена ДНК вируса и в 25% проб анти-HBcore, в том числе в двух пробах с дискордантными результатами (+ и -) по HBsAg.

Выводы. При исследовании высокопозитивных по HBsAg проб дополнительное измерение ОП без внесения стоп-реагента уменьшает количество разведений. Для исследования низкопозитивных проб необходимы ТС с чувствительностью 0,01 МЕ/мл. На основе проведенных исследований предложен алгоритм выявления HBsAg. При выявлении HBsAg на границе чувствительности ИФА повысить достоверность результатов скрининга маркеров ГВ можно при выявлении ДНК или антител к coreAg вируса.

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ МОНОПОЛЯРНАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

Ахмедбаева И.А., Юсова Ж.Ю.

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Федерального государственного бюджетного
учреждения дополнительного профессионального
образования «Центральная государственная
медицинская академия» Управления делами
Президента Российской Федерации, Москва, Россия*

На сегодняшний день на рынке существует довольно много радиочастотных устройств, однако наибольшее количество опубликованной литературы и результатов клинических исследований, доказывающих эффективность и безопасность, относятся к монополярной радиочастотной технологии. При воздействии монополярной радиочастотной волны электромагнитное поле с заданной частотой определенным образом фокусируется в коже. Как правило, большему воздействию подвергается инволютивно измененные коллагеновые волокна. Поврежденные волокна разрушаются, запуская каскад биологической реакции восстановления структурных элементов. Технология трехмерного объемного равномерного нагрева посредством RF-энергии используется в коррекции инволютивных изменений кожи с выраженными клиническими результатами при однократности воздействия. Однако, кожа, в зависимости от морфотипа инволютивных изменений, обладает разной электропроводностью и поэтому клиническая эффективность от процедуры будет неодинаковой.

Цель исследования: Определить степень выраженности клинического эффекта и удовлетворенности пациентами процедуры монополярного радиочастотного лифтинга у пациентов с деформационным и смешанным морфотипом инволютивных изменений кожи. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 18 пациентов в возрасте 40–55 лет с инволютивными изменениями кожи. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от морфотипа. С деформационным типом 10 пациентов и со смешанным морфотипом 8 пациентов. Оценка результатов проводилась через 3 месяца после процедуры и включала в себя серии снимков «до» и «после», сделанные на аппарате для 3D визуализации ANTERA® (Ирландия), фотодокументирование и шкалу-опросник удовлетворенности процедурой. Процедура проводилась однократно по утвержденному протоколу работы в области лица насадкой Face Tip без усиленного разогрева 900 имп.

Результаты исследования. Анализ снимков 3D на аппарате ANTERA3D® показал, что в группе с деформационным морфотипом кожи отмечалась более выраженная клиническая картина по улучшению рельефа (29,3%), текстуры кожи (24,6%), а также выраженное уменьшение гравитационных морщин (38,4%). В группе со смешанным типом кожи данные изменились в меньшей степени по основным показателям: улучшение рельефа – 18,6%, текстура кожи – 17,4%, уменьшение гравитационных морщин на 23,7%. Полученные клинические данные коррелировались со степенью удовлетворенности процедурой: в группе с деформационным типом – 85,8%, в группе со смешанным морфотипом – 72,6%.

Выводы. Таким образом, после проведенной процедуры наблюдался более выраженный результат у пациентов с деформационным морфотипом инволютивных изменений кожи по сравнению с группой, у которых определялся смешанный тип. Необходимы дальнейшие исследования для подбора методов сочетанной коррекции и создания алгоритма, усиливающие клиническую эффективность монополярного радиоволнового излучения у пациентов с различными морфотипами кожи.

ОПТИМИЗАЦИЯ СВЕТОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ КОЖИ

Баранова Е.Л., Демидион Д.В., Юсова Ж.Ю.

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии
Федерального государственного бюджетного
учреждения дополнительного профессионального
образования «Центральная государственная
медицинская академия» Управления делами
Президента Российской Федерации, Москва, Россия*

Лазерные технологии на сегодняшний день являются ведущими в эстетической медицине при коррекции многих проблем: лечение фотоповреждений и пигментаций кожи, а также рубцов различной этиологии. Среди лазерных методик по клинической эффективности очень популярен аблятивный фракционный лазер, поэтому в настоящее время очень широко используется в медицинской практике. Для достижения более полного воздействия на структуру дермы и ее эластические свойства многие врачи начали сочетать поверхностную и глубокую фракционную абляцию. На сегодняшний день современные технологии позволяют использовать комбинированные режимы воздействия: поверхностный и глубокий, а также использовать технологию суперимпульса (SuperPulse) – формировать мощный поток энергии за чрезвычайно короткое время. При поверхностном режиме работы область абляции формируются не за счет расфокусировки луча, а путем быстрого «прорисовывания» тонким лазерным лучом шириной 0,12 мм микрозоны в виде спирали диаметром 1,3 мм. Такой способ гарантирует минимальное повреждение и перегрев подлежащих тканей, что, в свою очередь, позволяет снизить риск осложнений, например таких, как поствоспалительная гиперпигментация. Процедуры, проводимые с ее использованием, характеризуются коротким периодом реабилитации, минимальным повреждением окружающих тканей за счет узкотермического повреждения и, как незначительным количеством побочных эффектов. Клиническая эффективность лазерных процедур во многом определяется и морфотипом кожи, которая зависит от микроциркуляторного компонента. Активная регенераторная способность и степень возрастных изменений с превалирующей клинической картиной во многом определяется состоянием микроциркуляторного русла как основного компонента трофики тканей.TM

Цель работы: Определить степень клинической эффективности и удовлетворенности пациентами, в зависимости от морфотипа инволютивных изменений кожи, процедурой

аблятивного CO₂ фракционного фототермолиза – как метода направленного на получение быстрого, безопасного, видимого эффекта лечения наиболее распространенных возрастных косметологических дефектов кожи (морщин, расширенных пор, нарушения пигментации, изменения качества и текстуры кожи). Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 35 до 49 лет. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от морфотипа кожи (по классификации Юсовой): деформационный – 13 человек, мелкоморщинистый – 7 и смешанный – 12 пациентов. Распределение по морфотипам отражено на диаграмме (Рис. 2). Во всех группах проводили аблятивный CO₂ фракционный фототермолиз однократно с последующей оценкой результата процедуры через месяц. Для объективизации результатов использовали серии снимков 3D визуализации на аппарате ANTERA3D® (Ирландия), фотодокументирование на аппарате FotoFinder (Германия) и шкалу-опросник для оценки пациентами удовлетворенности процедурой. Результаты исследования. При анализе снимков 3D визуализации на аппарате ANTERA3D® и полученных графиков изменений кожи определилась следующая динамика. В группе со смешанным морфотипом кожи отмечалась более выраженная клиническая картина по улучшению рельефа и текстуры кожи, уменьшения пигментации и морщин, тогда как в группе с деформационным типом кожи данные показатели изменились в меньшей степени, однако показатель изменения расширенных пор был наиболее значимо улучшен по сравнению с остальными группами. Степень удовлетворенности процедурой была высокой во всех группах, однако в группе со смешанным морфотипом отмечалась самая высокая оценка эффективности – 83,3%, в группе с деформационным морфотипом инволютивных изменений кожи – 69,2% и 71,4% в группе с мелкоморщинистым морфотипом кожи. Выводы. Таким образом, выявлена тенденция, что при смешанном морфотипе удовлетворенность пациентов выше при коррекции морщин и качества кожи, а при деформационном морфотипе – удовлетворенность выше текстурой, цветом кожи и работой с пигментными нарушениями. Необходимо дальнейшее изучение механизмов репаративного функционирования кожи в зависимости от морфотипов инволютивных изменений кожи, а также изучить перспективы для разработки дифференцированного подхода к тактике ведения при использовании CO₂ лазера с учетом морфофункциональных изменений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КРЕМ-МАСКИ ДЛЯ ВОЛОС С 10% СОДЕРЖАНИЕМ ОЗОНИДОВ НА ЭТАПЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ

Биткина О.А., Апазова Э.С., Варенова Т.Н., Габасов И.В., Кашина А.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижегородский филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Производство озонид-содержащих препаратов для местного применения осуществляется в настоящее время во

многих странах мира. Данные препараты, содержащих химически модифицированное при озонировании оливковое масло, позиционируются как косметологические средства, но очевидны их широкие лечебные возможности, связанные с бактерицидным, вирусоцидным, фунгицидными эффектами, увлажняющим действием. Таким образом, производство озонид-содержащих наружных препаратов становится одним из актуальных направлений в местной терапии кожных болезней и требует научного обоснования своего применения. Первым этапом изучения нового наружного лекарственного препарата являются доклинические исследования. Они проводятся на животных, чтобы минимизировать вероятность неблагоприятных реакций при клинических испытаниях. Именно доклинические исследования дают возможность определить показания, противопоказания к применению препаратов, побочные эффекты, дают возможность узнать максимально возможную безопасную дозу, а также целесообразность ее повышения.

Цель исследования: изучить острую токсичность крем-маски для волос с 10% содержанием озонидов в испытаниях на нелинейных крысах.

Материалы и методы. Исследуемым препаратом являлась маска для волос и кожи головы с 10% содержанием озонидов. Для изучения токсичности выполнялись исследования на нелинейных крысах обоих полов (6 самцов, 6 самок) массой 200–300 грамм. Было произведено взвешивание животных, после чего исследуемый препарат вводился крысам обоего пола внутривентрально, как путь введения для оценки острой токсичности. Крысам за один прием вводился максимально возможный объем при внутривентральном введении – 5 мл. Контрольным группам вводился физиологический раствор в тех же объемах. Далее проводился прижизненный осмотр: наблюдение поведенческих реакций – 1 раз в день ежедневно после введения в течение 14 дней, взвешивание – еженедельно, потребление корма – ежедневно. На 15-й день производились декапитация, некропсия с взвешиванием, макроскопическим исследованием, определением массовых коэффициентов (по формуле) внутренних органов (мозг, сердце, легкие, тимус, печень, селезенка, почки, надпочечники, яичники, семенники). Анализ массовых коэффициентов проводился путем сравнения с массовыми коэффициентами контрольной группы, анатомическими, физиологическими, биометрическими данными. Исследование данного показателя при токсикологических исследованиях дает возможность обнаружения органа-мишени токсиканта.

Результаты исследования. На вскрытии при макроскопическом исследовании внутренних органов лабораторных животных изменений не выявлено. Расположение внутренних органов правильное, свободной жидкости в плевральной и брюшных полостях нет. Мышца сердца без изменений, просвет трахеи и крупных бронхов свободны. Ткани легкого розового цвета, без признаков отека. Слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта не изменена. Печень не увеличена. Капсула почек снимается легко, корковое и мозговое вещество хорошо различимы. Щитовидная железа и надпочечники без изменений. При анализе массовых коэффициентов внутренних органов внутри экспериментальной и контрольной групп отклонений от физиологических показателей выявлено не было. При проведении ежедневного клинического осмотра, набор веса, состояние кожных покровов, слизистых оболочек, положения тела, хвоста, реакции на раздражители, состояние зубов, цвет, температура носа, ушей, когтей, частота, амплитуда дыхательных движений, состояние половых органов, двигательная активность, тонус мускулатуры, вокализация, потребление воды и пищи – без изменений по сравнению

с контрольной группой, без отклонений от нормы. Таким образом, исследование острой токсичности применение препарата крем-маски для волос с 10% содержанием озонидов исключает возникновение местных, системных токсических эффектов. Планируется проведение дальнейших этапов исследования в виде изучения хронической токсичности, безопасности, фармакологической активности, иммуноотоксичности, канцерогенности и аллергенности.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УМЕНЬШЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ МОРЩИН НА ЛИЦЕ С ПОМОЩЬЮ ФРАКЦИОННОЙ МИКРОИГОЛЬЧАТОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ СИСТЕМЫ

Бурмистров К.А., Hyoun J.P., Hyoung M.K., Myung J.O.

ФГБОУ ВО «Алтайский Государственный Медицинский Университет» Минздрава России, Maytin Clinic, Сеул, Корея, Miaero Medical Aesthetic Group, Сеул, Корея, Dr. Oh S. Skin LASER Clinic, Сеул, Корея

Актуальность: появление морщин является неотъемлемой составляющей естественного физиологического процесса – старения. Но многие пациенты стремятся продлить молодость разными способами, в том числе путем устранения морщин. В косметологии уже давно используются, например, не инвазивные высокочастотные (RF) устройства для уменьшения выраженности морщин на лице. Цель: оценка клинической эффективности и безопасности устранения морщин на лице при помощи фракционного микроигольчатого высокочастотного воздействия. Материалы и методы: Исследование проводилось на 204 пациентах (80 мужчин, 124 женщины, средний возраст 47,3, диапазон 26-68, тип кожи по Фицпатрику III – IV) с морщинами разной степени выраженности на лице, которые прошли 1-3 сеанса с использованием фракционной микроигольчатой высокочастотной системы с интервалом 4 недели в трех центрах в Корею. Результаты: Из 204 пациентов у 54 наблюдалось клиническое улучшение 4-й степени, у 86 было улучшение 3-й степени, у 50 пациентов – 2-й степени и только у 14 улучшение 1-й степени. Слабая поствоспалительная гиперпигментация была обнаружена только у двух из 204 пациентов, которая проходила сама в течение одного месяца. Вывод: Фракционное микроигольчатое высокочастотное воздействие является эффективным и безопасным для уменьшения выраженности морщин на лице и способствует повышению качества жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТЕЙ ИЗ 100% ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ (ФРАНЦИЯ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Васильева Е.В.

Институт Красоты Belle Allure, Москва, Россия

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями для коррекции верхней трети лица в практике врача-косметолога в амбулаторных условиях. Объекты

исследования: пациенты центра –100 в возрасте 29–67 лет (29–43 – 77 чел., 44–55 – 13 чел., 56–67 – 10 чел.), среди них мужчин 13, женщин 87. Оценка проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 2 месяца, 18 месяцев и степени удовлетворенности пациентов полученным результатом. Имплантированы по 2 нити с атравматичными иглами пациентам с целью лифтинга в верхней трети лица 87. Лифтинг верхней трети лица 4 армирующими нитями у 13 пациентов. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2% ультракаином 2–4 мл, введение по разметке подкожно нитей через два небольших прокола в кожу каждая канюлей 100 мм 18G, перемещение (лифтинг) кожи по нити «на место» с первоначальной фиксацией микронасечками нитей, обрезание и погружение концов нитей в кожу. После процедуры прокол от иглы эпителизировался бесследно, небольшой отек купировался в течение первых 2-х суток. Гематомы отмечались у 10% локально до 1,0 см в диаметре, у 30% незначительные, которые рассасывались к 3–7 суток. У 60% гематом не было. Перед процедурой пациентам с ярко выраженной мимикой в области верхней трети лица проводился или рекомендовался ботулотоксин.

Результаты. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 86 (86%), хороший 10 (10,0%). Оптимальный эстетический эффект достигался к концу 3 месяца за счет механической фиксации тканей и стимуляции собственного неоколлагеногенеза полимолочной кислотой: устранение нависания верхних век, поднятие бровей, уголков глаз и повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин. Удовлетворительный результат – у 4 (4%). Пациенты остались довольны, состояние кожи улучшилось, но не был достигнут оптимальный эстетический эффект в связи с ограниченными финансовыми возможностями пациентов.

Выводы: результаты демонстрируют высокий уровень безопасности, клинической эффективности, высокую степень удовлетворенности пациентов и гарантирует оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога, и позволяют избежать возможных осложнений.

МНОГОУРОВНЕВОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОМОЛОЖЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ND:YAG ЛАЗЕРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 532 И 1064 НМ И КОМБИНАЦИЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИМПУЛЬСА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ

Горская А.А., Петрова Г.А., Петрова К.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Основным направлением развития аппаратных методов в косметологии является поиск вариантов, обеспечивающих максимальную эффективность и минимальную агрессию и безопасность. Многоуровневое лазерное омоложение с использованием неодимового лазера с комбинацией

длительности импульса отвечает таким требованиям, так как предоставляет возможность дифференцированного оптимального воздействия на определенные структуры кожи, не повреждая других. Оптическая когерентная томография (ОКТ) является неинвазивным методом прижизненной оценки морфологического состояния кожи. Это высокоразрешающий (10–20 мкм) метод визуализации структуры биотканей, использующий в качестве зондирующего излучения низкоинтенсивный свет ближнего инфракрасного диапазона, позволяющий в режиме реального времени получать прижизненное изображение вертикального среза кожи любой локализации на глубину до 2 мм с визуализацией рогового и клеточных слоев эпидермиса, сосочкового и верхней части сетчатого слоев дермы. Метод может быть использован для прижизненной диагностики различных патологических процессов в коже. Отсутствие инвазивности обеспечивает возможность многоочаговых и многократных исследований и, таким образом, позволяет использовать ОКТ для оценки эффективности и безопасности косметологических воздействий.

Цель исследований: объективная оценка эффективности разработанной методики многоуровневого лазерного омоложения с использованием неодимового лазера с комбинацией длительности импульса с использованием ОКТ. Материалы и методы. Осуществляли ОКТ-исследование кожи лица 10 здоровых женщин в возрасте от 29 до 64 лет в 5 точках, идентичность которых обеспечивалась точным расстоянием относительно анатомических ориентиров, до и после каждой из 3 сеансов многоуровневого лазерного омоложения с комбинацией длительности импульсов с интервалом в 3 недели. Использовали лазерную систему Magic Super Full (ООО «МелСиТек», Россия). Данная лазерная система позволяет использовать 2 длины волны (1064 нм и 532 нм) и различные длительности импульса от наносекундного до миллисекундного диапазона. Для исследования морфологического состояния кожи использовали оптический когерентный томограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ОКТ-1300-Е» (экспериментальная скоростная модификация (92000 А-сканов в секунду), разработанная ООО «БиоМедТех» с 3D-моделированием оптических срезов (серийное производство ООО «МелСиТек») (Россия).

Результаты. К концу срока наблюдения проведенные исследования установили временное увеличение толщины рогового слоя (очевидно, поствоспалительного характера) на участках кожи с наиболее тонким эпидермисом (в периорбитальной области) в среднем на 14% и уменьшение толщины рогового слоя на участках с более толстым эпидермисом (в области лба) в среднем на 7%. Было зарегистрировано увеличение толщины клеточных слоев эпидермиса на 14 на участках кожи с большей толщиной эпидермиса и (в области лба и щек) и на 21% на участках кожи с тонким эпидермисом (периорбитальная области и угол рта). Выраженность отека в дерме, регистрируемого непосредственно после лазерного воздействия, о котором судили по уменьшению глубины полезного сигнала в процессе исследования, отличалась в различных участках кожи, но радикально уменьшалась к следующему сеансу. После окончания воздействия было зарегистрировано увеличение глубины полезного сигнала, что может свидетельствовать о процессах неоколлагенеза.

Выводы. 1. Полученные результаты могут служить объективным подтверждением эффективности многоуровневого лазерного омоложения с использованием неодимового лазера с комбинацией длительности импульса 2. ОКТ

может использоваться для эффективного прижизненного контроля эффективности воздействия, а так же для регулирования кратности и силы воздействия в зависимости от индивидуальных особенностей кожи и особенностей кожи различной анатомической принадлежности.

ОСЛОЖНЕНИЯ «BODY-ART» И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Гресь С.Н.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Введение. В настоящее время процедура «Body-art», а также ее выведение – приобрела высокую популярность и необходимость соответственно, в связи с этим, нередко встречаются осложнения, связанные с данными процедурами. В данном тезисе продемонстрированы несколько клинических случаев подобных осложнений и методы их коррекции.

Цель исследования: наглядно продемонстрировать клинические случаи с осложнениями «body-art», установить возможные причины осложнений, предложить варианты методов коррекции. Представляем наблюдения.

1. Клинический случай. Пациентка А., 37 лет. Жалобы: на зуд и на уплотнения в местах удаления лазером татуировки (правый голеностоп) Гистологическое заключение: Хроническое воспаление с фиброзом и лимфогистиоцитарным инфильтратом. Продуктивные капилляриты. Тромбоз артерии. Гистологический диагноз: гипертрофический рубец.

Лечение: 1. Внутриочаговая лекарственная терапия «Лонгидаза 3000 МЕ» 1р/7дней внутрь рубца.

2. Физиотерапевтические методы: Электрофорез/ультрафонофорез препаратов: ферменты лидаза, ферменкол, коллагеназа в концентрации 0,5–2 мг/мл.

Лазерная абразия.

3. Лучевая терапия: Букки-терапия разовая экспозиционная доза на одно поле 10–15 Гр, 2–10 процедур, с интервалом 8–10 недель.

2. Клинический случай. Пациентка Д., 35 лет.

Жалобы на припухлость в проекции удаленной татуировки, с некротизацией через 6 мес. и последующим изъязвлением. Заключение гистологического исследования: келоидный рубец.

Лечение: Триамцинолон 0,2–0,3 мг/см², курс 3 инъекции внутриэлементно с интервалом 1 раз в 2 недели.

5-фторурацил внутриэлементно 3 сеанса 1 р/4 нед.

Топические ГКС.

Блеомицин.

Имиквимод крем.

Прессотерапия.

Силиконовые продукты крем, гель.

Хирургическая эксцизия, комбинированная с радиотерапией.

3. Клинический случай. Пациентка Ю., 28 лет. Жалобы: на наличие шаровидных образований под кожей размером в диаметре до 10 мм в области татуировки и вокруг нее.

Рентгенологическое исследование: видимых патологических изменений со стороны органов грудной клетки не выявлено.

Узи брюшных органов и малого таза: без патологии.

Заключение гистологического исследования: В перива-

скулярной ткани обнаружены гранулемы саркоидного типа, построенные из эпителиоидных клеток, лимфоцитов и фибробластов и единичных многоядерных клеток типа Пирогова–Лангханса. Заключение: Саркоидная реакция с развитием саркоидного васкулита.

Обследование и Лечение: Punch-биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Рентгенологическое исследование легких.

Медикаментозное лечение:

Триамцинолон 3 мг/мл в очаг.

5-фторурацил 0,5–1 мл (50 мг/мл) 1 р/неделю, курс 5 недель внутримышечно Антиоксиданты (вит. С, А, Е).

Гидроксихлорохин 100 мг внутрь 2р/сут (при распространенном процессе и/или устойчивости к Триамцинолону).

4. Клинический случай. Пациентка Г., 27 лет.

Жалобы на изменение окраски на периферии татуировки и незначительную приподнятость тканей в данной локализации.

Тактика: Punch-биопсия, Рентгенологическое исследование легких.

Диагноз: саркоидоз кожи, подтвержденный гистологически.

Лечение: Триамцинолон 3 мг/мл в очаг поражения.

5-фторурацил 0,5–1мл (50мг/мл) 1 р/неделю, курс 5 недель внутримышечно Гидроксихлорохин 100 мг внутрь 2 р/сут (при распространенном процессе и/или устойчивости к Триамцинолону).

Гидроксихлорохин.

Миноциклин.

Пентоксифилин.

Талидомид.

5. Клинический случай. Больная В., 34 года.

Жалобы: на припухлость в проекции красного пигмента татуировки. Причины: местная реакция гиперчувствительности (фоточувствительность).

При гистологическом исследовании: гранулематозные реакции по типу реакции на инородное тело, с многочисленными гигантскими клетками, содержащими пигмент. Заключение: гипертрофический рубец.

Лечение: 1. Внутрочаговая лекарственная терапия: Дипроспан 0,5 мг/см² или Триамцинол 0,2–0,3 мг/см², курс 3 инъекции с интервалом 1 раз в 2 недели

5-фторурацил внутримышечно 3 сеанса 1 раз/4 нед.

Р-р прокаина или 0,9% р-р NaCl до полной инфильтрации.

2. Физиотерапевтические методы:

Электрофорез/ультрафонофорез препаратов: ферменты лидаза, ферменкол, коллагеназа в концентрации 0,5–2 мг/мл.

Лазерная абразия.

3. Лучевая терапия:

Букки-терапия разовая экспозиционная доза на одно поле 10–15 Гр, 2–10 процедур, с интервалом 8–10 недель

3. Хирургические методы

Вывод: Были представлены и проанализированы 5 клинических случаев с диагнозами: Гипертрофический рубец. Келоидный рубец. Саркоидоз кожи. Реакция саркоидного типа – Установлены возможные причины осложнений «body-art». Предложены варианты методов коррекции.

РОЛЬ ФИБРОБЛАСТОВ В ВОСПАЛЕНИИ И РЕГЕНЕРАТИВНОМ ПОТЕНЦИАЛЕ КОЖИ

*Григалашвили М.А., Демина О.М., Газитаева З.И.
ЗАО «Институт красоты «ФИЖИ», Москва, Россия*

В настоящее время, для эффективного решения эстетических проблем в косметологии, необходимо понимание того, на какие структуры оказывается терапевтическое

воздействие и возможно прогнозируемый результат применяемых технологий. Особое внимание в данном аспекте привлекают мишени воздействия, в частности фибробласты дермы, функциональная активность которых обеспечивает упругость, гидратацию кожи, ремоделирующее действие внеклеточного матрикса, что важно при коррекции морщин, рубцов,птоза тканей и т. д. Для понимания того, что можно ожидать от косметологической коррекции отметим, во-первых, процессы, реализуемые *in vitro*. Показано, что результатом омолаживающей терапии являются увеличение количества фибробластов в обрабатываемой области, повышение метаболического уровня эндотелиальных клеток и фибробластов, резкое увеличение количества митохондрий и виментина в цитоплазме. Установлено, что увеличение числа митохондрий, силовых структур клетки, свидетельствует о высоких энергетических потребностях, которые идут в синергизме с нарастающим метаболизмом.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности фотодинамической терапии по данным морфофункциональных параметров кожи.

Материалы и методы. В настоящее исследование было включено 10 пациентов, в возрасте от 37 до 63 (медиана возраста составила 49 лет). Все пациенты субъективно предъявляли жалобы на увядание кожи, появление морщин различной глубины, сухость и дряблость кожи. Объективно отмечено снижение тургора кожи, морщины разной степени выраженности, гиперкератоз, очаги гиперпигментации, птоз тканей. Объективный анализ результатов проводили по разработанному индивидуальному протоколу, который включал в себя клинические данные, фотодокументирование и применение международной шкалы Global Aesthetic Improvement Scale (GAIS) и оценку морфофункциональных параметров кожи. Для неинвазивной оценки функционального состояния кожи до и после проведения фотобиомодулирующей терапии применялся комплексный анализ показателей жирности, эластичности, влажности, содержание меланина в коже и степень эритемы с помощью аппарата MultiSkinCenterMC 900 (Courage+KHzakaelectronic, Германия). Всю информацию фиксировали в индивидуальной карте пациента и оценивали до начала лечения, до и после каждого сеанса и через 7 дней после последней процедуры до начала исследования, на каждом визите и после окончания процедур. Процедуры фототерапии проводили с помощью аппарата Omniluxeregive, его конструкция включает головку с четырьмя панелями, оснащенными светодиодами, которые излучают свет с длиной волны 633±6 нм. Мощность излучения – 105 мВт/см², энергия – 105 Дж/см², площадь воздействия – 15×28 см, время 16 минут. Курс – 4 сеанса фототерапии с интервалами в 10 дней. Объективно отмечена положительная динамика показателей, значительно повысилась эластичности кожи (на 15,8%), увеличился показатель влажности (на 14,3%), уровень меланина снизился в среднем на 30%. Показатель уровня насыщенности эритемы кожи также существенно снижался, в среднем на 10–15%. Таким образом, предварительные результаты исследования показали, что фототерапия оказывает комплексное омолаживающее действие. Это обусловлено ее влиянием на фибробласты как *in vitro*, так и *in vivo*, стимулируя синтез коллагена, и ремодуляцию внеклеточного матрикса, что обеспечивает ее клиническую эффективность.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ КОСМЕТОЛОГИИ

Дубовая Е.Г., Королькова Т.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

«Медицина поистине есть самое благородное из всех искусств» – Гиппократ, V век до н.э. К представителям медицинской профессии общество во все времена предъявляло повышенные морально-этические требования, личность врача признается главным и решающим фактором клинической медицины. «...При всех прочих равных условиях, – писал В.В. Вересаев еще в 1900 году, – врач на голову в моральном отношении выше представителей других специальностей». Сегодня мы живем в правовом государстве Российской Федерации. Основным методом регулирования отношений признан правовой. Законные интересы российских пациентов защищает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 6 называет приоритетными интересы пациента. В соответствии с п.1 названной статьи, одновременно с исполнением основных профессиональных обязанности, от врачей и всего персонала требуется «соблюдение этических и моральных норм, а также уважительное и гуманное отношение... при оказании медицинской помощи пациенту». То есть закон утверждает этические нормы поведения и общения медицинских сотрудников с пациентами. Это важно и ценно! Мы считаем, что как раз врачи об этом помнят, во врачебном сообществе существует достаточно четкое представление об этике и деонтологии. Есть и другие нормы, основанные на этике. Так, закон требует, чтобы пациент был доступно и полно информирован перед тем, как он даст свое согласие на лечение, и далее должен информироваться в процессе лечения. Это правило не означает, что пациента ежеминутно нужно привлекать к процессу принятия решений. Речь идет о принятии решений об основных медицинских вмешательствах. И это обстоятельство недостаточно детально урегулировано правом. Врачи признают, что в процессе оказания медицинской помощи иногда возникают ошибки, которые могут причинить пациенту вред. Фиксация ошибок, их регистрация и анализ дает возможность улучшать качество лечения, осуществлять профилактику дефектов и адекватную компенсацию пострадавшей стороне. Согласованность между внешним видом (и внутренним его восприятием) и психологическим состоянием человека сейчас подробно изучается и не получила еще исчерпывающего научного описания, но ее можно наблюдать на практике. Так, например, акне. Эта болезнь имеет патофизиологические причины, но одновременно тесно связана с душевным состоянием пациента. Тесно взаимодействуют клиническое течение заболевания и психологическое состояние, комфорт либо дискомфорт для пациента. Косметологи всего мира ежедневно уже сегодня учитывают данное обстоятельство, принимая решение о клинической тактике. Сами пациенты по-разному относятся к своему здоровью, сегодня есть правило, прописанное в названном же законе, статья 27, обязывающее пациентов заботиться о нем. Кажется, это само собой разумеется, но на самом деле не все так просто и ясно. Эта простота оказывается недоступной для сознания многих людей. Забота о собственном здоровье и инстинкт самосохранения – это одно, а ответственность перед другими за свою жизнь и здоровье – это другое. Это

та норма этики и морали, которая до сих пор не приобрела императивного характера. Иждивенческая позиция в вопросе о собственном здоровье приводит, фактически, к новым болезням. И в этом смысле проблема ответственности каждого человека за свою жизнь и здоровье является одной из ключевых в медицинской этике. Но вопрос качества косметологической помощи остается компетенцией врача и его медицинской организации, какими бы переговорами с пациентами не предварялось лечение. Кроме того, с точки зрения науки конфликтологии, причиной конфликта врача и пациента является впечатление пациента или его близких о неуважительном и невнимательном отношении персонала. Этически корректное отношение с внимательными разъяснениями – серьезная профилактическая мера для юридических конфликтов. Таким образом, в косметологии есть важная область взаимоотношений с пациентом, которая затруднительна для оценки третьими лицами. Призная значение правового регулирования в медицине вообще и в косметологии, в частности, необходимо признать следующее: косметолог принимает взвешенные решения, наряду с профессиональными медицинскими знаниями, нормами медицинской этики и деонтологии использует свое эстетическое чувство и руководствуется внутренним пониманием необходимости и достаточности косметологической помощи.

КОЛЛАГЕН-ИНДУЦИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ

Исмаилова Г.А., Алиев А.Ш., Правоторова Т.С.

Ташкентская медицинская академия, Республиканская кожновенерологическая клиническая больница, Ташкент, республика Узбекистан

Цель: определить эффективность применения коллаген-индуцирующей терапией (далее КИТ) при коррекции атрофических рубцов (постакне, стрий). Задачи исследования: Провести сравнительную оценку эффективности КИТ при коррекции атрофических рубцов кожи. На основе полученных данных рекомендовать оптимальные методы терапии для лечения постакне и стрий.

Материалы и методы. В ходе работы была проведена КИТ дермароллером (МС910) у 22 пациентов с постакне, дермароллером (МС925) у 18 пациентов с наличием после родовых растяжек на животе и у 14 пациентов с растяжками на боковых поверхностях бедер. Иглы дермароллера проникают в кожу на 1 мм (МС910) и 2,5 мм (МС925) соответственно и достигают дна рубца. Перед проведением процедуры проводилось нанесение топического анестетика (Эмла, крем; Акриол Про, крем), после процедуры на обработанную поверхность наносился раствор витамина С, затем постпроцедурный крем Келадерма, мазь Мадекасол – на основе *Centella asiatica*. Микроиглы травмируют как коллагеновые волокна, так и фибробласты. В участках проколов отмечается активная пролиферация фибробластов и синтез коллагена. Свежая коллагеновая ткань образует эластичный каркас, подтягивая дно атрофических рубцов к поверхности раны.

Результаты и выводы. Оценка предварительных результатов характеризует КИТ с использованием дермароллера как эффективный метод терапии в лечении атрофических рубцов (как при постакне, так и растяжек) и позволяет рекомендовать данный метод для дальнейшего применения в практике.

РАЗРАБОТКА ЛИНИИ КОСМЕЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ БАЗОВОЙ МОДЕЛИ

Локарев А.В., Громова Е.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Всероссийский научно-исследовательский и технологический институт биологической промышленности», пос. Биокомбинат, Московская область, Россия

Космецевтика – направление, сформировавшееся на стыке косметики и фармакологии, а также народной и традиционной (неофициальной) медицины. Космецевтики обладают теми или иными заявленными или предполагаемыми преимуществами перед традиционными косметическими средствами. По существу они сочетают в себе как косметический, так и лечебный эффекты. Классический пример – шампунь от перхоти, крем с лифтинг-эффектом и т.п. Несмотря на нерешенность на законодательном уровне регулирования производства и реализации таких продуктов в России, они все больше завоевывают рынок. Крема, которые по действующим правилам должны только увлажнять или питать кожу, становятся все менее популярны как у косметологов, так и у потребителей. Современный рынок выдвигает требования выпуска как правило не каких-то единичных средств, а целого спектра. Это позволяет существенно снизить затраты на продвижение нового бренда, которые во многих случаях являются самыми значительными из всех, приучить потребителей пользоваться различными средствами одной марки. Острая конкуренция на косметическом рынке заставляет искать новые пути снижения себестоимости производства. На наш взгляд весьма перспективным является использование опыта авто- и авиапромышленности, когда различные типы транспортных средств создаются на базе одной унифицированной платформы. Целью нашего исследования была разработка достаточно универсальной базовой модели и последующая ее трансформация в различные специализированные средства на основе растительного сырья. Такой подход представляется оправданным именно потому, что растения обладают не каким-то одним, а целым спектром действия. При этом предпочтительно использовать не одно, а сразу несколько (купаж) растений, что позволяет придать базовому составу сразу несколько свойств и добиться эффекта синергизма. Многовековой опыт народной медицины подтверждает правомерность этого постулата. По данным литературы, а также народным рецептам (главным образом Алтайского края) проведен анализ более 20 растений. Затем, используя биологический скрининг на парамециях, был подобран их рациональный состав (ромашка (цветки), шиповник (плоды), фенхель (плоды), календула (цветки), тмин (плоды), сосна (почки), тысячелистник (трава), мята (листья), солодка (корень), полынь горькая (трава), чабрец (трава), зверобой (трава), чистотел (трава), обладающий лучшими данными по противовоспалительной и антиоксидантной активности. Из этого купажа методом многоэтапной экстракции с использованием нескольких растворителей был получен комплексный фитоэкстракт, обладающий противовоспалительным, противомикробным, репаративным, а также улучшающим микроциркуляцию в тканях действием, который и лег в основу сразу нескольких продуктов. Дополнительно с целью использования в процессе производства стандартной технологии была разработана унифицированная база для кремов и гелей на основе карбопола. Добавив в основу облепиховое масло и масло воробейника краснокорневого получили увлажняющий противовоспалительный гипоаллергенный гель. Введя в состав глюкозамин и хондроитин, получили антиартритное средство.

Экстракт каштана, масло шиповника и коллаген усилили антиварикозные свойства. Эфирные масла лаванды, донника, фенхеля обеспечивают противогрибковую активность. Используя дополнительно экстракты перца и гвоздики, получили крем с мягким разогревающим действием. Все средства прошли необходимые испытания и показали высокую эффективность. Таким образом, предлагаемый подход позволяет создать на одной технологической и сырьевой базе не одно, а целую гамму высокоэффективных средств с возможностью ее дальнейшего расширения. Это позволяет снизить затраты и сроки разработки, уменьшить количество комплектующих и площади для их хранения, что является весьма актуальным для массового промышленного производства космецевтиков.

ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПИГМЕНТА НА ОПТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОЖИ

Михайлов А.Г., Петрова К.С., Кулагин Л.В., Карпенко А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Нанесение татуировок и перманентного макияжа в настоящее время получило широкое распространение. При этом механизмы влияния искусственного пигмента на окружающие его ткани практически отсутствуют. Оптическая когерентная томография (ОКТ) позволяет оценить состояние кожи на уровне эпидермиса и дермы в режиме реального времени и может применяться для оценки ее изменений при наличии искусственного пигмента.

Цель работы: определить состояние и выявить возможные изменения в коже, содержащей искусственный пигмент, с помощью метода ОКТ.

Материалы и методы: обследовано 28 человек (6 мужчин и 22 женщины в возрасте от 17 до 30 лет). У всех обследуемых получено добровольное информированное письменное согласие. Пациентам осуществлялись сравнительные ОКТ-исследования симметричных участков кожи, не содержащих пигмент и с татуировкой. Оценивались глубина залегания пигмента, его оптические характеристики, состояние кожи над пигментом. Получено и проанализировано около 60 изображений здоровой кожи, 200 изображений с татуировками. В работе использован визуализатор-топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека отечественного производства ОКТ-1300 «ВОК» (регистрационное удостоверение № ФС 022а2005 /2035-05 от 05.08. 2005 г.), программное обеспечение HF_OCTf_512Cuda +ViewKub, HF_OCTf_Viewer.

Результаты. По результатам опроса у 5% обследованных татуировка существует менее года, у 45% – от 1 года до 3 лет, у 25% человек – от 3 до 5 лет, у 18% – от 5 до 9 лет, у 7,5% – более 9 лет. Причиной нанесения татуировок у 52,5% человек являлось желание улучшить внешность, у 20% – связано с важным событием в жизни, 12,5% используют татуировку как «средство самовыражения», у 7,5% татуировка является символом принадлежности к субкультуре. В 71% случаев процедура проводилась в профессиональном салоне, в 15% – самостоятельно, в 14% – мастером на дому. При расположении пигмента в верхних отделах дермы изображение, нанесенное на кожу, характеризуется четкостью, контрастностью, в то

время как пигмент, расположенный в нижних отделах дермы, обуславливает нечеткость границ рисунка. В 75% случаев пигмент располагался в области верхних отделов дермы. При этом отмечались оптические признаки атрофических изменений эпидермиса, что проявлялось снижением толщины рогового слоя в среднем на 10,2%, а клеточных слоев эпидермиса на 17,3% по сравнению с кожей без искусственного пигмента. В 45% случаев определение толщины слоев было затруднено из-за нарушения слоистой структуры кожи, в 11% – невозможно. В 25% случаев при расположении пигмента в нижних отделах сетчатого слоя дермы, изменения оптических характеристик эпидермиса отсутствовали у всех обследованных. Выводы. Наличие искусственного пигмента в коже ведет к атрофии эпидермиса и дермы. Это связано, по всей видимости, с нарушением трофики тканей в результате их сдавления пигментом. При поверхностном введении пигмента атрофические изменения выражены в большей степени.

КОРРЕКЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ТАТУИРОВОК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДАННЫХ ОКТ И ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЗИ

Петрова К.С., Михайлов А.Г., Карпенко А.А., Кулагин Л.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Актуальным направлением современной эстетической медицины является разработка оптимальных алгоритмов и параметров процедур лазерного удаления татуировок и перманентного макияжа и контроль их эффективности.

Цель работы. Коррекция параметров лазерного излучения при удалении татуировки в зависимости от данных ОКТ и высокочастотного ультразвукового исследования.

Материалы и методы. Обследовано 28 человек (6 мужчин и 22 женщины возрастом от 17 до 30 лет). По результатам опроса у 5% обследованных татуировка существует менее года, у 45% – от года до 3 лет, у 25% человек – от 3 до 5 лет, у 18% – от 5 до 9 лет, у 7,5% – более 9 лет. Причинами нанесения татуировок у 52,5% человек являлось желание улучшить внешность, у 20% – связано с важным событием в жизни, 12,5% используют татуировку как «средство самовыражения», у 7,5% татуировка является символом принадлежности к субкультуре. В 71% случаев процедура проводилась в профессиональном салоне, в 15% – самостоятельно, в 14% – мастером на дому. У всех обследуемых получено добровольное информированное письменное согласие. 11 людям (2 мужчин и 9 женщин) так же было проведено лазерное удаление татуировок. Проводились сравнительные ОКТ-исследования симметричных участков кожи, не содержащих пигмент и с татуировкой до и после процедур лазерного коррекции. Оценивались глубина залегания пигмента, его оптические характеристики, состояние кожи над пигментом. Измерение глубины залегания пигмента, толщины оптических слоев кожи проводилось в пикселях. Получено и проанализировано 40 изображений здоровой кожи, 550 изображений с татуировками. В работе использован визуализатор-топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека отечественного производства ОКТ-1300 «ВОК» (регистрационное удостоверение

№ ФС 022a2005 /2035-05 от 05.08. 2005 г.), программное обеспечение HF_OCTf_512Cuda+ViewKub, HF_OCTf_Viewer. В работе использована лазерная система отечественного производства MagicSuper в комплектации MagicSuperFull с длинами волн 532 нм и 1064 нм. Так же была использована система высокочастотной ультразвуковой визуализации Skinscanner DUB (trpmGmbH, Германия) с датчиком 22 МГц.

Результаты. На основании данных ОКТ у основной группы пациентов были определены верхние и нижние границы залегания пигмента. Процедура удаления татуировки проводилась со следующими параметрами: режим Q-switchedsingle или Double, длина волны 1064 нм для татуировок и 532 нм для татуажа, частота 5–10 Гц, с разной энергией импульса (от 120 мДж до 808 мДж), с разной плотностью энергии (от 0,277 Дж/см² до 4,106 Дж/см²). Непосредственно после выполнения процедуры лазерного удаления татуировок у всех пациентов отмечались выраженные оптические признаки отека, существующие от 3 до 7 дней с момента выполнения процедуры, что свидетельствует о наличии воспалительной реакции. По данным измерений высоты оптических слоев, соответствующих толщине эпидермиса, у пациентов с длительным наличием искусственным пигментом в коже наблюдались атрофические изменения кожи, тогда как в процессе лазерного лечения выявлена тенденция к восстановлению нормальной структуры эпидермиса (толщина клеточных слоев эпидермиса увеличилась в среднем на 28% после 3 сеансов лазерного коррекции). После 3–4 процедур визуально значительное снижение яркости изображения отмечалось как исследователем, так и самим пациентом, после чего наступал эффект «плато» при котором, последующие процедуры лазерного удаления с прежними параметрами были неэффективны. Возможно, это объяснялось тем, что происходило разрушение пигмента в глубоких отделах дермы, тогда как в верхних слоях он оставался малоизмененным.

Выводы. Таким образом оптимальная коррекция параметров лазерного излучения при удалении искусственного пигмента может быть значительно улучшена за счет дополнительных неинвазивных методов исследования, таких как высокочастотное УЗИ в сочетании с ОКТ, которые позволяют определить верхние и нижние уровни залегания искусственных пигментов и проводить мониторинг эффективности лазерной терапии. Для повышения эффективности процедуры необходимо использовать лазерное излучения с разными длинами волн.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ПРИ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ

Потекаев Н.Н., Орлова О.Р., Кочетков М.А., Внукова О.Л.

Кафедра кожных болезней и косметологии факультета последипломного образования Российского национального исследовательского медицинского университета

Наиболее частым осложнением опоясывающего герпеса является постгерпетическая невралгия (ПГН). При ПГН боль не похожа на обычную, она не купируется классическими обезболивающими средствами. В протоколах лечения включены препараты, которые имеют множество ограничений по применению, сложность выбора терапии связана ещё и с тем, что данное осложнение опоясывающего герпеса более характерно для лиц пожилого возраста, которые, как правило, страдают сопутствующими патологиями.

В связи с этим, на основании предыдущего зарубежного и отечественного опыта, мы решили провести исследование по применению ботулинического токсина с целью уменьшения нейропатической боли.

Больной М., 79 лет обратился с жалобами на периодическую изнуряющую жгучую боль, зуд, возникновение болевых ощущений в ответ на легкое прикосновение, трение одеждой, а также чувство онемения в области поясницы справа. Нарушение сна, депрессию, потерю веса. Из анамнеза: жалобы на боль и высыпания в поясничной области стал предъявлять с 3.10.2017, лечился по назначению врача препаратом Валацикловир. Заболевание связывает с сильным эмоциональным стрессом и переохлаждением. Ввиду появления одышки и усугубления сопутствующей патологии был госпитализирован и с 10.10.2017 по 20.10.2017 проходил лечение в инфекционном отделении ГКБ им. Боткина с клиническим диагнозом: герпетическая инфекция, Herpeszoster L2-3, средней степени тяжести. Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, стенокардия напряжения, ФК III, НК 2 ст., ГБ 2 ст., ХОБЛ, дыхательная недостаточность 2 ст., вторичная ТЭЛА (в анамнезе). В стационаре было проведено лечение: противовирусная терапия (ацикловир по 400 мг 5 раз в день – 5 дней), дезинфекционная терапия, аскарутин, карбамазепин, НПВС, преднизолон. Пациента выписали в удовлетворительном состоянии. В январе 2018 года пациент обратился к неврологу с жалобами на боль, онемение, покалывание, повышенную чувствительность в поясничной области справа. В связи с чем отмечается нарушение сна, депрессия. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. В поясничной и паховой областях слева, определяются участки гипо- и гиперпигментации. В этой зоне отмечается гипералгезия, гипоалгезия, аллодиния. Диагноз: постгерпетическая невралгия. Были назначены антиконвульсанты (Габапентин), антидепрессанты (Амитриптилин). В виду неэффективности лечения, отсутствия возможности увеличения доз антиконвульсантов и антидепрессантов учитывая тяжелые сопутствующие патологии, больному было предложено принять участие в исследовании применения ботулинического токсина в лечении осложнений опоясывающего герпеса. В МПЦДК, в центре неинвазивной диагностики кожи было произведена фотофиксация, измерение площади пораженного участка, УЗИ кожи пораженной области и контроль. Оценка боли и границ измененной чувствительности (метод Фон-Фрея, шкала ВАШ, шкала Мак-Гилла) была определена в центральном институте ботулинотерапии и актуальной неврологии, где также пациенту была проведена ботулинотерапия (ботулинический токсин тип А, в стандартном разведении 1 единица на вкол с шагом 1 см, общая доза составила 198 ед.).

Результаты: после проведенной ботулинотерапии на 10 день, пациент отметил урежение приступов ночной боли, увеличение интервалов между приступами боли, а также снижение интенсивности боли с 8ми баллов до 6х (по шкале ВАШ). Через 1 месяц после проведенной ботулинотерапии отмечается сокращение площади нарушения чувствительности. По данным УЗИ кожи наблюдается увеличение толщины и однородности дермы. Пациент стал более социально и эмоционально адаптирован.

Выводы: применение ботулинического токсина показало хорошую эффективность и переносимость у данного пациента в лечении постгерпетической невралгии. Необходимо дальнейшее изучение применения БТА при постгерпетической невралгии, метод может стать альтернативным лечением нейропатической боли.

ПОДГОТОВКА К БЛЕФАРОПЛАСТИКЕ С УЧЕТОМ ТИПА СТАРЕНИЯ: В ЧЕМ СЕКРЕТ УСПЕХА

Ромашкина А.С.

ООО «Медицинский центр АВРОМЕД», Москва, Россия

Блефаропластика – популярная операция на верхних и нижних веках, однако необходимо учитывать ряд факторов при отборе пациентов для данной методики. Учитывая особенность строения лиц на территории Российской Федерации, мы часто сталкиваемся с отечностью в периорбитальной области, тонкой кожей в области верхних и нижних век, склонностью к пигментации и сосудистым нарушениям. Проведение блефаропластики данной группе больных без предварительной подготовки в послеоперационном периоде характеризуется пигментацией, длительно сохраняющейся отечностью, выраженными рубцами, которые часто причиняют дискомфорт.

Цель: определение клинической эффективности использования препаратов, содержащих гиалуроновую и янтарную кислоты для подготовки пациентов к блефаропластике с целью сокращения восстановительного периода.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 40 до 60 лет, которым планировалась блефаропластика. Пациентки были разделены на 2 группы: 1-й группе (10 человек) проводилась предварительная подготовка, 2-й группе (10 человек) операция проводилась без подготовки. Пациентки 1-й группы получили по 3 процедуры с использованием комбинированного препарата, содержащего янтарную кислоту в виде 16 мг/мл сукцината натрия и 11 мг/мл гиалуроновой кислоты. Препарат вводили интрадермально в технике папульных инъекций иглой 30G, по 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 2 недели. Инъекции проводились по разработанной нами схеме: в области верхних и нижних век по типу маски, а также по ходу лимфатического оттока в области лица и шеи. Удовлетворенность результатами процедур оценивалась по Международной глобальной шкалы эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS), а также анкетированием пациентов до и после процедур.

Результаты. У всех пациенток 1-й группы отмечалась положительная динамика в виде отсутствия выраженной отечности и гематом после операции, дискомфорта в области послеоперационного рубца, рубец был менее выражен и отсутствовала посттравматическая пигментация. У пациентов 2-й группы даже в отдаленный послеоперационный период (через 6 месяцев после операции) присутствовала отечность, пигментация в области верхних, иногда и нижних век, натяжение в области рубца. При клинической оценке пациентами и врачами проведенного лечения было выявлено, что пациенты 1-й группы были удовлетворены полученным результатом (средний балл по GAIS 2,8 балла), 2-й группы – нет (средний балл по GAIS 0,4 балла). Также балльная шкала использовалась для оценки посттравматической гиперпигментации. Оценку проводили по следующей шкале: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. Отмечалось уменьшение выраженности пигментации: у пациентов 1 группы – 0,4 балла, 2-й группы – 2,6 балла. Аллергические реакции на введение препарата зарегистрированы не были. Отсутствие эффекта и отрицательная динамика в ходе терапии выявлены не были.

Выводы. Препарат, содержащий гиалуроновую и янтарную кислоты, имеет хорошую переносимость и способствует уменьшению длительности восстановительного периода после блефаропластики.

ТОПИЧЕСКИЙ БРИМОНИДИНА ТАРТРАТ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМАТОМ КОЖИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНЪЕКЦИЙ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Смагина Е.А., Жучков М.В.

Медицинский центр «Ниармедик», Рязанский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Рязань, Россия

Введение. Вопрос профилактики геморрагических осложнений при использовании различных инъекционных косметологических модальностей, является чрезвычайно важной проблемой эстетической медицины. Весьма частыми и неприемлемым с эстетической точки зрения осложнением применения практически любых инъекционных эстетических процедур (инъекций ботулинического токсина типа – А, биоревитализация, проведения контурной и объемной пластики, препаратами гиалуроновой кислоты) является образование гематом в области инъекций соответствующих препаратов. В практической косметологии, в настоящее время, используют три основных модальности, снижающие риск образования гематом у лиц, при использовании препаратов ботулинического токсина и филлеров. Во-первых, это холодовые аппликации кожи до и после проведения соответствующих инъекций. Во-вторых, это уменьшение диаметра иглы с помощью которой осуществляется введение препарата, и в-третьих, применение канюльной техники инъекций.

Целью данного исследования была оценка профилактической эффективности применения топического бримонидина у пациентов, которым проводились различного рода инъекционные косметологические вмешательства, в отношении уменьшения риска геморрагических осложнений в местах инъекционных процедур.

Материалы и методы. В данное исследование было включено 296 пациентов, средний возраст составил 36,3±7,4 года. В соответствии с дизайном исследования критериев включения пациенток в исследование было два. Наличие эстетических показаний для применения препаратов ботулинического токсина типа – А. Наличие эстетических показаний для применения филлеров. Все пациенты в исследовании были разделены на группы профилактического применения топического бримонидина тартрата и контрольную группу, в которой данный препарат с профилактической целью не использовался, а косметологические вмешательства использовались по стандартной технологии. Оценка результатов исследования проводилась по достижению или не достижению пациентами конечной точки – наступлению или не наступлению эпизода любого геморрагического осложнения после проведения соответствующей инъекционной процедуры. Результаты и выводы. В данном исследовании было продемонстрировано статистически достоверное снижение риска геморрагических осложнений у пациенток, у которых проводились косметологические процедуры (например, инъекционная контурная пластика) с предшествующим профилактическим применением топического бримонидина.

ВЛИЯНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ СФОКУСИРОВАННОЙ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВОЛНЫ НА РАЗЛИЧНЫЕ МОРФОТИПЫ КОЖИ

Степанова Т.В., Юсова Ж.Ю.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии Федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

В настоящее время эстетическая медицина располагает широким разнообразием аппаратных методов коррекции. Современные тенденции рассматривают не только принципы воздействия на ткани, но и дифференцированное назначение высокоинтенсивных технологий. При подборе методов коррекции при инволютивных изменениях немаловажную роль играет тип старения кожи. Дифференцированное назначение процедур помогает правильно выбрать используемый физический фактор и получить выраженный клинический результат.

Цель работы – изучить клиническую эффективность сфокусированного высокоинтенсивного ультразвука при различных морфотипах кожи.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 67 пациентов с проявлениями инволютивных признаков кожи в возрасте от 40 до 50 лет. Среди них: мужчин – 7 (10,4%) и женщин – 60 (89,6%). Все пациентки были разделены на 3 группы: I группа – мелкоморщинистый тип старения 19 человек, II группа – 25 пациенток с деформационным типом и III группа – 23 пациента со смешанным типом инволютивных изменений. Методы коррекции. В каждой группе проводилось лечение с помощью множественной сфокусированной высокоинтенсивной ультразвуковой волны (МСВУ). Ультразвуковая волна 4 и 7 МГц подается в импульсном режиме для формирования трехмерных дискретных зон термического повреждения. Сфокусированный множественный прогрев при воздействии ультразвуковой волны до 70 градусов приводит к денатурации белковых структур (уровень дермы, гиподермы и ретикулярного матрикса), что приводит к замене инволютивно измененного ретикулярного матрикса на вновь образованный коллаген. Клинически методика позволяет получить эффект подтяжки без хирургического вмешательства при незначительном птозе мягких тканей лица. Процедура проводилась однократно с последующим клиническим наблюдением через 3 и 6 месяцев. Для объективизации оценки эффективности проводимого лечения использовались адаптированные дерматологические индексы: индекс дерматологического статуса (ДИШС), GSS (Global Severity Score), качества жизни (КЖ) с использованием международного дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и индекс САИ (самочувствие, активность, настроение) и специальные методы: ультразвуковая сонография для определения эхоструктурных особенностей эпидермиса и дермы (DUB Skinscanner 22–75, ТРМ, Германия, датчик 75 МГц), исследование барьерных характеристик кожи с помощью поверхностной эпилюминисцентной микроскопии (Agato SG с программным обеспечением Skin XPPRO, Корея), фотодокументирование с 3D-визуализацией на аппарате 3D LifeVizQuantifiCare.

Полученные результаты. После применения линейно последовательной множественной сфокусированной высокоин-

тенсивной ультразвуковой волны (МСВУ) положительная динамика отмечалась при всех морфотипах, однако в группе с мелкоморщинистым типом инволютивных изменений данный метод не продемонстрировал высокой клинической эффективности. В группах с деформационным и смешанным типом старения определялась выраженная клиническая динамика и очень высокая степень удовлетворенности пациентов (до 86,6%). Суммарный индекс ИКК в I группе улучшился на 26,2%, во II группе – на 40%, в III группе на 36,2%. Для выявления исходных изменений в структуре кожи, а также динамики основных показателей после применения линейно-последовательной множественной сфокусированной высокоинтенсивной ультразвуковой волны проводилось ультразвуковое сканирование. В группах с деформационным и смешанным морфотипами отмечалась достоверная динамика показателей УЗ сканирования, так толщины эпидермиса увеличилась соответственно в среднем на 9% и 10%, дермы – на 15% и 17%, коэффициента ультразвуковой плотности дермы – на 12% и 14%. В группе с мелкоморщинистым типом увеличение толщины эпидермиса было несколько меньше – на 5%, дермы – на 7%, коэффициента ультразвуковой плотности дермы – на 7%. Выводы. Таким образом, наши исследования показали положительную динамику воздействия линейно-последовательной множественной сфокусированной высокоинтенсивной ультразвуковой волны (МСВУ) на все морфотипы инволютивных изменений кожи, однако при мелкоморщинистом морфотипе клинические результаты выражены меньше, чем при деформационном и смешанном морфотипах. Результаты исследования и их анализ нуждаются в проведении дополнительного изучения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЛИНГОВ С РЕТИНОИДАМИ

Шепилова И.А., Королькова Т.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить динамику клинических показателей при выполнении пилингов с ретиноидами.

Задачи: оценить характер клинических изменений после пилингов с ретиноевой кислотой и ретинолом в разных возрастных группах с помощью объективной оценки врачом и субъективной оценки пациентом.

Материалы и методы: в центре медицинской косметологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2008 по 2018 год наблюдалось 117 пациенток в возрасте от 30 до 60 лет с признаками старения лица и шеи. Всех обследуемых разделили на 2 группы, внутри каждой по возрасту выделили две подгруппы. Группа 1 получала лечение химическим пилингом с ретиноевой кислотой (РК): подгруппа 1А включала 29 человек от 32 до 45 лет (средний возраст 37,14±4,05), подгруппа 1Б – 30 женщин от 46 до 59 лет (средний возраст 51,87±4,97). Группа 2 получала лечение пилингом с ретинолом (Р): подгруппа 2А включала 29 женщин от 30 до 44 лет (средний возраст 38,51±4,34), подгруппа 2Б – 29 пациенток от 46 до 60 лет (средний возраст 52,97±5,34). Всем проводилось анкетирование (объективная оценка результатов лечения врачом и субъективная оценка пациентом) до лечения, через 14 и 28 дней после него. Врач оценивал в баллах признаки фотостарения, наличие эритемы, шелушения, кли-

нических проявлений сухости кожи. Пациентки оценивали в баллах наличие зуда, покраснения, стянутости, шелушения, раздражения. При статистической обработке использовали пакет программ «Statistica» (version 10.0), применяли медианы (Me), нижние (Q1) и верхние (Q3) квартили, при сравнительном анализе непараметрический критерий Манна-Уитни 2-х независимых групп.

Результаты исследований. При сравнении показателей объективной оценки врачом между группами 1А и 1Б на 14-й день шелушение ($p<0,001$), сухость ($p<0,001$) и эритема ($p<0,05$) были значимо больше в группе 1А, на 28-й день значимых различий не выявлено. При сравнении 2А и 2Б групп на 14-й день в группе 2А были значимо выше оценки по показателям шелушения и сухости ($p<0,05$), на 28-й день значимых различий также не выявлено. Изменение показателей на 14-й день после лечения можно связать с более агрессивным воздействием на кожу пилинга с РК. При сравнении субъективных ощущений пациентов в группах 1А и 1Б наблюдались различия на 14-й день по показателям: зуд ($p<0,05$), стянутость ($p<0,001$), сухость ($p<0,01$), покраснение ($p<0,05$). В группе 1А показатели были выше, что не противоречит объективной оценке врачом. На 28-й день значимых различий не выявлено. В группах 2А и 2Б на 14-й день наблюдались значимые различия по показателям: зуд ($p<0,01$), стянутость ($p<0,001$), сухость ($p<0,01$), покраснение ($p<0,05$), раздражение ($p<0,05$). В группе 2А показатели были выше. На 28-й день значимые различия отсутствовали. Выводы: пилинг с РК обладает большим раздражающим действием на кожу по сравнению с пилингом, включающим Р, но в течение 28 дней показатели восстанавливаются.

АНАЛИЗ СОСТАВА КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СУХОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЖИРНЫМ ТИПОМ КОЖИ

Шмакова А.С.

Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Проблема сухости поверхностных слоев кожи является весьма актуальной в условиях современной косметологии. Основными экзогенными причинами сухости являются неправильное применение наружных косметических средств, а также побочное действие косметических процедур кератолитического спектра и использования ретиноидов.

Целью исследования стал анализ ингредиентов наружных косметических средств, ассоциированных с возникновением сухости поверхностных слоев эпидермиса у пациенток с жирным типом кожи. Под нашим наблюдением находилось 42 пациентки с жалобами на сухость и стягивание кожи после умывания водой. Максимальное количество больных приходилось на возрастную промежуток 20–30 лет. Критериями исключения являлись: применение профессиональных косметических процедур за последний год, кожные заболевания и другая значимая соматическая патология (в частности эндокринопатии), приводящие к сухости кожи. При ретроспективном анализе ингредиентного состава используемых средств выявлено, что наиболее значимыми факторами для появления сухости поверхностных слоев эпидермиса при жирном типе кожи являлись нерациональное использование агрессивных очищающих средств, а также несбалансированный состав увлажняющих средств. При анализе очищающих средств злоупотребление препаратами, содержащими анионные поверхностно-активные вещества (наиболее часто – sodium laureth sulfate) фикси-

ровалось в 69%, фруктовые кислоты – 33%, спирт-содержащими препаратами (в частности, alcohol sd-40 denat.) – 52% случаев. Применение ингредиентов, не соответствующих индивидуальным характеристикам кожного покрова, являлось частой ошибкой при подборе увлажняющих средств. Такими компонентами наиболее часто являлись фруктовые кислоты и производные ретинола. Но особенно выраженной проблемой сухости стояла у пациенток при применении агрессивных очищающих средств, разрушающих липидную мантию эпидермиса в сочетании с дефицитом восстанавливающих компонентов. Так, в большинстве случаев (86%) в кремах отсутствовали ингредиенты, наиболее эффективно восстанавливающие липидную мантию эпидермиса – керамиды, жирные кислоты и их эфиры.

Обнаруженные особенности показали, что анализ ингредиентного состава косметических средств является важным инструментом для выявления причин сухости у пациенток с жирным типом кожи.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕХНИКА В КОРРЕКЦИИ КОМПЛЕКСА НОС – НОСОГУБНАЯ СКЛАДКА – ГУБЫ – «ДЕСНЕВАЯ УЛЫБКА». БОТУЛОТОКСИН, ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА, ГИДРОКСИАПАТИТ КАЛЬЦИЯ: КАК, ГДЕ, КОГДА?

Эльтес А.М.

*Клиника Дерматологии и эстетической медицины
Др. Эльтес, Афула, Нижняя Галилея, Израиль*

Одной из наиболее частых причин обращения в эстетические клиники является, несомненно, коррекция губ, и, в первую очередь, увеличение их объема. Но всегда ли обычное наполнение позволит достичь желаемого результата? И почему иногда даже при инъекции значительного количества ГК объем губ, особенно верхней, практически не меняется? Ответ на эти вопросы кроется в комплексности строения этой части лица, эстетически-оптического соотношения ее компонентов: носа, носогубных складок и динамических особенностей мускулатуры, управляющей движением рта, – как элеваторов, так и депрессоров. В настоящее время обсуждается комбинированная техника инъекции ботулотоксина, гиалуроновой кислоты и гидроксиапатита кальция для достижения максимального эстетического результата без риска для пациента.

ИМПУЛЬСНЫЙ ЛАЗЕР НА КРАСИТЕЛЕ (PDL – PULSED DYE LASER) В ЕЖЕДНЕВНОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ИЛИ ИНТЕГРАЛЬНАЯ СОСТАВНАЯ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ

Эльтес А.М.

*Клиника дерматологии и эстетической медицины
Др. А. Эльтес, Афула, Нижняя Галилея, Израиль*

Импульсный лазер на красителе (PDL – Pulsed Dye Laser) представляет собой лазер, который излучает длину волны 585 или 595 нм в желтой полосе видимого света (PDL

595 nm). Показания, разрешенные органами регуляции к использованию ПДлазера чрезвычайно разнообразны. Их неполный перечень включает такие заболевания как акне (подростковое и зрелого возраста), розацеа, псориаз, вирусные бородавки, сосудистые новообразования, послеоперационные и посттравматические рубцы, красные стрии («растяжки»), а также многочисленные эстетические показания. Многие из выше перечисленных заболеваний как то Акне, Розацеа, будучи хроническими, требуют хронического медикаментозного лечения. В связи с этим возникает ряд проблем как со стороны пациента, так и со стороны медикамента. Наиболее используемые в терапии этих состояний системные препараты (Миноциклин, Изотретиноин) и местные средства, нередко требуют значительных изменений и ограничений в обычном укладе жизни пациентов, связаны с риском побочных явлений. Результатом этого часто является прекращение содействия в лечении со стороны пациентов со всеми вытекающими отсюда последствиями. Лечение ПДлазером этих заболеваний предусматривает протокол, включающий от трех до восьми процедур с интервалом в 4–6 недель. Продолжительность лечения составляет в среднем 5–10 минут. Технические особенности аппарата (охлаждение кожи) обеспечивают безопасность и, практически, безболезненность процедуры. Эффективность лечения лазером, как минимум, не уступает системному лечению, а чаще всего и превосходит его. Таким образом, ПДлазер может рассматриваться как эффективная, безопасная и комфортная альтернатива традиционным методам лечения или быть их частью. Вирусные бородавки представляют собой одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний кожи как в детско-юношеской группе населения (*Verruca vulgaris*), так и в зрелости, включая подошвенные (*Plantarwarts*), бородавки венерической природы (*Condylomata*) и др. Традиционные методы лечения включают консервативные и оперативные методики, к общим недостаткам которых можно отнести низкую эффективность (местные аппликации для домашнего использования), значительную болезненность (жидкий азот, хирургические процедуры), необходимость повторных процедур, высокий процент рецидивов, нежелательные эстетические последствия (стойкая гипо- или гиперпигментация, рубцевание). Особенно очевидны эти проблемы в случаях множественных образований, а также в проблемных участках тела. ПДлазер, действуя на систему кровоснабжения бородавки, вызывает ее постепенное отмирание, не повреждая при этом смежные участки кожи, что позволяет при максимальной эффективности добиться наилучшего эстетического результата. Низкий уровень болезненности и возможность в одну процедуру действовать на неограниченное число бородавок позволяет считать этот вид лазера методом выбора в большинстве случаев этого вирусного заболевания кожи. Сосудистые новообразования: гемангиомы (*cherry/spider/senile*), «винные пятна», телеангиэктазии и др. Прямым показанием для ПДлазера являются сосудистые образования различной природы. В отсутствии других эффективных способов лечения подобных проблем, этот вид лазера представляет собой ультимативный инструмент для их решения. В сообщении представлены клинические случаи из повседневной практики дерматологической клиники, дискутируются результаты исследований международных авторов.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

XII Международный форум дерматовенерологов и косметологов

13–15 марта 2019 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
ООО «КСТ Интерфорум»

Сдан в набор 01.03.2019. Подписано в печать 01.03.2019. Бум.офсет 205x290x8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная. Тираж 420 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420, г. Москва, ул. Обручева, 30/1, стр. 2, тел. +7 (495) 419-08-68