

ОЧАГОВЫСТЬ ЧЕСОТКИ В МНОГОДЕТНЫХ СЕМЬЯХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН, КАК ОСНОВА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

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

Таджикский государственный медицинский университет, Душанбе

Актуальность. Очаговость чесотки – один из ключевых разделов эпидемиологии заболевания.

Цель исследования: изучение особенностей очаговости чесотки применительно к семейным очагам.

Материалы и методы исследования. Обследовано 42 семейных очага чесотки. Общее число людей в очагах составляло 285, из них 215 больные чесоткой.

Результаты исследования. Практически все обследованные очаги были иррадиирующими (ИО) (41, или 97,6%), поэтому проведена только их эпидемиологическая оценка. Размер очагов определялся числом лиц, проживающих совместно. Для ИО он составлял 4-12 человек, в среднем $6,9 \pm 0,3$ человека. Существенно, что ИО формировались в 3,5 раза чаще в семьях, проживающих в частных домах, чем в благоустроенных квартирах (78 против 22%). Мужчин (50,5%) и женщин (49,5%) в них было практически поровну. Установлено, что в ИО чесотки одинаково часто регистрировали у 51,2% детей и у 44,6% взрослых, при минимальной численности подростков от 15 до 18 лет (4,2%).

Это вполне закономерно, так как подростки в мусульманских семьях Таджикистана взрослеют рано и покидают родителей, пытаясь самостоятельно трудоустроиться и помочь семье. По числу детей семейные ИО подразделены на малодетные (1-2), среднедетные (3-4), многодетные (5 и более). Среди ИО преобладали среднедетные (51,2%) и многодетные семьи (31,7%). Семей с 1-2 детьми было менее 1/5 (17,1%). Размер малодетных семейных ИО составлял $5,3 \pm 0,4$ члена, среднедетных – $6,6 \pm 0,3$, многодетных – $8,5 \pm 0,4$. Среднее число детей в этих очагах в целом по выборке было $4 \pm 0,2$. Полные семьи в 4,1 раза преобладали над неполными (80,5 против 19,5%). Заболеваемость чесоткой в семьях составила 75,4%, а число больных – от 2 до 8, в среднем $5,2 \pm 0,2$. Так, очагов с 2-3 больными было всего 7,2%, с 4 – 24,4%, с 5 – 26,7%, с 6 – 19,8%, с 7 – 19,5%, с 8 – 2,4%. Иными словами, очаги с 4-5 больными составляли более половины (51,1%) выборки, с 6-8 более трети (39,3%). Существенно, что в трети очагов (14, или 34,5%) зарегистрировано 100% заражение. Среднее число больных в малодетных семьях было в среднем $4,1 \pm 0,5$, в среднедетных – $4,9 \pm 0,2$ и в многодетных семьях – $6,5 \pm 0,3$. Большое число больных в малодетных семьях закономерно. Как сказано выше, таких семей было всего 7 (17,1%); их размер составлял $5,3 \pm 0,4$ члена за счет старшего поколения (бабушки, дедушки), а 100% заболеваемость зарегистрирована в 5 из них. С давностью существования очага достоверно возрастало число больных в них. Так, если очаг персистировал до 1 мес.,

то число больных составляло от $4,1 \pm 0,4$, до 2 мес. – $5,2 \pm 0,4$, до 3 мес. – $5,8 \pm 0,2$. Более 78% семейных ИО существовало более 1 мес., в том числе почти половина (43,9%) – от 2 до 3 мес. Наиболее часто в очагах болели сыновья (35,3%), а дочери (27%) – в 1,3 реже. Из родителей в 1,4 раза чаще заболевание регистрировалось у матерей по сравнению с отцами (15,8% против 11,2%) ($p < 0,05$). Другие родственники инвазировались реже (10,4%), среди них бабушки (6,2%), дяди и тети (3,3%), дедушки (0,9%). Первоисточниками в очагах практически во всех случаях (87,8%) были сыновья (39%), дочери (24,4%) и отцы (24,4%). Второй, третий и четвертый больной чесоткой появлялись в семейных очагах с одинаковой частотой – 23,6%; 24,1%; 20,7%. Далее частота появления больных уменьшалась: от 16,1% (пятый больной) до 5,6% (восьмой). Вторыми-четвертыми инвазировались матери (33,3%; 18,2; 24,2%, соответственно) и дочери (27,1%; 33,3%; 22,9%), вторыми-пятыми – сыновья (26,4%; 20,0; 18,3%; 21,7%). Отцы, не являющиеся первоисточниками, в трети случаев (35,5%) заражались четвертыми и более чем в половине (57,1%) случаев – пятыми. Второй-четвертый больные появлялись в очагах с одинаковой частотой – 23,6%; 24,1%; 20,7%, а для пятого-седьмого – частота уменьшалась от 16,1% до 5,6%. Это, закономерно, если учесть контингент первоисточников. Таким образом, особенности распространения инвазии в семейных очагах чесотки обосновывают целесообразность проведения раннего выявления очагов, одновременного полноценного лечения больных и профилактической обработки всех контактных лиц.

РАЗРАБОТКА ИММУНОФЕРМЕНТНЫХ ТЕСТ-СИСТЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИММУННОГО БЛОТТИНГА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Авдонина А.С.

ЗАО «ЭКОлаб», Электрогорск

Актуальность: в связи с широким распространением цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) все более важным встает вопрос дифференциальной диагностики данного заболевания. При этом крайне важно определить не только наличие вируса в организме, но и установить стадию заболевания. Важным моментом является выявление специфических антител классов М и G к отдельным антигенам ЦМВ, позволяющее отслеживать динамику смены белков в ходе инфекционного процесса, что имеет важное диагностическое и прогностическое значение.

Цель: разработка и оценка эффективности применения иммуноферментных тест-систем для выявления и подтверждения наличия антител классов М и G к индивидуальным белкам цитомегаловируса человека методом иммунного блоттинга.

Задачи: в ходе разработки были решены задачи по получению лизата клеточной культуры цитомегаловируса (штамм AD-169); отработке получения иммуносорбента; подбору

состава реагентов для проведения анализа; отработке условий проведения реакции иммунного блоттинга; оценке чувствительности и специфичности разработанных тест-систем на референсных и клинических материалах.

Материалы и методы: при разработке тест-системы использовали электрофорез в полиакриламидном геле в присутствии додецилсульфата натрия, электроперенос разделенных белков из геля на нитроцеллюлозную мембрану (блоттинг), выявление белков с помощью иммуноферментного анализа. Результаты: разработаны тест-системы для выявления антител классов М и G к отдельным антигенам цитомегаловируса методом иммунного блоттинга в формате Western Blot – «ИФА-Блот-ЦМВ-IgM» и «ИФА-Блот-ЦМВ-IgG». По результатам испытаний, проведенных с использованием сывороток стандартных панелей, новые тест-системы имеют диагностическую эффективность, не уступающую эффективности своего аналога – тест-системы «Anti-CMV-Western Blot (IgM/IgG)» («Euroimmun AG», Германия). Тест-системы успешно прошли процедуру государственной регистрации медицинских изделий в Росздравнадзоре, имеют регистрационные удостоверения. Выводы: разработанные тест-системы «ИФА-Блот-ЦМВ-IgM» и «ИФА-Блот-ЦМВ-IgG» рекомендуются к применению в качестве подтверждающего и дифференцирующего теста при обследовании на цитомегаловирусную инфекцию.

НЕВЕНЕРИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ ГЕНИТАЛИЙ

Акимов В.Г., Чистякова Т.В., Фаттяхетдинов Р.Ш.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Появление высыпаний на половых органах с особой тревогой воспринимается пациентами. Врачу не всегда легко поставить диагноз, особенно при отсутствии проявлений на других участках кожного покрова, и назначить адекватное лечение.

Доклад иллюстрирован фотографиями характерных клинических проявлений всех перечисленных дерматозов. Баланопоститы – воспалительные заболевания головки полового члена и крайней плоти встречаются чаще других невенерических дерматозов гениталий. Их причинами могут быть как инфекционные агенты (дрожжи, грибы, бактерии, вирусы), так и некоторые дерматозы (псориаз, красный плоский лишай, склероатрофический лишай, пузырчатка). Первое место по частоте регистрации занимают кандидозные баланиты и баланопоститы, особенно у лиц, страдающих диабетом. Нередки баланопоститы у мужчин с короткой уздечкой полового члена и фимозом, что создает предпосылки для скопления смегмы в препуциальном мешке. Развитию патогенной и условно-патогенной флоры способствуют также несоблюдение личной гигиены, тесные трусы из синтетической ткани и высокая температура окружающей среды.

Эритроплазия Кейра – внутриэпидермальный рак головки полового члена, по клиническим и гистологическим признакам идентичный болезни Боуэна. Для него типична округлая или овальная форма с ярко-красной

бархатистой поверхностью. Появление инфильтрации или корочек указывает на трансформацию эритроплазии в плоскоклеточный рак, что встречается в 30% случаев.

Красный плоский лишай на головке и/или стволе полового члена характеризуется уплощенными папулами с вдавлением в центре, которые обычно превращаются в кольцевидные элементы. Постановку правильного диагноза облегчает осмотр всех кожных покровов и слизистой оболочки полости рта.

Псориаз может протекать изолированно на головке полового члена. Следует учитывать, что пациенты, даже имеющие высыпания на волосистой коже головы и на теле, могут предъявлять для осмотра только член, поэтому полный осмотр необходим во всех случаях. Папулы розово-красного цвета могут иметь чешуйки на их поверхности, что отличает этот дерматоз от других заболеваний полового члена.

Лишай склероатрофический на половых органах встречается у мужчин и женщин. У девочек, молодых и пожилых женщин – в виде мелких белесоватых папул в области половых губ. У мужчин – на головке полового члена или на коже крайней плоти, что может приводить к фимозу.

Лимфоплазия доброкачественная кожи (лимфоцитомы) наблюдается на половых органах (коже полового члена, мошонки, иногда головки полового члена) преимущественно при чесотке (постскабиозная лимфоплазия). Типичны розовые папулы тестоватой консистенции диаметром не более 5-7 мм, возможен зуд.

Болезнь Бехчета – системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, которым преимущественно болеют жители стран Азии и Ближнего Востока. Язвы на половых органах встречаются у 80-90% больных, на слизистой оболочке полости рта – у 90-100%, иридоциклит, катаракта и другие поражения глаз – у 60-85%. Характерны болезненные язвы диаметром до 10 мм, с четкими подрытыми краями и серозно-гнойным отделяемым.

Саркома Капоши способна локализоваться на любом участке кожного покрова или слизистой оболочки. Изолированные высыпания красного или багрового цвета на головке полового члена, напоминающие узелки, могут быть идентифицированы только после патоморфологического исследования.

Фиксированная эритема, возникающая в ответ на прием или парентеральное введение лекарственного средства, нередко локализуется на половых органах и слизистой оболочке полости рта.

Рак головки полового члена относится к злокачественным формам плоскоклеточных эпителиом. Различают инфильтративно-язвенную и папиллярную форму. При первой из них опухольевидный элемент быстро увеличивается в размерах и изъязвляется. При второй форме развивается бородавчатое образование с сосочковой поверхностью. Во всех случаях диагноз должен быть подтвержден цитологическим и гистологическим исследованием.

Ангиокератома мошонки Фордайса встречается чаще, чем ангиокератома вульвы. Проявляется на мошонке или больших половых губах в виде множественных мелких ярко-красных узелков (свежие высыпания) или синюшных с легким гиперкератозом (старые элементы).

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА p53 ПРИ РАЗНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ТИПАХ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА

Александрова А.К., Смольяникова В.А.

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

Себорейный кератоз (СК) – доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, клинические и гистологические проявления которой вариабельны. Основную роль в развитии СК играет генетическая предрасположенность, приводящая к нарушению регуляции естественного процесса клеточного старения. Ведущим геном, осуществляющим контроль за старением клеток, является ген – супрессор p53. Его продуктом является белок p53, транскрипционный фактор, потеря функции которого наблюдается в более 50% злокачественных опухолей человека. При СК экспрессия p53 изучена мало, данные противоречивы, остается открытым вопрос о роли p53 в развитие опухоли и возможности малигнизации СК.

Цель исследования: изучить экспрессию p53 при различных гистологических типах СК.

Материалы и методы. Материалом для иммуногистохимического (ИГХ) исследования послужили образцы опухоли от 120 пациентов с установленным гистологическим диагнозом себорейного кератоза. Из них были отобраны по 30 образцов аденоидного, клонального, раздраженного и гиперкератотически-акантотического типа СК. Также окрашивали 4 среза непораженной кожи. ИГХ-исследование проводили с мышиными моноклональными антителами p53 (Novocastra, ready-to-use), клон DO-7-специфичного для выявления дикого типа человеческого белка p53 и его мутантных форм. Результаты оценивали с помощью светового микроскопа Leica DM4000B.(100x, 200x). Учитывали количество окрашенных ядер клеток опухоли по балльной шкале: 0 – отсутствие реакции; 1 – окраска более 5% но менее 10% клеток опухоли; 2 – окраска более 10% но менее 30% клеток опухоли, 3 – окраска более 30% клеток опухоли; а также по интенсивности окраски: слабая (+), умеренная (++), выраженная (+++).

Результаты. При ИГХ-исследовании с моноклональными антителами к p53 положительная реакция регистрировалась в 56,9% случаев (74 СК), разной степени интенсивности. При гиперкератотически-акантотическим типе СК реакция с моноклональными антителами к белку p53 была положительна только в 4 СК (13,3%), регистрировалась в более 10% но менее 30% клеток опухоли, интенсивность окраски ядер была умеренной. В остальных случаях (86,7%) реакция отсутствовала. При аденоидным типе СК в 26,6% (8 СК) интенсивное ядерное окрашивание было выявлено в более 30% клеток опухоли, в 73,4% случаев (22 СК) регистрировалась окраска ядер более 10% но менее 30% клеток опухоли умеренной интенсивности. При раздраженном типе СК в 100% случаев экспрессия p53 была в более 10% но менее 30% клетках опухоли, умеренной степени выраженности. При клональном типе себорейного кератоза в 50% случаев (15 СК) регистрировалась экспрессия более 5% но менее 10% клеток опухоли, в остальных 66,7%

случаях реакция отсутствовала. В неизменной коже во всех наблюдениях реакция с моноклональными антителами к p53 отсутствовала.

Выводы. При ИГХ-исследовании выявлены особенности экспрессии p53 в зависимости от гистологического типа опухоли. Учитывая низкую пролиферативную активность клеток при СК, установленную в многочисленных исследованиях, нами высказано предположение об экспрессии при СК дикого типа p53. Мутаций гена p53 при СК не происходит, более характерна функциональная слабость и снижение активности белка p53, обусловленная нарушениями взаиморегуляции белков, контролирующих клеточный цикл и пролиферацию. В результате происходит остановка клеток в G1 фазе и их старение. В 43,1% СК, как и в нормальной коже, количество p53 не определяется методом ИГХ, находясь ниже порога детекции. Гиперэкспрессия p53, наблюдаемая при аденоидном и раздраженном типе СК, свидетельствует о наличии дополнительных внешних и /или внутренних факторов (при раздраженном типе – воспаления, при аденоидном – УФ-излучения), приводящих к повреждениям ДНК клеток, более активной стимуляции p53, его активации и запуску апоптоза.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Алленова А.С., Теплюк Н.П., Катранова Д.Г.

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

Введение и цели исследования. Несмотря на значительный арсенал современных лабораторных методов, диагностика аутоиммунной пузырчатки (АП) по-прежнему остается одним из наиболее сложных вопросов в дерматологии, что обусловлено не только большим количеством разнообразных форм данного заболевания, но и сложностью методов диагностики, а также их техническим ограничением. При этом своевременная диагностика при подозрении на АП крайне важна для ранней терапии, позволяющей снизить риск неблагоприятного исхода и осложнений.

Цель исследования – анализ диагностических ошибок при АП, поиск возможных путей их предупреждения. В докладе подробно описаны и проиллюстрированы наиболее яркие примеры диагностических ошибок, на основе проведенного анализа предложены возможные меры по их предупреждению.

Материалы и методы. Был проведен анализ историй болезни, а также динамическое наблюдение 42 пациентов с АП, находившихся на лечении в клинике кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова за последние 4 года.

Результаты и обсуждение. Распределение по полу: 26 (61,9%) – женщины, 16 (38,1%) – мужчины, возраст – от 24 до 80 лет. Выявленные клинические формы АП: вульгарная пузырчатка (ВП) – у 25 (59,5%) больных, себорейная (СП) – у 13 (31%), паранеопластическая (ПНП) – у 4 (9,5%). Диагноз АП у всех пациентов был поставлен на основании методов «золотого стандарта» – гистологического и иммуногистохимического (прямая реакция иммунофлюоресценции, РИФ)

исследований, дополнительно выполнено цитологическое исследование мазков-отпечатков (18 больных, 42,9%). Из 42 пациентов 12 (28,6%) ранее наблюдались с одним или несколькими ошибочными диагнозами; среди них преобладали пациенты с ВП – 7 (58,3%), СП – 3 (25%) и ПНП – 2 (16,7%). При этом важно отметить, что общее количество ранее поставленных ошибочных диагнозов у данных 12 пациентов – 19. Среди таких диагнозов наиболее часто встречался афтозный стоматит – у 4 больных (33,3% от всех пациентов с ошибочным диагнозом; 21% от всех ошибочных диагнозов), буллезная форма токсикодермии и базалиома – по 3 чел. (25%; 15,8%); хронический рецидивирующий герпес, герпетиформный дерматит Дюринга и стрептостафилодермия – по 2 чел. (16,7%; 10,5%); также были представлены такие ошибочные диагнозы, как буллезный пемфигоид Лехера, лимфома, фурункулез волосистой части головы. При изучении медицинской документации и опросе пациентов было установлено, что у 5 пациентов (41,7% пациентов с ошибочными диагнозами) диагноз был поставлен только на основании клинической картины. В ряде случаев наблюдалась неправильная интерпретация данных цитологического и/или гистологического методов.

Выводы. По результатам нашего исследования, на начальных этапах диагностического поиска ошибочные диагнозы ставят практически каждому четвертому пациенту с АП. При этом причинами ошибок являются не только затруднения в клинической оценке симптомов вследствие их разнообразия, но и несоблюдение стандартов диагностики буллезных дерматозов, а также естественные технические ограничения лабораторных методов и/или их некорректная интерпретация. Таким образом, точная диагностика АП требует комплексного обследования пациентов с обязательным применением методов «золотого стандарта» – гистологического и иммуногистохимического (прямая РИФ) исследования.

ИНТИМНЫЙ ГРУМИНГ: ОСЛОЖНЕНИЯ

Альбанова В.И., Серебрякова Ю.С.

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

Интимный груминг – комплекс косметических процедур, включающий удаление нежелательных волос, интимные стрижки, окрашивание, декорирование и пирсинг в интимной зоне. Осложнения этих процедур все чаще становятся объектом внимания дерматолога и реже – хирурга. Наиболее часто осложнения встречаются при самостоятельном выполнении процедуры удаления волос в домашних условиях, значительно реже – после работы мастера. Все осложнения условно можно разделить на несколько групп: 1) наступающие независимо от примененного метода 2) свойственные отдельным методам 3) связанные с квалификацией мастера 4) связанные с имеющимися заболеваниями (как кожными, так и системными). При любом методе воздействия могут возникнуть дерматиты простые раздражительные и аллергические (в т.ч. буллезные), вульвиты, бактериальные и вирусные инфекции (фолликулит, фурункул, контагиозный моллюск, герпес, кондиломы),

дисхромии, образование рубцов, парадоксальный гипертрихоз и вросшие волосы. При самостоятельном бритье и подрезание волос (тримминг) нередки порезы, дерматит и фолликулит, окрашивании – аллергический и простой раздражительный дерматит, химической и восковой эпиляции – ожоги, эрозирование, вросшие волосы, дисхромия. Выполнение косметических процедур в салоне осложняется в зависимости от метода: при окрашивании волос – аллергический дерматит, восковой и сахарной эпиляции – боль, гиперпигментация, электро- и фотоэпиляции – боль, ожоги, дисхромия, декорировании интимной зоны – аллергический дерматит на клей и ремувер, вросшие волосы. С недостаточной квалификацией мастера связаны избыточная болезненность процедуры, ожоги, отрывы эпидермиса, инфицирование, эритема при неправильной технике, неправильная тактика при появлении осложнений. Возможны обострения кожных заболеваний (псориаза, витилиго, красного плоского лишая), распространение уже имеющейся до процедуры бактериальной инфекции, вирусных и грибковых заболеваний, усиление клинических проявлений дерматита, опрелости, рост новообразований кожи. Основные принципы профилактики осложнений: соблюдение противопоказаний, учет результатов предыдущей процедуры, учет фототипа, защита от солнца, личная гигиена, соблюдение санитарных норм в учреждении и правил ухода за кожей после процедуры дома, использование специальных безопасных устройств при проведении процедуры. В лечении должны учитываться региональные особенности кожи.

ПОЗДНИЙ СИФИЛИС – НОВЫЕ ОПАСНОСТИ

Андропова Н.В., Жуковский Р.О., Вечтомова Л.Б., Сизова И.Д., Степанова Е.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Институт медико-социальных технологий – Московский государственный университет пищевых производств, Москва

Актуальность исследования. Развитие неоплазий в сочетании с сифилитической инфекцией или после ее окончания мало обращало на себя внимание исследователей. Ретроспективный анализ историй болезни пациентов со злокачественными новообразованиями выявил положительные реакции с трепонемными антигенами у 10% из них (Землякова С.С. и соавт., 2017). В этой связи наш опыт наблюдения таких пациентов может представлять интерес для дерматовенерологов.

Материал и методы исследования. Обследовано 4 пациентов в возрасте от 47 до 67 лет. Из них две женщины со скрытым неуточненным и поздним сифилисом в сочетании с неоплазиями, диагностированными одновременно, и двое мужчин с развитием рака спустя пять лет после окончания лечения ранних форм заболевания, завершившегося развитием серорезистентности. Всем пациентам было проведено 1) клинико-лабораторное и функциональное обследование, в том числе в профильных отделениях онкологии; 2) измерение «меняющихся профилей аутоантител» к dsDNA, β 2-GPI, CoM-02, CoS-05-40, β 1-

AR, MyosinL, TrM-03, ANCA, e-NOS, Angiostatin, PAPPА и Collagen II в мультипараметрических исследованиях проб сывороток в наборах групп ЭЛИ-Тест (от ELISA) – ЭЛИ-Висцеро-Тест (методика проф. Полетаева А.Б., медицинский исследовательский центр «Иммункулус», Москва); 3) исследование показателей иммунного статуса проводили на проточном цитофлуориметре, определение иммуноглобулинов сыворотки крови (МНПЦДК, Степанова Н.В.).

Результаты исследования. У пациентки З.Н.И., 62 лет, со скрытым неуточненным сифилисом в течение семи лет наблюдения и лечения отмечалась манифестация проявлений позднего периода инфекции в виде поражения сердца и сосудов – инфаркт миокарда в 55 лет и инфаркт головного мозга в 61 год. Между ними – рак молочной железы в возрасте 56 лет, потребовавший комплексного лечения – оперативного и химиотерапевтического.

У пациентки, А.М.В., 54 лет, диагноз поздний скрытый сифилис и аденокарцинома правого яичника, лейомиома матки, кистоза левого яичника установлены одновременно в возрасте 46 лет. Пациентке была проведена операция экстирпации матки с придатками с последующей химиотерапией.

У двух пациентов-мужчин со скрытым ранним сифилисом, направленных на консультацию онколога дерматовенерологами, был диагностирован рак спустя 5 лет после проведения этиотропной терапии инфекции и развития серорезистентности. У пациента, К.В.Ф., 67 лет, рак нижнеампулярного отдела прямой кишки классифицирован как Т4NхM0. Выявлены также полипы толстой и прямой кишки, хронический геморрой 2 ст. На первом этапе лечения ему выполнены химио- (кселода 1000 мг) и кунформная дистанционная лучевая терапия на линейном ускорителе Клинак 2100 тормозным пучком излучения энергией 18 МэВ прямой кишки и лимфатических узлов таза: параректальных, наружных и внутренних подвздошных, а также крестцовых. На втором этапе лечения произведена операция – удаление опухоли электроножом методом мукозэктомии. Химиотерапия препаратом кселода в дозе 3 г / сутки завершила третий этап лечения рака.

У пациента, К.С.В., 47 лет, диагностирована карцинома мочевого пузыря. Ему выполнена биполярная трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с опухолью с последующей химиотерапией митомицином С в дозе 40 мг.

По результатам исследования показателей иммунного статуса всех обследованных нами пациентов содержание иммуноглобулинов сыворотки крови выявило их гендерные и возрастные различия: у обеих пациенток уровень IgM втрое превышал таковой у мужчин: 1,7 и 1,8 vs 0,47 и 0,48 (г/л), а избыточный синтез общего IgE определялся у пациентов старше 60 лет – З.Н.И., 62 г. и К.В.Ф., 67 лет, – 261 и 304 (МЕ/мл). У обеих пациенток (З.Н.И., А.М.В.) выявлено повышенное содержание активированных CD3+HLA-DR+ лимфоцитов (17% и 235 кл./мкл; 19% и 356 кл./мкл), поляризация иммунного ответа в виде гиперплазии популяции CD8+Т клеток (40% и 552 кл./мкл) наблюдалась у пациентки З.Н.И., а также гиперплазии CD4+Т клеток (55% и 1029 кл./мкл) – у пациента К.С.В.

Локализация неоплазий у трех пациентов, исключая З.Н.И., была ограничена областью малого таза и кишечника.

При этом раки были ассоциированы с воспалительными процессами и/или доброкачественными образованиями в одноимённых или рядом расположенных органах: аденокарцинома яичника и хронический сальпингит, лейомиома матки (А.М.В.); карцинома мочевого пузыря и хронический простатит, аденома простаты (К.С.В.); рак нижнеампулярного отдела прямой кишки и хронический простатит и геморрой, полипоз толстой и прямой кишки (К.В.Ф.). У обоих пациентов-мужчин определялся высокий индекс массы тела (ИМТ) – 32. Все пациенты оказались обладателями четвертой резус-положительной группы крови – АВ (IV) Rh+. У них определялись умеренно повышенные уровни ауто-антител к внеорганным антигенам: anti-dsDNA – 23 (N до 20 ед.) у К.С.В., А.М.В.; anti-beta2 GP I – 23 (N до 20 ед.) у А.М.В. Высокий уровень anti-NF 200 – 43 (N до 23 ед.) выявлен у К.В.Ф.

Выводы: 1. Длительное диспансерное наблюдение пациентов, перенесших скрытый сифилис, обнаруживает у них развитие злокачественных новообразований как одновременно с выявлением инфекции неуточненного или позднего периода, так и спустя годы после завершения этиотропной терапии и развития серорезистентности. 2. Онкологическая настороженность дерматовенерологов становится все более значимой в связи с развитием полиморбидности у пациентов в позднем периоде сифилиса.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ: ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Баткаев Э.А., Макматов-Рысь М.Б.

Российский университет дружбы народов, Москва

Введение. Системные васкулиты (СВ) – это группа редко встречающихся аутоиммунных заболеваний, которые характеризуются тяжелыми мультиорганными поражениями и полиморфизмом клинических проявлений. Наиболее распространенными являются АНЦА-ассоциированные васкулиты: гранулематоз с полиангиитом (ГПА), эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (ЭГПА) и микроскопический полиангиит (МПА). В литературе описаны различные кожные поражения при АНЦА-ассоциированных васкулитах, которые могут развиваться параллельно поражениям органов и систем, а в некоторых случаях являются дебютом заболевания и обладают первостепенным диагностическим и прогностическим значением.

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей и прогностического значения кожных высыпаний при АНЦА-ассоциированных васкулитах.

Материалы и методы. В настоящей работе проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с СВ, госпитализированных в клинику Е. М. Тареева в период с 2014 по 2015 год. В исследование включен 41 пациент, с диагнозами ГПА, ЭГПА и МПА, имеющий кожные поражения в рамках васкулита и 40 пациентов (контрольная группа) без кожных проявлений. У больных фиксировались основные клинические проявления заболевания (поражения кожи, легких, ЛОР-органов, почек, органа зрения, суставов

и нервной системы). При сравнении частотных показателей для оценки достоверности различий применяли критерий χ^2 -квадрат по Pearson.

Результаты. Больные с кожными поражениями в рамках ANCA-ассоциированного васкулита имели полиморфный характер высыпаний: пальпируемая пурпура (n=20), язвенно-некротические поражения (n=8), подкожные узлы (n=4), папулезные (n=2), эритематозные (n=2), везикулярные (1), уртикарные (n=1), афтозный стоматит (n=4), язвенный стоматит (n=1). Большинство пациентов имели высыпания на нижних конечностях (n=29). Выявлено, что почки и суставы достоверно чаще вовлекались в патологический процесс у пациентов с поражениями кожи в рамках ANCA-ассоциированного васкулита по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Отмечается, что поражения легких встречались чаще у пациентов, имеющих высыпания, чем у пациентов без них, однако различия не являлись достоверными ($p = 0,084$). Важно отметить, что суставы достоверно чаще поражались у пациентов с поражениями кожи в дебюте ANCA-ассоциированного васкулита по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Зафиксировано более частое вовлечение в патологический процесс почек у пациентов, имеющих высыпания в дебюте, чем у пациентов из группы контроля, при этом различия близки к достоверным ($p = 0,053$). Легкие поражались относительно чаще у пациентов с высыпаниями в дебюте, однако эти различия оказались недостоверными ($p > 0,05$).

Выводы. Поражения кожи часто являются компонентом клинической картины ANCA-ассоциированных васкулитов, могут возникать в дебюте заболевания и имеют полиморфный характер, однако чаще всего представлены пальпируемой пурпурой. Кожный синдром является достоверным предиктором суставного синдрома и поражения почек, а также часто ассоциирован с поражениями легких. Дебют ANCA-ассоциированного васкулита в виде кожного синдрома является достоверным предиктором суставных поражений, а также часто ассоциирован с поражениями легких и почек и высокой иммунологической активностью заболевания.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И РОЗАЦЕА, ИМЕЮЩИХ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Батпеннова Г.Р., Таркина Т.В., Унгалова С.С., Казиева А.С.

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Актуальность. Ассоциация хронических дерматозов и сопутствующих заболеваний является сложной и многофакторной. Несмотря на высокую частоту соматической патологии у больных хроническими дерматозами, многие аспекты изучены не полностью. Это усложняет выявление причинно-следственных связей между их взаимно отягощающим влиянием.

Цель исследования: определить антропометрический портрет и наследственные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных псориазом и розацеа.

Материалы и методы: проведен анализ результатов антропометрического и анамнестического обследования пациентов с диагнозом псориаз и розацеа, находившихся на лечении в Центре дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем, г. Астана, по результатам историй болезни за 2016 год. Статистическую обработку данных произвели с помощью программы STATISTICA версия 10.0 в среде WINDOWS.

Результаты исследования: изучено 52 истории болезни с клиническим диагнозом: псориаз 25 и розацеа 27.

Средний возраст пациентов с псориазом $39,1 \pm 13,9$; гендерный состав: мужчины 19 (76%), женщины 6 (34%). По данным историй болезни из 25 пациентов псориазом 20 (80%) имели сопутствующие ССЗ. Показатель ИМТ в этой группе был $27,2 \pm 5,9$, показатель окружности талии $96,1 \pm 16,5$. Наибольшее значение окружности талии у 12 пациентов, страдающих псориазом и имеющих в анамнезе ССЗ $102,6 \pm 5,6$. Совпадение отягощенной наследственной предрасположенности по хроническому дерматозу и ССЗ в группе больных псориазом выявлено у 44% больных.

Средний возраст пациентов, страдающих розацеа, $41,2 \pm 13,8$. По полу: мужчин 9 (33,4%), женщин 18 (66,6%). Из 27 пациентов розацеа имели ССЗ 17 (63%). Значение ИМТ в группе больных розацеа $24,4 \pm 4,1$, окружность талии – $87,8 \pm 9,9$, у пациентов с сопутствующими ССЗ $90,4 \pm 10,1$. Наличие отягощенного семейного анамнеза по хроническому дерматозу и ССЗ в группе розацеа выявлено в 27%.

Выводы: 1. Выявленный антропометрический портрет больных псориазом, имеющих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний – это преимущественно мужчины, возраста $39,1 \pm 13,9$ с ИМТ $27,2 \pm 5,9$, окружностью талии $102,6 \pm 5,6$, в 44% имеющие отягощенный семейный анамнез по псориазу и ССЗ. 2. Выявленный антропометрический портрет больных розацеа, имеющих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний – это преимущественно женщины, возраста $41,2 \pm 13,8$ с ИМТ $27,2 \pm 5,9$, окружностью талии $90,4 \pm 10,1$, в 27% имеющие отягощенный семейный анамнез по розацеа и ССЗ.

РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КОЖИ У БОЛЬНЫХ БЛЯШЕЧНЫМ ПСОРИАЗОМ

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

Тюменский государственный медицинский университет, Медицинская лаборатория «Кволити Мед», Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, Тюмень, Екатеринбург

Введение: в основе воспаления при псориазе лежит гиперпролиферация и нарушение дифференцировки кератиноцитов, опосредованное иммунокомпетентными клетками врожденного и приобретенного иммунитета. Роль иммунных механизмов подтверждена многочисленными исследованиями, как наиболее значимыми в патогенезе псориаза, генетически обусловленного заболевания, находящегося под активным влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов окружающей среды. Избыточный синтез провоспалительных цитокинов является ведущей причиной псориазического воспаления. Неясным остается

факт, что же является первопричиной их повышенного синтеза, какой фактор является инициатором псориатического воспаления. В настоящее время исследователями рассматривается возможное участие различных видов микроорганизмов, обитающих на поверхности кожи больных псориазом, как в инциации, так и в поддержании воспалительного процесса при псориазе.

Цели и задачи: изучить состав эпидермальной микробиоты кожи у больных бляшечным псориазом, определить ее влияние на воспалительный процесс при псориазе.

Материалы и методы: проведено обследование микробиоты кожи 23 пациентов (9 женщин и 14 мужчин) бляшечным псориазом. Средний возраст пациентов составил $43,5 \pm 9,8$ лет, длительность заболевания от 2 месяцев до 32 лет. Прогрессирующая стадия псориаза диагностировалась у 17 пациентов, стационарная – у 6. Индекс PASI составлял в среднем $15,8 \pm 3,5$. Исследования микробиоты проводились с помощью анализатора 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).

Результаты: в результате проведенного исследования у 17(75%) пациентов отмечался рост различных представителей эпидермальной микробиоты, у 6 пациентов (25%) роста не было. Обнаруживался рост: *Corynebacterium striatum*(1), *Staphylococcus aureus* скудный рост (3), *Staphylococcus epidermidis* (4), *Staphylococcus warneri* (1), *Staphylococcus haemolyticus* (1), *Klebsiella pneumoniae ssp rhinoscleromatis* (1), *Lactococcus lactis* (3), *Enterococcus faecalis* (2), *Staphylococcus aureus* обильный рост (5), *Pseudomonas stutzeri*(1). При псориазе в стадию обострения, при сопутствующем зуде чаще обнаруживался обильный рост *Staphylococcus aureus* (5).

Обсуждение и выводы: современные методики идентификации микроорганизмов, основанные на определении спектра рибосомальных белков, позволяют выявлять различные виды бактерий, населяющих кожу больных псориазом. Проведенные исследования показали, что на поверхности псориатических бляшек могут присутствовать различные виды микроорганизмов, входящие в состав микробиома кожи. Кожа больных псориазом представляет собой благоприятную среду для персистенции различных видов бактерий. Известно, что при бляшечном псориазе в роговом слое клетки располагаются более хаотично с широкими и многочисленными межклеточными промежутками, создавая условия для обитания бактерий. В то же время, активация мононуклеарной фагоцитарной системы при псориазе предотвращает развитие гнойных осложнений. Бактерии при псориазе могут активировать и регулировать развитие как врожденного, так и адаптивного иммунитета, поддерживая воспалительный процесс. Возможность участия бактерий в патогенезе псориаза подтверждается тем, что в очагах поражения выявляется достоверное увеличение площади экспрессии TLR2 и TLR4, что вероятно связано с проникновением патогена. При псориазе также активизируются дендритные клетки подобно тому, как это происходит при потенциальной инфекции либо при повреждении кожи другими этиологическими факторами. Значение патогенных и условно-патогенных

микроорганизмов, входящих в состав микробиома поверхности псориатических бляшек в условиях генетически измененного организма при иммунозависимом характере воспаления при псориазе предстоит выяснить.

МОНИТОРИНГ ОТДАЛЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В МЯГКИХ ТКАНЯХ ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ

Белков П.А., Безуглый А.П.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Клиника АНТА-Мед, Москва

Инъекционные методы коррекции возрастных изменений мягких тканей лица являются одними из наиболее популярных в настоящее время. Филлеры, введенные в мягкие ткани, увеличивают объем и вызывают смещение мягких тканей, что и обуславливает достижение эстетического эффекта. Большинство филлеров со временем подвергается биодеградации в тканях пациента. После завершения процессов биодеградации возникают вторичные деформационные изменения формы и объемов тканей, которые играют немаловажную роль в формировании облика пациентки. Данные изменения могут быть обусловлены избыточным развитием соединительной ткани, формированием соединительно-тканых тяжей, участков фиброза, инкапсуляцией препарата с неполной биодеградацией вещества, дистрофических и структурных изменений в окружающих тканях. Коррекция таких изменений особенно трудна в эстетической медицине и зависит от характера морфологических изменений, происходящих в тканях. Данное исследование проводили с целью объективизации и неинвазивной количественной оценки морфологических изменений в тканях после инъекций филлеров. Применяли датчики 22 МГц и 75 МГц с высоким разрешением от 72 мкм до 21 мкм соответственно, получали изображения вертикального среза кожи (эпидермис, дерма, гиподерма) на глубину до 4-10 мм. Провели высокочастотное ультразвуковое исследование кожи 57 пациентов после инъекций филлеров в различных группах: с изменениями в области губ 12 пациентов, 10 пациентов, с изменениями в пери орбитальной зоне и проекции носослезной борозды 10 пациентов, в височно-скуловой зоне 12 пациентов, по контуру овала лица 5 пациентов, в иных зонах 8 пациентов. При сборе анамнеза большинство пациентов не отмечали побочных эффектов или осложнений на раннем этапе после проведенных процедур. При высокочастотном ультразвуковом исследовании выявлены следующие изменения: диффузные соединительно-тканые изменения, локальные фиброзные изменения, признаки неполной биодеградации препарата либо наличия перманентного филера. В скуловой области наиболее часто встречались очаговые фиброзные изменения в 43% и признаки неполной биодеградации препарата в 31%. В области губ признаки наличия перманентного филера выявлены в 8%, диффузные изменения со стороны соединительной ткани в 35%, неполная биодеградация препарата в 41%, очаговые фиброзные изменения в 33% и при этом могли присутствовать

несколько разных признаков у одного пациента. Полученные результаты исследований в дальнейшем всегда учитывались специалистами при планировании тактики ведения пациента. Это выражалось как в изменении объема или характеристик «плотности» вводимого препарата, так и обоснованном отказе от инъекционных процедур либо замене их на альтернативные методики. Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи пациентов после инъекций филлеров, позволяет объективно визуализировать структуру тканей и проводить количественное измерение морфологических изменений в месте инъекции. Высокочастотное ультразвуковое и необходимо для решения вопроса о возможности повторных инъекций в данную область, а также для выбора тактики и альтернативных процедур для коррекции отделенных изменений кожи и мягких тканей после инъекций филлеров.

КОЖНЫЙ ЗУД КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Бобко С.И.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Зуд в течение 6 недель и более, согласно заключению международного форума по исследованию кожного зуда (IFSI – International Forum for Study of Itch), относят к хроническому. Частота хронического зуда в общей популяции варьирует от 8,4%, по данным когортного исследования среди 40 000 взрослых людей в Норвегии (Dalgard F. et al., 2004), до 13,9% в небольшом пилотном исследовании в Германии 200 взрослых людей (Matterne U. et al., 2009), 18,7% (Dalgard F. et al., 2003), 20-30% (Wolkenstein P. et al., 2006). По данным B. Yalcin, E. Tramer (2006) в 11,5% зуд был причиной госпитализаций у пожилых больных. В исследовании R. A. Norman RA (2003), зуд присутствовал в 2/3 наблюдений у пожилых больных, по данным H. Van Os-Medendorp (2006) – у 29% пациентов старше 50 лет. В соответствии с клинической классификацией IFSI 2007 (Staender S, Weisshaar E, Mettag T, Szepietowski JC, et al.) зуд может сопровождать системные заболевания с вовлечением печени (первичный билиарный цирроз, печеночная недостаточность), почек (хроническая почечная недостаточность), крови (лимфома Ходжкина, истинная полицитемия). При истинной полицитемии зуд может встречаться до 48%, при ходжкинская лимфоме – до 30%, при хронической почечной недостаточности (среди пациентов на гемодиализе) – около 25-85%, зуд при печеночной недостаточности возникает в 20-25%, зуд при диабете – в 11% (G. Yosipovitch, S. Kwarta «Living with itch», 2013). Патогенез системного зуда до конца не изучен, возможно влияние одоновременно нескольких факторов, таких как ксероз кожи, изменения липидного состава кожи, нарушение ионного баланса, гиперпаратиреозидизм, нейрогенные и медиаторные взаимодействия. Таким образом, зуд может возникать при различных нозологиях, представляя значительные трудности для диагностики и лечения и существенно влияя на качество жизни больных.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОЗАЦЕА В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Бобракова А.А., Силина Л.В.

Орловский областной кожно-венерологический диспансер, Орел

Розовые угри – один из часто встречающихся хронических дерматозов, проявляющийся центральной эритемой лица, телеангиэктазиями, папулами, пустулами, узлами, а также гиперплазией сальных желез и соединительной ткани, приводящей к формированию фим. В литературе представлено большое количество работ, посвященных изучению проблемы этиологии и патогенеза розацеа, но, несмотря на это, остается весьма актуальным вопрос о роли основных звеньев патогенеза данного заболевания. Что же касается статистических данных, розовые угри занимают одно из лидирующих мест среди хронических дерматозов, имея удельный вес от 5 до 10%.

Цели: проведение анализа заболеваемости розацеа по материалам БУЗ Орловской области Орловского областного кожно-венерологического диспансера за период 2014-2016 годы.

Материалы и методы: в качестве материала для выполнения анализа были использованы амбулаторные карты, показатели годовых отчетов районов Орловской области и г. Орла. У всех больных диагноз был выставлен на основании анамнестических данных, лабораторных исследований и клинической картины. В 2014 г. был зарегистрирован всего 141 случай розацеа, что соответствует интенсивному показателю 18,4 на 100 тыс. населения, в 2015 г. – 178 случаев (23,3), в 2016 г. – 209 случаев (27,3). Основная масса заболеваемости приходится на 2 и 3 степени тяжести розацеа. Наиболее часто встречались такие клинические признаки розовых угрей, как телеангиэктазии (21%), эритема (17%), папулы (16%). Что же касаясь данных о гендерном распределении, то отмечается преобладание данного заболевания среди лиц женского пола. В 2014 г. на долю женщин приходится 61%, в 2015 – 67%, в 2016 – 68%. Заболеваемость розацеа не определяется повсеместно. Так, основная масса первичной заболеваемости данного заболевания приходится на городское население, примерно в соотношении 3:1.

Результаты и обсуждение: абсолютное число зарегистрированных больных с розацеа в период с 2014 по 2016 год ежегодно возрастало на 15-20%, что свидетельствует о стойкой тенденции роста заболеваемости. Относительно степени тяжести, на первый план выходят 2 и 3 степени тяжести розовых угрей. Это обусловлено прежде всего поздней диагностикой или её отсутствием, самолечением. Касаемо пола, на лидирующие позиции вышли женщины, в то время как у мужчин преобладают более тяжелые формы розовых угрей.

Заключение: стоит отметить, что уровень заболеваемости розацеа тесно коррелирует с качеством ранней диагностики. За последнее время поражения населения данной патологией возрос, причиной тому служат многие факторы: повысился уровень социальной активности населения, доступность

медицинской помощи, ориентированность информации. Все эти факторы приводят к тому, что пациенты все чаще обращаются за квалифицированной медицинской помощью, а не занимаются самолечением.

РЕДКИЕ ПОДТИПЫ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Борлаков И.А., Азам В.В.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Грибовидный микоз (синдром Алибера–Базена) – самая частая форма первичной лимфомы кожи. Заболевание, которое в IX веке впервые описали французские ученые Alibert и Bazin, обусловлено пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами, этапностью клинических проявлений. ГМ обычно протекает благоприятно, медленно прогрессируя в течение нескольких лет и десятилетий. На ранних стадиях клинические проявления грибовидного микоза могут имитировать различные хронические дерматозы, такие как псориаз, себорейный дерматит, нейродермит и др. Нередко гистологическое исследование на данном этапе может оказаться неинформативным и неспецифичным. При прогрессировании процесса гистологическая картина характеризуется полиморфноклеточным эпидермотропным пролифератом, очаговым (абсцессы Потрие) или диффузным экзоцитозом. Согласно классификации первичных лимфом кожи, предложенной в 2005 году Всемирной организацией здравоохранения и Европейской организацией по исследованию и лечению рака (WHO-EORTC) к редким вариантам грибовидного микоза относятся: фолликулотропный грибовидный микоз, педжетоидный ретикулез, синдром гранулематозной вялой кожи. Фолликулотропный грибовидный микоз характеризуется фолликулярными папулами, плотными бляшками, нередко опухолями. Излюбленная локализация – голова и шея. Прогрессирование заболевания приводит к очаговой или тотальной алопеции. Патоморфология картина при фолликулотропном варианте грибовидного микоза характеризуется плотным перифолликулярным инфильтратом, состоящим из лимфоидных Т-клеток мелких и средних размеров с наличием церебриформных ядер. Течение заболевания может сопровождаться трансформацией в крупноклеточную лимфому, прогноз при таком варианте хуже, чем при классической форме грибовидного микоза. Педжетоидный ретикулез (болезнь Ворингера-Колоппа) характеризуется появлением на коже дистальных отделов конечностей солитарных пятен или псориазиформных бляшек, округлых или полициклических очертаний, красно-бурого или красно-синюшного цвета. Течение заболевания длительное, характерно медленное прогрессирование. Прогноз относительно благоприятный. Синдром гранулематозной вялой кожи проявляется в виде складчатых, инфильтрированных, эритематозно-сквамозных, лихенизированных и лишенных эластичности волокон. При гистологическом исследовании обнаруживается гранулематозный инфильтрат в дерме и подкожной жировой клетчатке. Отличительным признаком в дифференциальной диагностике с грибовидным микозом являются характерные многоядерные гигантские клетки.

Прогноз относительно благоприятный. Вместе с тем, ряд авторов выделяет и другие варианты грибовидного микоза, не включенные в классификацию WHO-EORTC. К ним относятся: гипопигментный, пустулезный, ихтиозиформный, гиперкератотический, пойкилодермический и др. Такие варианты и подтипы могут рассматриваться как особенности течения классического грибовидного микоза.

ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ

Бохонович Д.В., Лосева О.К., Рябцева А.А., Коврижкина А.А., Важбин Л.Б., Юдакова В.М., Чернышева Н.В.

Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Московский областной научно-исследовательский клинический институт, Институт медико-социальных технологий – Московский государственный университет пищевых производств

Актуальность проблемы. Несмотря на постепенное снижение общей заболеваемости сифилисом в последнее десятилетие, происходят значительные изменения в её структуре, в частности, увеличивается количество поздних форм, значимое место среди которых принадлежит нейросифилису. С 2002 по 2008 год доля больных ранним и поздним нейросифилисом по отношению ко всем формам сифилиса выросла с 0,1 до 0,6% и с 0,1 до 0,3% соответственно. Необходимо заметить, что значительная часть (до 32,4%) этих пациентов получали ранее лечение по поводу различных форм сифилиса. Наряду с увеличением числа случаев специфического поражения головного и спинного мозга, растёт число случаев патологии органа зрения. К сожалению, используемая в настоящее время МКБ-10 не позволяет выделять сифилитическое поражение глаз в отдельный диагноз, в связи с чем происходит недоучёт этой формы патологии. Особого внимания заслуживают ситуации, когда у больных с воспалительными заболеваниями глаз и леченым сифилисом в анамнезе положительные серологические реакции крови воспринимаются офтальмологами, а зачастую и дерматовенерологами, как анамнестические, и, следовательно, неверно устанавливается диагноз и проводится лечение этой категории пациентов. Учитывая вышеприведённые обстоятельства, сведения о количестве больных с сифилитическим поражением органа зрения в РФ отсутствуют.

О распространённости сифилитического поражения глаз в зарубежных источниках приводятся следующие данные: поражение органа зрения имеют до 7,9% больных вторичным сифилисом, а среди пациентов с нейросифилисом поражением структур глаза сопровождается до 51% случаев. Особую актуальность в настоящее время (на фоне эпидемии ВИЧ-инфекции в РФ) приобретает возрастающая частота сифилитического поражения структур глаза при сочетании сифилиса и ВИЧ-инфекции. Офтальмосифилис ассоциирован с ВИЧ-инфекцией в 80% случаев.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт пациентов с диагнозом «сифилис», имевших патологию органа зрения, находившихся на обследовании в МОККВД в 2015-2016 гг. Изучены выписки из стационарных историй

болезни отделения офтальмологии МОНИКИ, где эти пациенты были госпитализированы для обследования, диагностики и лечения по поводу патологии глаз. Проведено заключительное обследование этих больных в январе-феврале 2017 г. в отделении офтальмологии.

Результаты и обсуждение. В течение 2015-2016 гг. в Московском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере находилось на обследовании 12 больных сифилисом с поражением органа зрения (в 2015 г. – 3, в 2016 г. – 9). Из 12 пациентов ранее лечились по поводу сифилиса 6 больных (за 20, 16, 14, 9, 8 и 3 года до появления заболевания глаз). У 6 – сифилис был впервые выявлен при обследовании офтальмологом. Средний возраст составил 46,7 лет (от 28 до 70 лет). Мужчин – 6, женщин 6. При исследовании ликвора нейросифилис подтвержден у 6 пациентов. ВИЧ-статус отрицателен у 11 пациентов, положителен у одного. Ранний нейросифилис и островоспалительные изменения структур глаза были диагностированы у 2 больных, хронические воспалительные изменения сосудистой оболочки глаза у 3, вторичная атрофия зрительных нервов у 3, вторичная атрофия сетчатки у 3 и первичная атрофия зрительных нервов у одной пациентки. Анамнестически и клинически к проявлениям раннего сифилиса отнесены двое пациентов (вторичный сифилис кожи и слизистых и ранний скрытый сифилис), 10 – соответствуют позднему сифилису. При обследовании в МОККВД положительные и резко положительные результаты нетрепонемных тестов выявлены у 9 пациентов, отрицательные – у 3. Все пациенты получили специфическое лечение либо в/венно, либо в/мышечно вводимым водорастворимым пеницилином. Проведение контрольного офтальмологического осмотра выявило положительную динамику с полным или частичным восстановлением зрительных функций у 10 больных, полная утрата зрения (при поздних формах) произошла у 2 пациентов.

Выводы. 1. Больные с воспалительными заболеваниями глаз и положительными серологическими реакциями (ИФА, РПГА) должны быть обследованы для исключения нейросифилиса. 2. При отсутствии данных за нейросифилис нельзя исключить изолированное сифилитическое поражение структур глаза, что также требует проведения лечения в/в вводимыми препаратами пенициллина. 3. Пациенты с сифилисом в анамнезе при возникновении патологии органа зрения должны быть обследованы так же, как и больные с впервые выявленной сифилитической инфекцией. 4. Ранее адекватное лечение, даже проведенное в некоторых случаях по принципу «ex juvantibus», дает хороший клинический эффект.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ КОЖНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВЫВОДЯЩИХСЯ ИЗ ЭПИДЕРМИСА

Булинска А.

School of Medicine, The University of Queensland, Brisbane, Australia

Skin cancers are epidemically growing health problem worldwide [1]. Early diagnosis of malignant melanoma with use of

dermatoscope was of interest of researchers and clinicians during last decades of previous century. However 98% of skin neoplasms derives from epithelium. Skin cancers originating from keratinocytes are basal and squamous cell carcinomas. They present serious challenge for public health [3]. Diagnostic method based on pattern analysis, using logic structure and geometrical well defined terms is useful not only for melanocytic, but as well for keratinocytic tumors. Pattern analysis helps clinician to rely on objective algorithm and avoid situation, when physician would base only on own unconfirmed observations [4, 5].

Рак кожи – эпидемически растущий вызов для здравоохранения во всем мире [1]. Ранняя диагностика меланомы при помощи дерматоскопа стала предметом исследований, особенно в последнюю декаду минувшего столетия [2]. Но 98% злокачественных новообразований кожи выводится из эпителия. Они представляют собой серьезную проблему для общественного здравоохранения [3]. Диагностический метод основан на анализе узора, имеющем логическую структуру и геометрические четко определенные термины, не только для меланоцитарных, но также для кератиноцитарных новообразований. Анализ узора помогает клиницисту ретранслировать на объективный алгоритм и избежать ситуации, когда врач будет опираться только на собственные неподтвержденные наблюдения [4, 5].

ДИАГНОСТИКА ПИГМЕНТНЫХ И НЕПИГМЕНТНЫХ КОЖНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ ПОМОЩИ ДЕРМАТОСКОПИИ

Булинска А.

School of Medicine, The University of Queensland, Brisbane, Australia, Brisbane, Australia

As melanoma rates are rising dramatically, and dermatologist meets with skin cancer more often, there is a need of bringing in easy, teachable and tested methods of skin examination. Such method is dermatoscopy. This simple, non-invasive skin examination became available in practice in the 1990s. Dermatoscopic examination (with hand-held 10 x magnifying skin microscope with a source of light) essentially relies on the analysis and interpretation of structures and colors. Skilled use of dermatoscopy can be seen in surprisingly short training periods. The method presented here for the diagnosis of pigmented [1] and non-pigmented [2] skin lesions by dermatoscopy is derived from pattern analysis and is based on a logical structure, using simple, easily comprehensible, and clearly defined terms [3]. This system will serve as a basis to help acquire a profound knowledge of dermatoscopy and to diagnose malignancies at an early stage including early melanoma. To master dermatoscopy one needs a system like pattern analysis [4] that helps to organize one's observations and catalog them appropriately.

В ситуации, когда меланома становится все более распространенным новообразованием, с которым сталкивается дерматолог, появилась необходимость появления простых и широко доступных методов оценки кожных новообразований. Таким методом является дерматоскопия. Это простое, дешевое, неинвазивное

исследование используется в практике лишь с 90-х годов прошлого века. Исследование при помощи дерматоскопа (ручного кожного микроскопа с источником света) основывается на осмотре новообразований в 10-кратном увеличении и оценке структур и цветов. Этому простому исследовательскому методу может обучиться каждый. Представленный метод диагностики пигментных [1] и непигментных [2] кожных новообразований при помощи дерматоскопии произошел от анализа образца и основан на логической структуре, использующей простые, понятные и четко определенные термины [3]. Эта система послужит фундаментом, позволяющим получить более доскональные знания из области дерматоскопии, а также диагностировать злокачественные новообразования уже на ранних стадиях (в том числе и раннюю форму меланомы). Чтобы освоить искусство дерматоскопии, необходима такая система, как анализ образца [4]. Она позволяет диагностику упорядочить и соответствующим образом каталогизировать свои наблюдения, а также избежать ситуаций, когда он опирался бы исключительно на собственные субъективные наблюдения.

АКТИНОМИКОЗ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Бурова С.А.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии ДЗМ, Городская клиническая больница им. Вересаева В.В., Москва

Актиномикоз (А.) впервые был описан в Германии у крупного рогатого скота в 1877 году (D. Bollinger) на основании обнаружения одних и тех же «лучистых грибов» *Actinomyces bovis* в однотипных гнойных очагах разных животных. И только позже были зарегистрированы актиномикотические поражения кожи и лимфоузлов у человека. Первое упоминание о висцеральном актиномикозе относится к 1883 году. А. широко распространен по всему миру. Публикации 20-40 гг. XX века указывали на преобладание среди больных А. жителей сельской местности, однако затем было доказано, что этот контингент занимает всего 8%. Термин «лучистый грибок» до сих пор вносит путаницу в понимание природы возбудителя, так как актиномицеты по химическому составу, строению ДНК и ультраструктуре клетки, а также по чувствительности к антибиотикам, относятся к прокариотам (бактериям). С эукариотами, т.е. грибами, актиномицеты, тем ни менее, роднит наличие дифференцированного воздушного мицелия с разными типами ветвления, органов плодоношения в виде спор, некоторых грибковых ферментов, а также способность к синтезу физиологически активных веществ. В настоящее время установлено, что возбудителями актиномикоза являются грам-положительные бактерии: микроаэрофильные, аэробные и анаэробные актиномицеты, которые широко распространены в природе: составляют 65% общего числа микроорганизмов почвы, обнаруживаются в воде, на растениях, камнях и даже в песках Сахары. Актиномицеты также контаминируют полость рта, бронхи, желудочно-кишечный тракт и влажные участки человека. А. среди хронических гнойных заболеваний кожи составляет 3-5%. На висцеральные локализации среди всей

совокупности заболевших А. приходится приблизительно 20%, на поражение лица и шеи – 80%. В ИМПитМ им. Е.И.Марциновского и клинике глубоких микозов А. и актиномицеты изучают на протяжении многих десятков лет. На основании, открытого Советскими учеными феномена самолизирования актиномицет, в 1940 году изобретено и внедрено в практику уникальное лекарственное средство-Актинолизат, которое нашло применение при А. и других гнойно-воспалительных заболеваниях кожи, подкожной клетчатки, костей и внутренних органов. Описаны случаи успешного лечения А. челюстей, лимфоузлов, слюнных желез, языка, среднего уха и ушной раковины, миндалин, носа, щитовидной железы, слезоотводящих путей, орбиты глаза, печени, молочной железы, мочевого пузыря, а также многочисленных вариантов глубоких пиодермий, хронического гнойного гидраденита, фурункулеза, угревой болезни и трофических язв. В последние годы имеются достижения в диагностике и лечении актиномикотической и плесневой мицетомы стопы и кисти. Знание истории, обобщение публикаций, изучение клинического и лабораторного материала, последовательное наблюдение и неоднократное обследование больных, поможет своевременно диагностировать актиномикоз различных локализаций, применить эффективные апробированные схемы лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

Бурова С.А., Бородулина К.С.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии ДЗМ, Городская клиническая больница им. Вересаева В.В., Москва

Хронический гнойный гидраденит (ХГГ) – хроническое рецидивирующее воспаление фолликулярного аппарата, потовых и сальных желез кожи (folliculopilosebaceous) разной степени тяжести, которое встречается, как правило, после наступления полового созревания, прогрессирует медленно с образованием болезненных или малоболезненных глубоко локализованных воспалительных узлов, затем сливающихся инфильтратов, абсцедирующих участков, эпителиальных тяжей, соединяющихся свищей, уродующих рубцов. Процесс локализуется в зонах, богатых апокриновыми потовыми железами, таких как: подмышечные, ингинальные и аногенитальные области. ХГГ оказывает глубокое психологическое воздействие на пациента из-за болезненного постоянного гнойного отделяемого из свищей с неприятным запахом, «обезображивания» в очагах поражения, эстетических дефектов, потери работоспособности. ХГГ по классификации МКБ-10 присвоен код L73.2. Существуют несколько классификаций ХГГ, отражающих степень тяжести заболевания. Одна из них – клиническая классификация Харли (Hurley H.J.,1996): I степень тяжести характеризуется образованием одного или нескольких безболезненных или малоболезненных изолированных узлов и/или абсцессов, не склонных к острому прогрессированию и нагноению. Фистулообразование и рубцевание отсутствуют; II степень тяжести – усиление воспалительного процесса

ограниченного одной локализацией, рецидивирующие узлы и абсцессы остаются отграниченными друг от друга, не сливаются, вскрываются, образуют свищевые ходы с гнойно-сукровичным отделяемым, некоторые элементы рубцуются; III степень тяжести – формируется диффузный конгломерат воспалительных инфильтратов, состоящий из сливающихся узлов и абсцессов, усиливается флюктуация и образование множества сообщающиеся между собой свищей, продолжается рубцевание. Ограничения подвижности в суставах из-за боли иногда приводят к контрактурам. Применяется также более сложная система определения индекса тяжести ХГГ – модифицированная оценка Сарториуса, которая предполагает количественный подсчет баллов в зависимости от наличия основных клинических параметров заболевания (Sartorius, 2010). Некоторые авторы пользуются критериями «Общей врачебной оценки тяжести ХГГ» (HS-PGA): минимальная, легкая, средняя, тяжелая и очень тяжелая степени тяжести. Встречаются описания ХГГ по шкале оценки индекса тяжести (HSSI) в баллах (легкая, средняя и тяжелая). При подсчете учитывается количество пораженных областей, болевой синдром, число воспалительных элементов, социализация и др. (Crowley, 2010). В своей практике (на примере 93 больных) мы рассматривали ХГГ по двум основным показателям: локализации воспалительного процесса и степени тяжести. Многолетние клинические наблюдения позволили выделить следующие топографические области при ХГГ: аксиллярная (подмышечная) одно- или двухсторонняя, плечевая, торакальная, межмаммарная, паховая (ингинальная), бедренная, промежностная, генитальная (большие половые губы, мошонка, половой член), надлобковая, ягодичная, межягодичная, поясничная, крестцово-копчиковая, перианальная, ано-ректальная. ХГГ локализовался в одной из перечисленных топографических зон у 18 (19,4%) больных, у остальных процесс захватывал нескольких анатомических областей: аксиллярно-генитальные и другие комбинации локализаций. Давность заболевания варьировала от 1 мес. до 25 лет. От локализации и распространенности процесса зависела тяжесть заболевания. По тяжести гнойно-воспалительного процесса выделяли легкую (7,5%), среднюю (12,9%), тяжелую (67,7%) и очень тяжелую, с признаками хронической гнойной интоксикации (11,8%), степени поражения. Микробный пейзаж зоны воспаления отличался в зависимости от локализации, давности заболевания и тяжести процесса. Систематизация клинического материала, изучение анамнеза и симптомов заболевания, определение степени тяжести ХГГ – помогают определить алгоритм ведения пациентов, выбор адекватного метода медикаментозного лечения и показания для хирургического вмешательства.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА НАРУЖНЫХ И ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ

Бурова С.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Городская клиническая больница им. Вересаева В.В., Москва

Существует ошибочное мнение о редкой встречаемости актиномикоза половой системы женщин. На собственном многолетнем клиническом опыте удалось убедиться, что среди многочисленных хронических гнойных заболеваний генитальной сферы актиномикоз составляет 7,6-8,4%. Изучили генитальный актиномикоз у 129 женщин репродуктивного возраста с поражением матки и придатков (n=36), клетчатки малого таза (n=10), генитально-абдоминальной локализации (n=12), наружных половых органов с распространением на промежность, надлобковую, паховые, параректальные области (n=71). У пациенток выявлены различные предрасполагающие факторы: травматичное введение и длительное использование внутриматочных спиралей (ВМС), аборт и, особенно, криминальные в поздние сроки, разрывы промежности и шейки матки при родах или травмах, внедрение инородных тел во влагалище и матку при травмах и «патологическом» сексе, ношение грубой, травмирующей гениталии, одежды, длительная езда на велосипеде, эрозии шейки матки, перенесенные инфекции, операции, переохлаждение, хронический аппендицит, аднексит, парапроктит и др. заболевания. Для определения топографической локализации очагов гранулематозного воспаления матки и придатков, глубины поражения, плотности тканей, абсцедирования, распространенности и разветвления свищевых ходов, применяли высокоинформативную усовершенствованную методику одновременной уро-, фистуло- и ирригоскопии, а также УЗИ-исследование. Для этиологического подтверждения актиномикоза, совместно с гинекологами и микробиологами, исследовали биоптаты, отделяемое из влагалища, гной из свищей, пунктат из поверхностных и глубоких абсцессов, полученных через задний свод, при пиосальпинксах, пельвеоперитонитах, параметритах. Обнаружение друз актиномицет в гистологических препаратах (окраска гематоксилин-эозином, по Циль-Нильсену, Гомори-Гроккоту, Романовскому-Гимза, Грам-Вейгерту, Мак-Манусу) является достоверным признаком актиномикоза, но это было возможным только в 25-60% случаев, т.к. актиномицеты в тканях и др. биоматериалах способны спонтанно лизироваться, обизвестляться, деформироваться, кальцинироваться и подвергаться другим дегенеративным изменениям. Важным диагностическим тестом являлось культуральное исследование: в окрашенных препаратах по Граму аэробные актиномицеты выглядят в виде ветвистых нитей, анаэробные – в виде коротких в форме «забора» и/или «птички» палочек. Лечение генитального актиномикоза начиналось с удаления внутриматочной спирали (при ее наличии). Для снятия воспаления проводили медикаментозную терапию: антибиотикотерапия, с учетом чувствительности вторичной флоры (пенициллины, тетрациклины, линкозамиды, цефалоспорины) в максимальных суточных дозах по 2-4 недели в периоды обострения процесса, другие противовоспалительные средства (метронидазол, сульфаниламидные препараты), специфическая иммунотерапия актинолизатом (внутримышечно, по 3 мл 2 раза в неделю, 2-3 курса по 25-20-15 инъекций, интервал между курсами 1 мес.). Благодаря актинолизатотерапии в этой схеме удавалось значительно снизить объем антибактериальных средств и избежать нежелательных побочных действий от них.

Применяли хирургическое лечение. В остром периоде проводили паллиативные операции: вскрытие абсцессов, флегмон, дренирование гнойных затеков. Затем после медикаментозной подготовки становилось возможным радикальное иссечение пораженных участков и свищевых ходов в пределах видимо здоровых тканей. При отсутствии доступа для радикальной операции кюретировали свищевые ходы. По показаниям, в зависимости от локализации и глубины поражения, гинекологи проводили экстирпацию пораженной актиномикозом матки, аднексэктомию, субтотальную и тотальную гистерэктомию с трубами и др. Таким образом: актиномикоз гениталий, при наличии факторов риска, не является редким заболеванием у женщин репродуктивного возраста, наиболее частой причиной актиномикоза матки и придатков была ВМС, подтверждение актиномикоза должно проводиться подготовленным квалифицированным микробиологом и патогистологом, адекватное комбинированное лечение с использованием антибиотиков, актинолизата и хирургических методов позволяет достичь высокого эффекта, выздоровления и благоприятного прогноза.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ТЕРАПИЮ АЛОПЕЦИЙ

Бутов Ю.С., Васенова В.Ю.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва

Среди заболеваний волос, сопровождающихся их поредением и выпадением, выделяют алопеции соматического генеза (гнездная, очаговая, универсальная, атопическая, андрогенетическая, себорейная, пресенильная, сенильная и др.).

При гнездной алопеции волосы выпадают на клинически неизменной коже головы без признаков воспаления, атрофии и субъективных ощущений. Гнездная алопеция характеризуется наличием очагов выпадения волос в височных и теменно-затылочных областях, с выраженной зоной расшатанных волос по периферии очага. Отмечается фазовость течения в активный период заболевания. Выделяют прогрессивную фазу, характеризующуюся появлением новых очагов, с увеличением зоны выпадения волос.

В процессе терапии формируется стационарная фаза, при которой новые очаги облысения не возникают, наблюдается укрепление волос в периферической зоне очага. В последующий регрессивный период в очагах появляются тонкие обесцвеченные, пушковые волосы, встречающиеся чаще в центре очагов, которые затем покрывают все облысевшие участки. В волосах начинает накапливаться пигмент – они становятся толще и при потягивании за концы не выпадают. Первые очаги могут появиться в любых участках головы, включая теменную и лобную область, а также в области бровей и ресниц.

При субтотальной алопеции выпадает большинство толстых и пигментированных волос с кожи головы при сохранении лишь отдельных пушковых и коротких в области затылка и висков. На отдельных участках имеются тонкие извитые обесцвеченные волосы или островки волос, которые при

легком потягивании за свободный конец удаляются из очагов поражения.

При универсальной алопеции выпадение волос происходит не только на волосистой коже головы и лица, но также на туловище и конечностях.

Лечение должно быть комплексным с устранением выявленных патогенетических факторов, которое включает: санацию очагов инфекции; коррекцию патологии пищеварительного тракта и гепатобилиарной системы. Уместно применение ферментов и гепатопротекторов; при психосоматических и невротических расстройствах необходимо использовать адаптогены, включая настойку женьшеня, экстракт элеутерококка, пантокрин, а также седативные препараты. С учетом данных гормонального профиля возможно применение антиандрогенов, для мужчин (финастерид), а для женщин – Диане 35, а также микроэлементы (цинк, медь, железо); ангиопротекторы: доксихем, трентал, витамины группы В (мильгама). При тяжелом течении болезни показано применение глюкокортикоидов. Хорошо зарекомендовал набор препаратов для наружного лечения «4 систем», которое включает: Терапевтическое масло-бальзам, в состав которого входят «Climbazole», Пироктона оламин, салициловая и ундециновые кислоты, розмарин, ментол, которые втираются в очаги поражения и обеспечивают противогрибковое, антибактериальное, кератопластическое, липидстабилизирующее, ангиопротективное, противовоспалительное действие и стимулирующий рост волос.

Био-ботанический шампунь

Состав: растительные экстракты, масла чайного дерева и касторового масла, каротин, фитонциды, органические кислоты, флавоноиды, терпены, полисахариды, витамины С, Е, РР, В5, В6 и микроэлементы, пироктона оламин, салициловая кислота.

Полиненасыщенные жирные кислоты (линолевая, олеиновая) защищают липидный барьер кожи. Имеет слабосильный рН-5,0.

Оказывает противовоспалительный и увлажняющий эффект.

КОРРЕКЦИЯ ПРИЗНАКОВ ХРОНО- И ФОТОСТАРЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ, РЕТИНОВЫХ ПИЛИНГОВ И ОТБЕЛИВАЮЩЕГО КРЕМА

Вавилова А.А., Губанова Е.И.

Национальный институт медико-социальных технологий – Московский государственный университет пищевых производств, Клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Москва

Активно идут научные поиски диагностических методов оценки процессов фотостарения кожи и эффективности малоинвазивных процедур, среди которых лидирующие позиции занимают инъекционные методы омоложения препаратами на основе гиалуроновой кислотой (ГК) и применение отбеливающих средств. Биоревитализация и ревитализация кожи препаратами стабилизированной

и нестабилизированной ГК широко применяется в косметологической практике, однако вопросы сравнения различных техник введения (игла, канюля, поверхностные, глубокие папулы) изучены недостаточно. Учитывая, что зона лица подвергается интенсивному внешнему воздействию (метеофакторы, УФ), которое в сочетании с внутренними факторами старения приводит к довольно раннему появлению инволюционных изменений кожи лица, поиск превентивных методов и оптимальных комбинаций их коррекции является актуальной научной задачей дерматологии. Поиск простых диагностических приемов для оценки признаков хроно- и фотостарения и определения эффективности терапии является весьма актуальным направлением дерматокосметологии.

Цель данного исследования заключалась в изучении отбеливающих и омолаживающих свойств препаратов на основе гиалуроновой кислоты и ретиноидов при коррекции инволюционных изменений кожи лица, оценка переносимости различных инъекционных техник препаратов с отбеливающими и омолаживающими свойствами, а также демонстрация ближайших и отдаленных результатов применения инъекционных препаратов на основе гиалуроновой кислоты для коррекции возрастных изменений кожи лица с признаками фотоповреждения, а также изучение влияния комбинированного использования отбеливающих средств и инъекций гиалуроновой кислоты на качественные характеристики кожи лица с инволюционными изменениями. Изучались возрастные изменения кожи лица у женщин от 25 до 70 лет, в количестве 360 человек, которые были разделены на 2 большие группы. 1 группа состояла из женщин, впервые обратившихся за косметологической помощью, в количестве 130 человек, в которой выделена подгруппа с преобладанием признаков фотостарения в количестве 45 человек, которые получали 3 варианта терапии, а именно: ретиноивый пилинг (15 чел.), ретиноивый пилинг и отбеливающий крем (18 чел.) и внутридермальное введение нестаб. ГК (12 чел.). Результаты. По показателям пигментации получены статистически достоверные изменения в динамике в группах, которые применяли монотерапию ретиноевым пилингом и комбинированную терапию с кремом на основе ретинола. Между группами в 1-ом исследовании статистически достоверное различие выявлено на Визите D56 по показателю Пигмент 2 а* - 12,53 и 10,19 соответственно ($p=0,02$, t-test independent). Согласно результатам клинической оценки, после процедуры ретиноевого пилинга наблюдалось статистически значимое снижение гиперпигментации (MASI) у пациенток 2-ой группы, использовавших дополнительно крем Retinol 0,3%. По результатам 2-го исследования на Виз D56 показатели в зоне лба остались неизменны ($p=0,09$, t-test for dependent groups), в зоне правой щеки уменьшились на 23,6% от исходных значений ($p=0,001$, t-test for dependent groups), в зоне левой щеки уменьшились на 22,9% ($p=0,001$, t-test for dependent groups), в зоне подбородка уменьшились на 15,4% ($p=0,01$, t-test for dependent groups), значение MASI уменьшилось на 18,8% от исходного ($p=0,002$, t-test for dependent groups). Представлены ближайшие и отдаленные результаты применения инъекционных препаратов на основе гиалуроновой кислоты для коррекции возрастных

изменений кожи лица с признаками фотоповреждения. Представлены результаты переносимости различных инъекционных техник препаратов с отбеливающими и омолаживающими свойствами. Показано преимущество комбинированного использования ретиноевого пилинга и инъекций гиалуроновой кислоты на качественные характеристики кожи лица с инволюционными изменениями.

Вывод. Проведенное клиничко-функциональное исследование показало преимущество и безопасность сочетанного протокола применения ретиноевого пилинга. Использование в межпроцедурный период крема содержащего 0,3% ретинола позволяет оптимизировать результаты наружного лечения фотостарения кожи лица. Улучшение показателей критериев эффективности лечения фотостарения, в частности, колориметрии, является важным научным обоснованием для внедрения новых технологий коррекции пигментации в косметологическую практику.

АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Васенова В.Ю., Бутов Ю.С., М. Иванова М.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Актинический кератоз – предраковое поражение кожи, характеризующееся эпидермальной атипией кератиноцитов, основной опасностью которого является возможность трансформации в плоскоклеточный рак кожи. Подвержены ему люди с I и II фототипами кожи, кератомы чаще локализуются на участках тела, подвергающихся длительной инсоляции.

Самым эффективным неинвазивным способом лечения АК является фотодинамическая терапия (ФДТ). Для терапии использовался препарат «Аласенс» и импульсная лампа «Биоспек».

Под нашим наблюдением находились 40 пациентов (11 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 50 до 80 лет. У 40% больных выявлена эритематозная форма, у 30% – кератотическая, у 10% – пигментная, у 20% – сочетание вышеперечисленных форм АК.

После одной процедуры ФДТ наблюдалось полное разрешение очагов расположенных на лице и скальпе; при локализации очагов на ушной раковине, в зоне декольте и на кистях для полной ремиссии понадобилось две процедуры.

При исследовании про- и антиоксидантного статуса у пациентов с гипертрофической формой АК было установлено статистически достоверное ($p<0,02$) увеличение вторичных продуктов липидной перекисидации (ПОЛ) на 42% по сравнению с группой здоровых доноров, а также достоверное увеличение активности глутамилпероксидазы (ГП) на 49%. Вероятно, увеличение активности ГП у этих пациентов АК могло быть следствием индукции процессов ПОЛ. При эритематозной форме АК все показатели анти-/прооксидантного статуса до и после ФДТ не отличались от таковых в группе здоровых доноров.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТЕЙ ИЗ 100% ПОЛИМОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ АРМИРУЮЩИХ САМОРАССАСЫВАЮЩИХСЯ RESORBLIFT ПРОИЗВОДСТВА (ФРАНЦИЯ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

Васильева Е.В.

Институт красоты BELLE ALLURE, Москва

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями для коррекции инволюционных изменений кожи в практике косметолога в амбулаторных условиях. Объекты исследования: пациенты центра – 302 в возрасте 33-66 лет (33-43 – 142 чел., 44-55 – 112 чел., 56-66 – 48 чел.), среди них мужчин 38, женщин 264. 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 пациентам с целью лифтинга в области лобно-височной 26, носогубно-скуловой 146, щечно-челюстной области 31, шейно-подчелюстной 18. Одномоментный лифтинг средней и нижней трети лица (4нити) у 80 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 пункционно-биопсийной спинальной иглой 90 мм 20-18G, 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 суток. Гематомы отмечались у 30% локально до 2,0 см в диаметре, у 50% незначительные, которые рассасывались к 3-7 суток. У 20% гематом не было. После процедуры пациентам рекомендовался щадящий мимический, жевательный и артикуляционный режим.

Результаты. Клинический визуальный эффект как очень хороший с позиций косметолога и пациента отмечался у 260 (86,1%), хороший 25 (8,3%). Оптимальный эстетический эффект достигался к концу 2 месяца за счет стимуляции собственного неоколлагеногенеза полимолочной кислотой: повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин. Удовлетворительный результат – у 17 (5,6%). Пациенты остались довольны, состояние кожи улучшилось, но не был достигнут оптимальный эстетический эффект в связи с ограниченными финансовыми возможностями пациентов.

Выводы: результаты демонстрируют превосходный уровень безопасности, клинической эффективности, высокую степень удовлетворенности пациентов и гарантирует оптимальный эстетический результат, расширяя практические возможности косметолога и позволяют избежать возможных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО

Волнухин В.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Цель исследования. Изучение эффективности медикаментозных и физиотерапевтических методов лечения несегментарного и сегментарного витилиго.

Материалы и методы. Проведен анализ собственных наблюдений и данных литературы с оценкой эффективности лечения больных витилиго топическими кортикостероидными препаратами, топическими ингибиторами кальциневрина, узкополосной фототерапией с длиной волны 311 нм, широкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапией (длина волны 280-320 нм), ультрафиолетовым монохроматическим эксимерным светом (длина волны 308 нм).

Результаты и обсуждение. Все изученные методы лечения способны улучшать клинические симптомы витилиго: уменьшать активность течения заболевания и частично или полностью восстанавливать пигментацию кожи в очагах поражения. Наиболее высокой эффективностью и хорошим профилем безопасности обладают узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм и ультрафиолетовый монохроматический эксимерный свет. Топические кортикостероидные препараты и ингибиторы кальциневрина обладают умеренной эффективностью. Топические кортикостероиды при назначении их по интермиттирующей методике в большинстве случаев не вызывают побочные эффекты и хорошо переносятся больными даже при длительном курсе лечения. Топические ингибиторы кальциневрина реже вызывают побочные эффекты, чем кортикостероидные препараты, однако они менее эффективны при лечении очагов поражения, расположенных на туловище и конечностях. Более высокие результаты наблюдаются при длительной терапии больных (в течение 1-2 лет). У некоторых пациентов отмечена разнонаправленная динамика очагов витилиго в процессе проводимого лечения. Выводы. Топические медикаментозные средства и методы фототерапии являются эффективными методами лечения несегментарного и сегментарного витилиго. Они способны уменьшать активность течения заболевания и индуцировать репигментацию кожи в очагах поражения. Узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм и широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия являются методами первой линии терапии распространенных форм заболевания. У больных с небольшой площадью поражения более предпочтительно применение топических медикаментозных средств и ультрафиолетового монохроматического эксимерного света.

АППАРАТНЫЕ, ИНЪЕКЦИОННЫЕ И СПА-ТЕХНОЛОГИИ В ПРОГРАММАХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ФИГУРЫ

Воронцова Л.Д.

Институт ДПО «Институт пластической хирургии и фундаментальной косметологии», Москва

Наиболее часто специалисту эстетической медицины приходится сталкиваться с необходимостью моделирования

в области бюста, живота, ягодиц и спины. Изменения чаще всего носят сочетанный характер – наряду с птозом мягких тканей нередко отмечаются избыточные жировые отложения, растяжки (живот, ягодицы, бюст), напряжение и/или снижение тонуса мышц. Для восстановления формы проблемной зоны необходимы комплексные программы моделирования фигуры, включающие аппаратные, инъекционные и спа-технологии. Началом любой программы является оценка степени выраженности изменений. Для каждой зоны существуют свои критерии. Особенно важно оценить степень птоза мягких тканей, чтобы разграничить, в каких случаях необходимо хирургическое решение, а в каких – эстетическое (аппаратное, инъекционное, спа). Это позволит выбрать правильную тактику ведения пациента. Курс моделирования может длиться от 1 до 3 месяцев, в зависимости от степени выраженности изменений. Большую роль в эффективности курса играет выбор процедур для первого месяца. Правильная оценка исходного состояния кожи позволит выбрать оптимальную технологию. Современный подход к моделированию предусматривает моно-курсы и комбинированные курсы. При построении курса из разных видов процедур необходимо учитывать их сочетаемость, а также целесообразность тех или иных сочетаний. Ведь применяемые в моделировании аппаратные, инъекционные и спа-технологии имеют свои механизмы действия, показания и противопоказания. На протяжении курса требуется динамическое наблюдение. Его цель – оценка эффективности моделирования и коррекция курса при необходимости. Только глубокое знание технологий моделирования и тактики ведения пациента позволит достичь высоких результатов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛАМЕЛЛЯРНОГО ИХТИОЗА

Гаджимурадов М.Н.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Клинический случай ламеллярного ихтиоза Гаджимурадов М.Н. В группу аутосомно-рецессивного врождённого ихтиоза входят следующие состояния: «коллодийный плод», «ихтиоз Арлекина», ламеллярный ихтиоз и врожденная небуллезная ихтиозиформная эритродермия.

Приводим наше наблюдение клинического случая ламеллярного ихтиоза. Ребенок 07.12.2016 г. в возрасте 1 год и 2 месяца (родился 10.09.2015 г.) поступил в ГБУ РД РКВД. Страдает врожденным ихтиозом с рождения. Состоит на учете у дерматолога, генетика, невролога, гематолога. Жалобы на момент поступления на шелушение и сухость кожи. Генетического обследования не проводилось. Поступает для планового обследования и лечения. Ребенок родился от 8 беременностей. Обращает на себя внимание, что из 8 беременностей 3 мертворождения (2 мальчика, 1 девочка), 1 выкидыш на 2-м месяце беременности, 2 м/а. Двое живых детей (девочка 14 лет и данный мальчик). Из анамнеза – роды 5 в 37 недель, кесарево сечение, предлежание петель пуповины, многоводие, околоплодные воды светлые с крошковидной желтой смазкой. На 4 день переведен в ГБУЗ СО СГДКБ № 1, где находился с 14.09.2015 по 12.10.2015 с диагнозом: Осн.

Внутриутробная инфекция генерализованная форма, дисбиоз ЖКТ субкомпенсирован. Двусторонний наружный диффузный отит. Аллергический дерматит век. Перинатальный контакт по цитомегаловирусной инфекции и вирусному гепатиту В. Осн 2. Врожденный ихтиоз, буллезная ихтиозиформная эритродермия Осл. Нарушение всасывания кишечника. Постнатальная гипотрофия 2-3 степени. Анемия легкой степени Соп. Неонатальная постгипоксическая кардиопатия с нарушением диастолической функции и недостаточностью трикуспидального клапана. Пиелозктазия слева. Фон Хр.ву. гипоксия, Асфиксия в родах легкой степени. Состояние было тяжелое; кожные покровы гиперемированы, с мраморностью, подкожный слой уплотнен, наложения остатков коллоидной пленки; на коже щек, бедер участки отслоения эпидермиса неровной формы, плоские. Слизистые оболочки: багрово-цианотичные. Половые органы: мужские, яички убедительно в мошонке не пальпируются. Неврологический статус: движения скованны; реакция на осмотр: чрезмерная, негативная. Крик: болезненный. Неврологический статус оценить сложно ввиду выраженного беспокойства ребенка. Лечение. В/в: гепарин, глюкозо-солевые растворы, амписид (с 10.09.2015 по 18.09.2015), амикацин (с 14.09.2015 по 21.09.2015), преднизолон, мидифлюкан, сульперазон (с 18.09.2015 по 27.09.2015), пентаглобин №3. В/м однократно введен антибиотик – асептический некроз в месте введения. Внутримышечные инъекции в дальнейшем противопоказаны!!! Per os: дифлюкан, бифидумбактерин, суммамед (с 28.09.2015 по 7.10.2015) преднизолон, поливалентный бактериофаг (с 18.09.2015 по 29.09.2015), энтерофурил, креон (с 7.10.2015 по 12.10.2015). Местно на кожу метиленовый синий 1% водный раствор, масляные растворы и кремы. Выписывается – средне-тяжелое состояние кожных покровов, гипотрофия. Семья выбывает на постоянное место жительства в Республику Дагестан. По прибытию необходимо продолжить стационарное лечение по поводу синдрома мальабсорбции и гипотрофии. Сохраняется риск рецидива инфекционного процесса ввиду нарушения барьерных функций кожи и слизистых оболочек. Наблюдение ребенка должно осуществляться педиатром на дому. Рекомендации: Кормить АЛФАРЕ 110-120 мл 8 раз в день, поить кипяченой водой до 120 мл/сут. Ежедневные гигиенические ванны. На кожу наносить топикрем S.O.S (или мази на основе 2% мочевины или молочной кислоты), при нарушении целостности водный раствор метиленовой сини 1%, при признаках воспаления – левамиколь, клотримазол, пимафукорт. Продолжить прием препаратов: креон 10000ЕД (1/4 капсулы) в каждое кормление, линекс по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2 недель, преднизолон 5 мг/сут с постепенной отменой и неотигазон из расчета 0,5-1 мг/кг, т.е. 2,5 мг (1/4 таб. по 10 мг) 1 раз в день длительно.

СЛУЧАЙ ОТСРОЧЕННОГО ИММУННОГО ОТВЕТА НА ВВЕДЕНИЕ ФИЛЛЕРА НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Гладько В.В., Измайлова И.В.

Московский институт усовершенствования врачей, Москва

Филлеры на основе гиалуроновой кислоты широко используются в практике дерматокосметологами и

пластическими хирургами в качестве малоинвазивного способа коррекции возрастных изменений кожи. Препараты на основе гиалуроновой кислоты обладают высоким профилем безопасности, но при определенных обстоятельствах, могут вызывать осложнения и побочные эффекты. Одним из редких видов осложнений в ответ на введение филлеров на основе гиалуроновой кислоты является отсроченный иммунный ответ. В качестве этиологического фактора на сегодняшний момент широко обсуждается возможность участия микробных биопленок в формировании клинической картины гранулематозного воспаления в ответ на интрадермальное введение филлеров. Микробные биопленки впервые описаны в начале 80-х годов XX века как особая планктонная форма жизнедеятельности условно-патогенных микроорганизмов. Отсроченный иммунный ответ относится к 4 типу реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЧЗТ) по классификации Джелла-Кумбса. J. Alijotas-Reig et al (2013) предложена классификация клинических форм отсроченного иммунного ответа в ответ на введение филлеров: транзитный отек, гранулема инородного тела, саркоидоподобный синдром, панникулит. Необходимо отметить, что диагноз «гранулема инородного тела» может быть подтвержден только результатами гистологического исследования. Нами наблюдалась пациентка 38 лет с островоспалительными индуративными инфильтратами, возникшими в ответ на введение филлера на основе гиалуроновой кислоты через 3 месяца сначала на левой, затем на правой щеке с интервалом 2 месяца. Инфильтраты локализовались в месте введения филлеров, сопровождалась болезненностью при пальпации, однако самостоятельно разрешились без лечения в течение 5 недель полностью. Через 2 месяца после первой манифестации в области левой щеки возник новый инфильтрат с выраженным отеком и болезненностью. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, лабиальный герпес с частотой обострения 1 раз в 2-3 месяца. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Температура тела в норме. St. localis: в области носогубной складки слева индуративный, эритематозный инфильтрат, подвижный, не спаянный с ПЖК, болезненный при пальпации, диаметром 2,5-1,5 см. В области правой носогубной складки мягкий инфильтрат цвета здоровой кожи, болезненный при пальпации, диаметр 0,5-0,8 см. Подчелюстные лимфатические узлы несколько увеличены с двух сторон, мягкие, безболезненные при пальпации. Лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ на профиль половых гормонов, ТТГ, Т3, Т4 в норме. Бак. посев с поверхности инфильтрата: нормальная флора кожи. Диагноз: Отсроченный иммунный ответ на введение интрадермальных филлеров на основе гиалуроновой кислоты (анамнестически). Рецидивирующая гранулема инородного тела. Индуративный отек. Лечение: сумамед 500 мг в сутки 10 дней, дексаметазон 8 мг в 1 раз в день однократно, кеналог 10 мг 1 раз в 4 недели внутриочагово №3, ципробай 500 мг 1 раз в день 5 дней, амоксиклав 875 мг 3 раза в день 5 дней, гиалуронидаза 300 ЕД внутриочагово 1 раз в 4 недели №3, колхицин 3 мг в сутки 14 дней.

Выводы. Описанный нами случай представляет интерес в качестве дифференциальной диагностики гранулемы

инородного тела, отсроченного иммунного ответа на введение филлеров от инфекционного инфильтрата и флегмоны мягких тканей, а также позитивного эффекта после применения колхицина для достижения ремиссии в течение заболевания. По нашему мнению, бактериальную природу, в том числе этиологический фактор бактериальных биопленок, в образовании выше описанной и сходных клинических случаях необходимо подтверждать лабораторными методами: бактериальным исследованием экссудата из инфильтратов, микроскопическое исследование тканей гранулемы, в том числе и с помощью электронной микроскопии. К сожалению, прогнозировать отсроченный иммунный ответ на сегодняшний день не представляется возможным в связи с недостаточной изученностью триггерных механизмов данного феномена. В качестве превентивных мер мы рекомендуем тщательное обследование пациентов на предмет аутоиммунных, онкологических заболеваний, санацию очагов хронической инфекции в челюстно-лицевой области.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 12-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА С ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ПИОДЕРМИЕЙ

Гришко Т.Н., Дударева Л.А., Гребенюк В.Н., Пузанкова А.А., Заторская Н.Ф.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В дерматологии наблюдаются случаи сочетанных заболеваний: атопический дерматит – гнездная алопеция, атопический дерматит – ихтиоз, склеродермия – витилиго и др. Нередко имеет место вторичное микробное осложнение ряда дерматозов, преимущественно атопического дерматита. Наблюдавшийся нами клинический случай экссудативного псориаза, ассоциированного с пиодермией, встречается крайне редко.

Пациент Д., 12 лет, родился от третьей беременности, протекавшей с угрозой прерывания, от первых естественных родов, с массой тела 4300 г. По шкале Апгар 7/8 баллов. У ребенка с рождения бронхиальная астма средней тяжести, по поводу которой получает базисную терапию (ингаляционные глюкокортикостероиды); аллергический риноконъюнктивит. Имеется наследственная отягощенность по псориазу: болен дедушка по материнской линии. Избыточная масса тела (68kg).

Первые псориазные высыпания появились в 8-летнем возрасте на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов. Применявшиеся наружные средства были малоэффективными. Спустя два года псориаз начал распространяться. Многократно находился на стационарном лечении. Проводилась, в частности, иммуносупрессивная терапия – метотрексат (7 инъекций по 15мг/подкожно 1 раз в неделю) с полным регрессом высыпаний, но через 6 месяцев наступило выраженное обострение. Назначение Циклоспорина А (200 мг/сутки, 1 месяц) – без клинического улучшения. Применение общепринятой дезинтоксикационной и наружной терапии (топические глюкокортикостероиды, кальципотриол) не принесло

улучшения. В 2016 году установлена инвалидность по псориазу. Наряду с ухудшением псориатического процесса, отмечалось появление пустулезных высыпаний на лице. На фоне лечения продолжали формироваться пиодермические осложнения: пустулы на лице и абсцесс на коже голени. В связи с резким обострением псориаза госпитализирован в январе 2017 г. в детский круглосуточный стационар филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Локальный статус при поступлении: кожный процесс носил островоспалительный, распространенный характер. Представлен папулами и бляшками размерами до 12 см в диаметре. Пораженная кожа была красновато-застойного цвета с выраженным экссудативным компонентом. На поверхности некоторых элементов – плотные бурые корки, другие бляшки покрывали белесоватые чешуйки, по периферии отдельных очагов эритематозный венчик. Высыпания локализовались на коже разгибательной поверхности голени, предплечий, локтевых, коленных суставов. На ладонной поверхности кистей и сгибательной поверхности запястий – диффузная эритема, выраженная инфильтрация с четкими границами, глубокие трещины, отрубевидное шелушение. Кожа туловища и нижних конечностей покрыта множественными милиарными фолликулярными папулами красного цвета с белесоватыми чешуйками на поверхности. Псориатическая триада положительная. На коже щек, лба, носа, подбородка – ярко-красная эритема, пустулы, узлы. В области левой щеки и переносицы на месте вскрытых абсцессов два линейных рубца до 1 см. Субъективно пациента беспокоил умеренный зуд и болевые ощущения в области крупных бляшек. Было проведено обследование: в клинических анализах крови и мочи, биохимическом анализе крови, включая СРБ, АСЛО, ревматоидный фактор – все показатели в пределах референсных значений. Проведена дезинтоксикационная, антибактериальная парентеральная терапия, лечение антигистаминными и гепатотропными препаратами. Наружно – кератолитические, противовоспалительные и противомикробные средства. Тенденция к угасанию островоспалительного процесса в области лица наметилась уже на следующие сутки после начала антибактериальной терапии, за 2 недели комплексного лечения в стационаре достигнуто значительное улучшение кожного процесса. Необычность нашего наблюдения в сочетании тяжелой формы экссудативного псориаза с пустулезно – абсцедирующей пиодермией.

ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Гришко Т.Н., Ларионова Е.В., Гребенюк В.Н., Медведева О.В., Заторская Н.Ф.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Псориаз, оставаясь одним из распространенных дерматозов, встречается примерно у 5% детского населения. В части случаев (10-15%) заболевание носит наследственный характер. Существуют различные теории возникновения псориаза – нейроэндокринная, метаболическая и другие. При этом в патогенезе псориаза непосредственную

роль играют сопутствующие бактериальные и вирусные инфекции. Высказывавшееся ранее мнение, что псориаз является болезнью здоровых людей, ошибочно. У больных псориазом нередко обнаруживаются различные микробные и вирусные заболевания. Их обострения часто провоцируют развитие псориаза, обычно проявляющегося каплевидной формой.

При обследовании больных псориазом детей важно обращать внимание на наблюдающиеся проявления ОРЗ, ОРВИ, тонзиллита и других инфекционных заболеваний. Тонзиллярная инфекция является частой причиной возникновения и развития псориаза. Миндалины, являясь частью иммунной системы, блокируют патогенные микроорганизмы, проникшие в организм. При тонзиллите они теряют способность инактивировать и элиминировать инфекты, обуславливая развитие тяжелого течения псориаза. Под нашим наблюдением находилось 18 больных различными формами псориаза. У 13 из них отмечалось предшествующее дерматозу обострение хронического тонзиллита или аденоидита. Каплевидная форма псориаза имела распространенный характер. Она характеризовалась множественными мелкими сквамозными пятнисто-папулезными элементами, размер их не превышает 1 см в диаметре. Они не имели склонности к слиянию в бляшки. При выраженной остроте воспалительного процесса отмечался экссудативный компонент высыпаний и образование корко-чешуек, при этом зуд сопровождал обострение псориаза чаще, чем при обычной ее форме. Каплевидный псориаз обычно встречается при его зимней разновидности, что обусловлено влиянием холодного времени года на развитие обострений назо-фарингиальных, тонзиллярных и респираторных заболеваний, провоцирующих экзацербацию псориаза. Для достижения быстрого клинического эффекта наблюдаемым больным в состав комплексной патогенетической терапии, наряду с дезинтоксикационными, противовоспалительными, антигистаминными средствами включали антибиотики, в частности цефазолин. Важное значение также имело использование гепатопротекторов, учитывая вовлечение печени как органа-мишени в патогенез псориаза (адеметионин, глицирризиновая кислота+Фосфолипиды). Такое комплексное лечение, проводимое в течение 10-14 дней, оказывало существенное влияние на течение псориатического процесса: способствовало стабилизации клинических проявлений и ускорению разрешения высыпаний, купировало инфекционную патологию. У всех 13 больных после лечения наступило значительное улучшение близкое к состоянию клинической ремиссии. В заключение следует отметить необходимость проводить детальное обследование каждого больного с псориазом на предмет наличия очагов фоновой инфекции, в особенности, хронических и субклинических форм для последующей их коррекции.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОБМЕНА ПОРФИРИНОВ В КОЖЕ У БОЛЬНЫХ АКНЕ

Демина О.М., Картелишев А.В., Карпова Е.И., Данищук О.И.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Лазерная академия наук РФ, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, ООО «Клиника Данищука» Москва

Введение. Порфирины в организме человека являются предшественниками гема, первым этапом биосинтеза которого является образование 5-АЛК из глицина и сукцинил СоА в присутствии АЛА-синтетазы. В дальнейшем из двух молекул АЛА синтезируется порфобилиноген, молекулы которого трансформируются в уропорфириноген III с последующим образованием протопорфирина IX (ПП IX), присоединяющий молекулу железа в присутствии феррохелатазы с образованием гема. По современным данным установлена ведущая роли в патогенезе угревой болезни (УБ) четырех основных механизмов: гиперпродукцию себума гиперплазированными сальными железами; патологический фолликулярный гиперкератоз; колонизация сально-волосяных фолликулах *Propionibacterium asnes* в анаэробных условиях и формирование воспалительной реакции. *P.asnes* в процессе жизнедеятельности, синтезируя копропорфирин III, значительно увеличивают концентрацию порфиринов в областях пораженной кожи.

Цель: изучить прогностическое значение обмена порфиринов в коже у больных акне.

Материалы и методы. Обследованы 38 пациентов, из них 27 (71,1%) женщин и 11 (28,9%) мужчин, с различными формами акне в возрасте 23,5±1,7 лет. Все пациенты предъявляли жалобы на высыпания на коже лица с длительностью заболевания в среднем 5,2±1,2 года. У всех наблюдаемых пациентов было проведено исследование уровня эндогенных порфиринов в коже методом флуоресцентной диагностики (ФД) с помощью лазерной электронно-спектральной установки ЛЭСА-01- «БИОСПЕК» (ЗАО «Биоспек», Россия). Полученные данные о синтезе порфиринов в кожи показали, что уровень эндопорфиринов у больных при всех степенях тяжести был достоверно повышен: при легкой степени тяжести УБ составил 3,74±1,23 отн. ед. ($p < 0,05$), при средней степени тяжести – 4,38±1,69 отн.ед. ($p < 0,05$), при тяжелой – 8,22±1,28 отн.ед. ($p < 0,05$).

Результаты. Проведенный анализ метаболизма порфиринов в коже показал прямую корреляцию уровня эндопорфиринов со степенью тяжести акне и свидетельствует об их активном вовлечении в патогенез УБ. Полученные данные показывают целесообразность динамического анализа обмена порфиринов в коже у больных акне и, учитывая, что порфирины являются эндогенными фотосенсибилизаторами, является обоснованием назначения фототерапии акне.

ТРИ СЛУЧАЯ ПОЗДНЕГО СИФИЛИТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Дергачёва И.А., Залевская О.В., Чернышёва Н.В., Жуковский Р.О.

Ступинская центральная районная клиническая больница, Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Введение. Сифилитическая инфекция является наименее распознаваемым этиологическим фактором дисфункции печени. Но в реальности его роль существенно выше, чем это выявляется на практике. Частота сифилитических гепатитов фактически неизвестна. Это показало недавно проведенное в Японии ретроспективное исследование (2013 г.), в котором были изучены показатели печеночных ферментов у больных ранними формами сифилиса. Было установлено, что у 39% этих больных (44 из 112 обследованных) уровни ферментов были повышены, т.е. имела место дисфункция печени. При этом только в 2,7% случаев (3 из 112) был диагностирован сифилитический гепатит. Как обстоит дело у больных поздними формами сифилиса, практически неизвестно. В нашей обычной практике ни больные ранними, ни поздними формами сифилиса не обследуются с точки зрения состояния функции печени. Биохимический анализ крови не входит в рутинную схему обследования при сифилисе. Можно предполагать, что дисфункция печени и гепатиты, протекающие малосимптомно, остаются вне поля нашего зрения. Тем интереснее появление тяжелых больных сифилитическим гепатитом, которое проливает свет на присутствие в современной практике этого варианта висцерального сифилиса.

Цель данной работы – обратить внимание дерматовенерологов на возможность нарушения функции печени и развития специфического гепатита у больных сифилисом, для выявления которых необходимо использование адекватных методик обследования больных и сотрудничество с соответствующими специалистами – терапевтами, гепатологами, гастроэнтерологами и др. Ниже – краткое описание клинических случаев.

Клинические случаи.

1. Больной К., 1981 г.р., житель МО, находился попеременно в терапевтическом и дерматологическом отделениях ЦРБ в общей сложности с 21.09.2016 г. по 29.11.2016 г. Жалобы: слабость, желтушность кожных покровов, увеличение живота. Болен с августа 2016 г. Об-но: кожа и слизистые субиктеричны, живот увеличен, печень 16*12*10 (+4см), безболезненна. На первой и второй неделях – подъемы температуры до 39°C по 3 дня. В биохимическом анализе крови: билирубин общ. 278,7 ммоль/л, прямой 101,4; АЛТ 47,4; АСТ 139 ммоль/л. Серореакции от 22.09.16: РМП сомнит., т. 1:2; РПГА 3+; ИФА сумм.4+, КП= 14,9. HBsAg и antiHCV отр. Диагноз: сифилис скрытый поздний. Специфический интерстициальный гепатит? Цирроз печени смешанного генеза, умеренной степени активности, класс «С» по Чайлд-Пью, портальная гипертензия, асцит, варикозное расширение вен пищевода II ст., паренхиматозная желтуха, гепатоцеллюлярная недостаточность, хронический панкреатит, хронический холецистит, энцефалопатия II ст., анемия. Получил в стационаре 2 курса специфического лечения: I курс – ампициллин в/м 14 дней, пенициллин в/м по 500 тыс. ЕД 8 раз в сутки 15 дней; II курс пенициллин 15 дней. После лечения состояние улучшилось, асцит и желтуха регрессировали, печень уменьшилась до нормы. 28.11.2016г. билирубин общ. 64,6; прямой 25,1; АЛТ 24,8; АСТ 58,2 ммоль/л. Серореакции: РМП отр.; РПГА 3+.

2. Больной В., 1973 г.р., житель МО, находился на стационарном лечении в дерматологическом отделении ЦРБ с 19.08.2016 г. по 21.09.2016 г. с диагнозом: Сифилис

скрытый поздний. Сифилитический интерстициальный гепатит. Паренхиматозная желтуха. Портальная гипертензия. Асцит. Хронический панкреатит. Гипохромная анемия. Гиперурикемия. Был переведён в дерматологическое отделение из терапевтического после выявления положительных серологических тестов на сифилис. Находился там с 27.07.2016 г. с диагнозом: токсический цирроз печени, портальная гипертензия, класс В по Чайлд-Пью, асцит, анемия. Жалобы на одышку, боли в правом подреберье, отечность кожи живота и ног. При осмотре печень на 6,0 см ниже рёберной дуги. УЗИ ОБП: печень увеличена, правая доля 15,6 см, левая 8,0 см. В анализах: билирубин общий 31,4; прямой 11,2 ммоль/л; АЛТ 9,1; АСТ 31,7. Серология: РМП отр.; ИФА сумм. КП=16,3; РПГА 3+; ВИЧ, HBsAg, antiHCV отр. Получил пенициллин в/м по 500 тыс. ЕД 8 раз/сут. 28 дней. Выписан со значительным улучшением, желтуха и асцит полностью регрессировали. Печень – на 1,5 см ниже реберной дуги. Билирубин общ. 13,6; прямой 8,2 ммоль/л; АЛТ 29,2; АСТ 61,0. По возвращении домой стал употреблять алкоголь, отказался от госпитализации на II курс лечения, снова появился асцит, состояние ухудшилось, и 21. 10. 2016г. больной умер дома. Вскрытие не проводилось.

3. Большая 3., 1984 г.р., жительница МО. В августе 2016 г. появились головокружения, слабость, замедленная речь, желтушность кожи. Госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение. При биохимическом анализе крови: билирубин общ. – 317,0 ммоль/л, прямой 181,0; АЛТ 68,1; АСТ 72,7. Печень увеличена (+4 см), слегка болезненна. ВИЧ, HBsAg, antiHCV отр. от 8.10.2016. Серореакции крови от 26.09.2016: РМП 4+, т. 1:32; РПГА 4+, т. 1: 163840; РИФ 4+/4+; ИФА сумм. КП=13,0; ИФА (IgG) КП= 13,0; ИБ резко положительный. Диагноз: поздний висцеральный сифилис, сифилитический гепатит. Проведено специфическое лечение пенициллином в/м по 400 тыс. ЕД 8 раз/сут. – 2 курсами 28 и 14 дней. При выписке: клиническое улучшение. Закончила лечение в ноябре 2016 г. Обследована 2.02.2017 г. Самочувствие хорошее, желтуха исчезла, прибавила в весе 4 кг. Серологические тесты без динамики. Пунктирована. В ликворе от 7.02.2017г.: РПГА 4+, т. 1:20480, ИФА (IgG) КП=14,6, РИФ 4+. Диагноз: поздний асимптомный нейросифилис. В настоящее время получает лечение в/в инфузионно пенициллином по 10 млн. ЕД 2 раза в сутки (2 курса). Заключение. Во всех приведенных случаях заслугой лечащих врачей является правильная оценка взаимосвязи тяжелой соматической патологии и положительных серологических тестов на сифилис. Успех специфической терапии подтвердил правильность диагностики. Однако безусловным подтверждением является все же гистологическое исследование биоптата печени – метод, который у нас в повседневной практике не применяется. Нужно сказать, что биопсия присутствует как обязательное исследование во всех зарубежных публикациях на эту тему. Как положительный момент можно отметить во всех наших трех случаях тесное сотрудничество дерматовенерологов с терапевтами и гастроэнтерологами. Может быть, это следствие нахождения пациентов в многопрофильном стационаре, где взаимодействие различных специалистов облегчено. И стоит помянуть добрым словом обязательность скрининга на сифилис для всех стационарных больных в Московской области.

Выводы. 1. Во всех случаях гепатитов неясной этиологии, особенно у молодых людей, нужно иметь в виду возможность сифилитической этиологии поражения и проводить тестирование на сифилис и дифференциальную диагностику. 2. Целесообразно предусмотреть в Федеральных рекомендациях по диагностике сифилиса исследование биохимических показателей крови, характеризующих функцию печени. 3. Больных, у которых установлен диагноз сифилитического гепатита, необходимо обследовать и на наличие другой специфической патологии (поражение почек, легких, ЦНС и др.). 4. Следует стремиться к совершенствованию диагностики сифилитических гепатитов введением в практику биопсии с гистологическим исследованием.

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПРАКТИЧЕСКОЙ СИФИЛИДОЛОГИИ

Доля О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В настоящее время отечественная сифилидология столкнулась с рядом проблем: проблема эффективности лечения пациентов с нейросифилисом; сочетание ВИЧ-инфекции и сифилиса нередкое явление в практике дерматовенерологов, инфекционистов, а также неврологов, психиатров, окулистов и др., что диктует необходимость формирования четкого, унифицированного алгоритма лечения этой группы пациентов.

Нами приводятся случаи неэффективности специфического лечения цефтриаксоном пациентов с нейросифилисом. На примере вышеуказанных случаев предлагается алгоритм ведения данной группы пациентов, включающий в себя дополнительную методику лечения максимально высокими дозами цефтриаксона.

Все пациенты с ранним сифилисом и установленным НС в сочетании с ВИЧ-инфекцией нуждаются в проведении специфического лечения в/в введением цефтриаксона двумя курсами с интервалом 14 дней, а также в случаях невозможности подтвердить/опровергнуть наличие НС у данной категории пациентов.

Предлагаемая нами тактика ведения пациентов в сторону увеличения интенсивности специфического и дополнительного видов лечения обусловлена учащающимися случаями неудач лечения, а также отсутствием в практике дерматовенеролога в настоящее время препарата выбора – бензилпенициллина натриевой соли.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Донцова Е.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение: вопросы лечения псориаза продолжают оставаться весьма актуальными, что обусловлено широким распространением заболевания, значительным снижением качества жизни пациентов в связи с хроническим часто рецидивирующим характером заболевания. Тактика лечения псориаза зависит от факторов риска, тяжести, стадии, формы, наличия у пациентов коморбидных состояний, влияющих на течение патологического процесса и возможности терапии. Добиться реализации этих задач можно применяя комплексные подходы к лечению псориаза, которые включают в себя как медикаментозные, так и немедикаментозные методы терапии. Одним из перспективных направлений немедикаментозного лечения псориаза представляется применение низкоинтенсивного лазерного излучения, получившего в последние годы широкое распространение в медицине.

Цель: изучение эффективности внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) в лечении больных псориазом с метаболическим синдромом (МС) с учетом иммунологического статуса.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 108 больных псориазом с метаболическим синдромом, в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст $54,14 \pm 0,94$ года). Среди больных было 53 женщины и 55 мужчин. Наличие МС определяли на основе критериев Всероссийского научного общества кардиологов и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (2009). Контрольную группу составили 50 здоровых лиц. Больные были разделены на две равные группы – сравнения ($n=58$) и основную ($n=50$). Обследованные пациенты обеих групп имели среднетяжелую форму заболевания – PASI $49,69 \pm 0,43$ балла и $49,78 \pm 0,44$ балла соответственно. Больные группы сравнения получали медикаментозную терапию по поводу псориаза (детоксицирующие, гипосенсибилизирующие, наружные средства). Пациенты основной группы, кроме того, получали лазерное облучение крови. Применялась методика внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) с использованием лазерного полупроводникового терапевтического аппарата «Матрикс-ВЛОК» (Россия), излучающая головка КЛ-ВЛОК-405 с мощностью на конце световода 2,5 мВт и длиной волны 0,63 мкм. Были использованы одноразовые световоды КИВЛ-01, выпускаемые в стерильной упаковке. Процедуры проводились 1 раз в сутки, 10 процедур, длительность процедуры – 20 минут. Перед началом лечения и его окончания (12-13-й день) проводили клиническую оценку состояния больных, включающую индекс тяжести псориаза – PASI. Всем пациентам проводилось исследование уровней продукции IL-2, IL-4, INF- γ в лимфоцитах крови методом проточной цитофлуориметрии на анализаторе Cy F (Partec, Германия) с использованием реактивов фирмы Beckman Coulter (Франция). Выполнялся расчет процента CD3+, CD4+, CD8+ - лимфоцитов, в которых был индуцирован синтез IL-2, IL-4, INF- γ .

Результаты: изучение иммунного статуса у больных до лечения выявило выраженное повышение CD3+, CD4+, CD8+ - лимфоцитов, индуцирующих IL-2 соответственно в 2,3 – 2,8 – 2,2 раза, IL-4 – в 5,6 – 6,5 – 3,8 раза, INF- γ – в 4,6 – 4,9 – 4 раза по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц ($p \leq 0,05$ для всех показателей). Традиционная медикаментозная терапия, применяемая у больных, не приводила к значимым

изменениям продукции внутриклеточных цитокинов по сравнению с их исходными значениями ($p \leq 0,05$ для всех показателей). На фоне дополнительного включения ВЛОК зарегистрировано снижение процента CD3+, CD4+, CD8+ – лимфоцитов, индуцирующих продукцию IL-2 соответственно на 28,3% – 23,1% – 22,2%, IL-4 – на 37,6% – 39,3% – 41% и INF- γ – на 33,8% – 31,6% – 39,6% относительно состояния до лечения ($p \leq 0,05$ для всех показателей). Традиционная терапия привела к уменьшению значения PASI на 41,3% – до $29,2 \pm 0,34$ балла. При использовании в комплексном лечении ВЛОК величина PASI снизилась на 65,5% – до $17,03 \pm 0,26$ балла ($p < 0,05$).

Выводы: дополнительное использование ВЛОК в комплексной терапии больных псориазом с сопутствующим МС эффективно корригирует внутриклеточный цитокиновый профиль крови и способствует более выраженной положительной динамике клинических симптомов заболевания за счет снижения активности системной воспалительной реакции. Полученные результаты позволяют считать ВЛОК перспективным направлением терапии псориаза с сопутствующей метаболической коморбидностью.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Дубина Л.Х., Свечникова Е.В.

Поликлиника №1 Управления делами Президента РФ, Москва

Цель: проанализировать распределение инфекций, передаваемых половым путем, у пациентов поликлинического отделения ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ.

Методы и материалы. Проведен ретроспективный анализ структуры обращений в дерматовенерологическое отделение заболеваний, передаваемых половым путем, ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ г. Москвы за период за 2015, 2016 гг. Всего 100 обращений за 2015 г., 70 обращений за 2016 г.

Результаты: из общего количества обращений за рассматриваемый период 2015 г. 100% обращений пациентов с установленными ИППП, подтвержденными результатами клинико-лабораторного обследования. Большую часть составили обращения пациентов с аногенитальными (венерическими) бородавками – 44% (44), 32% (32) – хламидийной инфекцией, 22% (22) – генитальным герпесом, 2% (2) – урогенитальным трихомонозом, 0% (0) пациентов больных сифилисом 0% (0) – гонококковой инфекцией. Доля посещений женщинами больными ИППП за рассматриваемый период составила 48% (48) от всех посещений больными ИППП. Среди них 43,8% (21) больных аногенитальными (венерическими) бородавками, хламидийной инфекцией – 33,3% (16), генитальным герпесом – 20,8% (10) и урогенитальным трихомонозом – 2,1% (1). Количество посещений мужчин больных ИППП за 2015 г. составило 52% (52) от всех посещений больными ИППП. Среди них большую часть составили больные аногенитальными (венерическими) бородавками – 44,2% (23), хламидийной инфекцией – 30,8% (16), генитальным герпесом 23,1% (12),

урогенитальным трихомониазом – 1,9% (1) обращений. За период 2016 г всего 70 пациентов с установленными ИППП, подтвержденными результатами клинико-лабораторного обследования. Большую часть так же составили обращения пациентов с аногенитальными (венерическими) бородавками – 42,8% (30), 25,7% (18) – хламидийной инфекцией, 25,7% (18) – генитальным герпесом, 1,4% (1) – уrogenитальным трихомониазом, 4,3% (3) пациентов больных сифилисом 0% (0) – гонококковой инфекцией. Доля посещений женщинами больными ИППП за рассматриваемый период составила 61% (43) от всех посещений больными ИППП. Среди них 39,5% (17) больных аногенитальными (венерическими) бородавками, хламидийной инфекцией – 27,9% (12), генитальным герпесом – 27,9% (12) и уrogenитальным трихомониазом – 2,3% (1), сифилисом – 2,3% (1). Количество посещений мужчин больных ИППП за 2016 г. составило 39% (27) от всех посещений больными ИППП. Среди них большую часть составили больные аногенитальными (венерическими) бородавками – 42,8% (13), хламидийной инфекцией – 22,2% (6), генитальным герпесом 22,2% (6), сифилисом – 7,4% (2), уrogenитальным трихомониазом – 0% (0).

Выводы: таким образом, по результатам анализа работы дерматовенерологического отделения заболеваний, передаваемых половым путем, ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ г. Москва, установлено, что среди лиц, обратившихся в отделение, независимо от пола, преобладающее большинство обращений больных аногенитальными (венерическими) бородавками, затем по частоте обращений следуют больные хламидийной инфекцией, генитальным герпесом и малое количество уrogenитальным трихомониазом единичные случаи сифилитической инфекции. Количество женщин, больных аногенитальными бородавками 43,8% (2015 г.), 39,5% (2016 г.), существенно превышает суммарное количество больных другими ИППП, что требует своевременных лечебно-диагностических мероприятий в связи с риском развития рака шейки матки и других онкологических заболеваний половых органов у носителей вируса папилломы человека.

СЕПТАЛЬНЫЙ ПАННИКУЛИТ: ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ

Егорова О.Н., Белов Б.С., Алекберова З.С., Северинова М.В., Сажина Е.Г., Савушкина Н.М.

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

Проблемы в диагностике септального панникулита (СПн) связаны с многообразием клинических и патоморфологических форм, и отсутствием специфических маркеров заболевания. Цель: определить этиологическую структуру СПн у пациентов, направленных в ревматологический центр.

Методы. Обследовано 536 пациентов (м – 79,ж – 488) в возрасте от 16 до 75 лет, обратившихся в ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой с направлятельными диагнозами «узловатая эритема» (УЭ) или «панникулит» в 2008-2016 гг. Все больные обследованы по единому алгоритму: детальный опрос, тщательное физикальное обследование, лабораторные (включая определение уровней амилазы, липазы, α -1-антитрипсина, креатинфосфокиназы, С-РБ, анти-ДНК,

антител к вирусам гепатитов В/С, йерсиниям, АСЛ-О и т.д.), инструментальные (КТ органов грудной клетки, УЗДГ сосудов нижних конечностей, УЗИ подкожных узлов) исследования и внутрикожный туберкулиновый тест.

Результаты: по данным проведенного обследования, в 396 (74%) случаях верифицирован СПн, преимущественно представленный УЭ. В 168 (42%) случаях УЭ ассоциировалась с Streptococcus spp, иерсиниозом (5), гепатитом В (4), гепатитом С(1) и туберкулезом (2). У 157 (40%) больных верифицирован синдромом Лефгрена. У 22 (5,5%) пациентов с УЭ диагностировано ревматологическое заболевание: 11 – болезнь Бехчета, 6 – системная красная волчанка, 3 – реактивный артрит и у 2 – ревматоидный артрит. У 4 (1%) больных УЭ была обусловлена онкопатологией. В 5 (1,2%) случаях выявлен кожный узелковый полиартериит. УЭ зафиксирована у 28 (7%) женщин в период гестации, преимущественно в I (триместре) (78,5%). В зависимости от основного заболевания УЭ различалась по локализации, распространенности, размеру и ВАШ боли при пальпации уплотнения.

Заключение: применение единого диагностического алгоритма при СПн способствует своевременному распознаванию причины болезни и следовательно назначению адекватной этиопатогенетической терапии.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ ИЛИ ЛИПОМАТОЗНЫЙ НЕВУС: ЗА И ПРОТИВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕТСКОГО ДЕРМАТОЛОГА

Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Миченко А.В., Негашева Е.С., Симановская Е.Ю., Бобров М.А., Симановский С.Е.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В практике дерматолога часто встречаются клинические случаи, когда сложно дифференцировать и установить точный диагноз. К таким ситуациям можно отнести дифференциальную диагностику между липоматозным невусом и сегментарной формой нейрофиброматоза, пятым типом НФ-5.

Липоматозный невус характеризуется множественными бесцветными или желтыми мягкими папулами и узлами в нижней части туловища, ягодиц и бедер. Присутствует с рождения. Описаны также солитарные неврожденные формы. При гистологическом исследовании липоматозного невуса в дерме (в том числе и в верхних ее отделах) определяются дольки зрелой жировой ткани, расположенные преимущественно вокруг сосудов. Количество сосудов может быть так же увеличено. Схожие морфологические изменения могут наблюдаться при липоме кожи, фокальной дермальной гипоплазии, в мягкой фиброме с преобладанием жировой ткани в стромальном компоненте (липофиброме). Нейрофиброматоз пятого типа – НФ-5 представляет собой сегментарную форму нейрофиброматоза с локализацией специфического поражения в одной области тела или в одном органе. Относится к факоматозам, группе наследственных заболеваний, относящихся к эктодермомезодермальным дисплазиям, с характерными патологическими изменениями

на коже, в нервной системе, часто в сочетании с аномалиями в других органах и системах. Факоматозы имеют прогрессирующее течение, что отличает их от пороков развития. Обязательными симптомами этой группы заболеваний являются наличие пигментных пятен на коже или сетчатке глаза.

Нами наблюдался пациент Т., 2004 г.р. Впервые мама отметила появление у ребенка в возрасте 6 месяцев новообразования в области левой ягодичной области. Наблюдался у дерматолога, хирурга по месту жительства с диагнозом «Папиллома левой ягодичной области». Было рекомендовано проведение криодеструкции, после которой мама отметила усиление роста образования и появление аналогичных элементов вокруг. По истечении 2 лет появились кровянистые выделения из ануса, при обследовании был выявлен полип прямой кишки, проведено оперативное вмешательство с гистологическим исследованием. По заключению – диагноз: «Папилломатоз». Далее неоднократно проводили повторную криодеструкцию новообразования в области левой ягодичной области, что приводило к формированию новых элементов на коже, пустул и свищей с последующим оперативным вмешательством. На протяжении нескольких лет ребенок получал консультации в различных клиниках Москвы. Среди них Морозовская ДГКБ (диагноз: «Папилломы кожи»), Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова (диагноз: «Ксантоматоз»), НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (диагноз: «Ксантоматоз»), ГКБ №13 им. Н.Ф.Филатова (диагноз: «Папилломатоз»). За последние два года ребенок прошел следующие обследования: в 2015 г. УЗИ мягких тканей: «Диффузно неоднородная гиперплазия подкожно-жировой клетчатки. Объемные образования». Гистологическое исследование: диагноз: «Липома кожи». В 2016 г. – МРТ мягких тканей: «Гиперплазия подкожно-жировой клетчатки, картина постхирургических изменений. Объемное образование доброкачественного характера». Окончательный диагноз не был установлен.

В сентябре 2016 г. больной Т. в сопровождении мамы обратился в филиал «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Жалобы: на высыпания в области левой ягодицы без субъективных ощущений. Соматически без патологии. Аллергоanamнез – без особенностей. Наследственность отягощена по аллергокомпоненту по материнской линии (аллергический ринит), по линии обоих родителей – сахарный диабет, АГ, онкология ЖКТ. При осмотре: кожный патологический процесс носит хронический, асимметричный, ограниченный характер. Локализован в области левой ягодицы. Представлен патологическим очагом, размером до 10 кв.см, в виде сгруппированных объемных образований по 1-2 см каждое, цвета окружающей кожи, плотной консистенции. На туловище в области пояса единичное продолговатое «кофейное» пятно. Врачами КДЦ филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» был проведен дифференциально-диагностический поиск между липоматозным невусом и нейрофиброматозом. Ребенок был представлен на профессорский консилиум с главным специалистом дерматовенерологии и косметологии ДЗМ Н.Н. Потекаевым.

Заключение: унилатеральный сегментарный нейрофиброматоз 5 типа? Липоматозный невус? Рекомендовано: консультация офтальмолога, консультация

генетика с дополнительным генетическим обследованием для исключения нейрофиброматоза, пересмотр гистологического препарата.

По результатам обследования: ОАК, ОАМ, БАК (общий белок, глюкозу, АСТ, АЛТ, щелочную фосфатазу, холестерин, общий билирубин) – без отклонений. Консультация офтальмолога: «Ангиопатия сетчатки». Консультация генетика: «Липома. Липоматозный невус». Гистологическое исследование (пересмотр готовых гистологических препаратов) в патоморфологической лаборатории ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» – заключение: «Поверхностный липоматозный невус».

На основании клинических проявлений, характерной локализации высыпаний, соответствующей картины гистологического исследования, нами был выставлен диагноз «Липоматозный невус», рекомендовано: динамическое наблюдение.

Схожесть клинических проявлений (липоматозный невус и сегментарная форма нейрофиброматоза, 5 тип) и морфологическое сходство с липомой, липофибромой и фокальной кожной гипоплазией усложняет верификацию диагноза. Корректный диагноз возможен только при сопоставлении клинических данных с морфологической картиной.

ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, У ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ

Заторская Н.Ф., Медведева О.В., Гришко Т.Н., Ларионова Е.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В педиатрической дерматологии одной из самой распространенной группой заболеваний у детей остаются заболевания и состояния, обусловленные сенсibilизацией различными аллергическими факторами. Значительное место среди них занимают atopический дерматит и микробная экзема. Особую группу среди аллергических болезней у детей занимают токсикодермии (по МКБ – 10 L27.9 «Дерматит, обусловленный различными веществами, принятыми внутрь»).

Постановка данного диагноза порой на практике вызывает определенные трудности у практикующих дерматологов, приводящие к неадекватному лечению.

У наблюдаемой нами пациентки Ц., 4 лет, до поступления в детское дерматовенерологическое отделение (круглосуточный стационар) филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» рассматривались и ставились разные диагнозы: atopический дерматит, распространенная экзема, микробная экзема, детская почесуха.

Больная поступила в стационар с островоспалительным распространенным кожным процессом, захватывающим верхние и нижние конечности. Высыпания были представлены множественными эритематозно-отечными бляшками, розовато-красной окраски, покрытые корочечушками. Очаги были склонны к слиянию и образованию более крупных поражений с четкими очертаниями. Имелись эксфолиации с наложением серозных желтых корок. Вокруг

отдельных очагов располагалась периферическая кайма коричневатой пигментации шириной около 1 см, беспокоил сильный зуд в местах поражения. Общее состояние больной средней тяжести. Патологических отклонений по органам не было выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. При лабораторном обследовании крови и мочи показатели в пределах нормы. Масса тела 22 кг. С рождения у пациентки отмечалась пищевая аллергия. В стационаре заболевание расценили как токсико-аллергический дерматит, осложненный вторичной инфекцией.

На фоне комплексного лечения, включающего антибиотикотерапию (цефазолин по 400 мг дважды в сутки – 7 дней), системные кортикостероиды (преднизолон в/м 25 мг утром и 15 мг днем), антигистаминные препараты (хлоропирамин), десенсибилизирующую терапию (глюконат кальция), наружное лечение (нафталановая паста), уже на 3-й день лечения отмечена выраженная положительная динамика.

Тяжелое течение токсикодермии редко встречается в первые годы жизни. Представленное нами клиническое наблюдение тяжелого течения токсико-аллергического дерматита, осложненного пиодермией, представляет собой определенный клинический интерес. В результате проведенного адекватного лечения в течение двух недель наступило полное разрешение патологического процесса.

ТРИХОФИТИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНАЯ ФОРМА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Заторская Н.Ф., Медведева О.В., Гребенюк В.Н.,
Валитова И.В., Пилявская С.О., Гришко Т.Н.,
Симановская Е.Ю.*

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Трихофития – кожное инфекционное заболевание, вызываемое грибами *Trichophyton*, при котором в патологический процесс вовлекаются кожа, волосы, а иногда и ногти. К группе трихофитий относят три формы заболевания: поверхностную и хроническую форму – возбудители *Trichophyton violaceum* и *Trichophyton tonsurans*, инфильтративно-нагноительную или зоофильную трихофитию – возбудители *Trichophyton mentagrophytes var. granulorum*, *Trichophyton verrucosum*. Выделяют путь передачи: антропофильный – при контакте с больным человеком, а также его вещами (головные уборы, расчески, ножницы, постельные принадлежности и т.д.) и зоофильная при контакте с грызунами, мышами, крысами, крупным рогатым скотом, как правило, при контакте с сеном, пылью, загрязненных пораженной грибом шерстью и т.д.

В филиале «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» наблюдалась девочка М., 5 лет. Из анамнеза: в сентябре купили ребенку кролика в зоомагазине, который по внешнему виду был здоров. Вскоре у кролика заметили на лапе красноватое пятно, затем в очаге выпала шерсть. Параллельно, в октябре 2016 г., у ребенка появилось шелушение волосистой части головы, с чем и обратились к дерматологу в частную клинику. На момент осмотра на коже волосистой части головы имелась

мелко-пластинчатое шелушение без признаков воспаления. В лучах лампы Вуда патологическое свечение отсутствовало. Был установлен диагноз: «Себорея волосистой части головы». Назначено лечение шампунем Кетоконазол (Низорал), Перитион цинка (Фридерм). Через неделю пришли на прием повторно с жалобами на прогрессирование шелушения в области в/ч головы и появление в очаге мокнутия, зуда. Связали с погрешностями в питании у ребенка (ела сладости). Кожный процесс, несмотря на проводимое лечение, – прогрессировал: увеличилось шелушение на коже волосистой части головы, мокнутие, появились желтые корочки, ребенок постоянно расчесывал очаги. Волосы в очаге отсутствовали. В частной клинике ребенок был повторно осмотрен под лучами лампы Вуда – свечение отсутствовало. С очага в волосистой части головы взяты соскоб и посев для исключения грибковой инфекции. Установлен предварительный диагноз: «Себорейный дерматит с вторичным инфицированием. Трихофития? Микоз волосистой части головы?» Назначено лечение в виде крема Бетаметазон+ Клотримазол+ Гентамицин (Тридерм) утром и Изоконазол (Травоген) вечером, после обработки спреем Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний (Мирамистин), Цетиризин (Зиртек) в каплях, было рекомендовано исключить контакт с животными и с детьми в детском коллективе. Бытовые контакты по дому – здоровы. Дано направление в ветеринарную клинику для обследования кролика. В конце октября 2016 г. при повторном осмотре врачом дерматологом частной клиники было отмечено, что на фоне проводимой терапии шелушение начало регрессировать, мокнутие уменьшилось. В лучах лампы Вуда патологическое свечение отсутствовало. Рекомендовано было продолжить лечение. Однако через несколько дней на волосистой части головы появилась инфильтративная эритема и отдельные эритематозные бляшки инфильтративного характера с мелко-пластинчатым шелушением, также появились пятна в виде колец неправильной формы на правой кисти и в левой заушной области. Высыпания на коже в/ч головы болезненны при пальпации. Заушные лимфоузлы увеличены слева и заметны невооруженным глазом. 08.11.2016 г. у ребенка поднимается высокая температура тела, был вызван педиатр на дом, который назначил жаропонижающую, противовоспалительную терапию. 09.11.2016 ребенку становится хуже: температура не сбивается, слабость. Вызвана бригада скорой помощи, которая госпитализировала ребенка в ДГКБ №7 им. З.А. Башляевой с диагнозом: «Внезапная экзантема (ОРВИ), сопутствующий диагноз: Инфильтративно-нагноительная форма трихофитии?». Девочка получала в больнице симптоматическое лечение (цефотаксим 1 гр x 2 раза в день в/м (7 сут.), наружно крем клотримазол, крем изоканазол (травоген) (7 сут.). После купирования симптомов ОРВИ девочка была переведена из ДГКБ им. Башляевой с диагнозом «Дерматофития» в филиал «Коломенский», где находилась на стационарном лечении в дерматовенерологическом отделении (детское) (круглосуточный стационар) с 17.11. по 06.12.2016 г. с диагнозом: «В 35.0 Микоз головы: (трихофития), инфильтративно-нагноительная форма».

Клиническая картина при поступлении: патологический кожный процесс носил островоспалительный характер. Локализовался на коже волосистой части головы. Был представлен основным округлым инфильтратом синюшно-красного цвета, размером до 10 см в диаметре, с четкими

контурами. Поверхность изъязвлена. Вокруг очага – валик, состоящий из бляшек, мелких пузырьков, ссохшихся корок. По периферии очага – множественные более мелкие округлые инфильтраты до 2 см в диаметре. При надавливании из расширенных волосяных фолликулов выделяются капельки гноя. При пальпации отмечается болезненность. Волосы на голове отсутствовали. Свечение в лучах лампы Вуда – нет. Получала лечение: инъекции препарата: в/м цефазолин 400 мг х 2 раза в день №11; таблетированные препараты: итраконазол (орунгамин) 100 мг х 1 раз в день, хлоропирамин (супрастин) 25 мг по 1/2т х 3 раза в день – 10 дней. Наружно: ихтиол, хлоргексидин, 2% раствор йода, изоконазол (травоген), с продолжением этапного лечения в условиях дневного стационара и КДЦ, а также дальнейшим динамическим наблюдением, контролем излеченности на амбулаторном этапе.

На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика процесса: активный рост волос, очаги микоза на голове регрессировали, новых высыпаний нет, зуд не беспокоит. На месте разрешившихся очагов – вторичная гиперпигментация кожи, местами с легким шелушением поверхности. В лучах лампы Вуда свечение не выявлено. В контрольных анализах (4-кратный анализ): соскоб с волосистой части головы и микроскопическое исследование волос на грибковую инфекцию – отрицательный.

Представленное нами клиническое наблюдение представляет собой определенный клинический интерес: не стоит забывать, что и в большом мегаполисе может встретиться заболевание, которое чаще всего, характерно для сельской местности. При зоонозной трихофитии особое внимание следует уделять домашним животным (коровы, телята), грызунам, поскольку именно они часто служат источником инфекции. Профилактика трихофитии, так же как микроспории, заключается в своевременном выявлении, изоляции и лечении больных с этим заболеванием. Необходимы периодические медосмотры в детских учреждениях. Обязательно обследуются родственники и лица, контактировавшие с больным.

КЛИНИКО-ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСКОРИИРОВАННЫМИ АКНЕ

Ильчевская Е.А., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Экскориированные акне – особая форма заболевания, при которой в отличие от патомимии реально присутствуют элементы акне: комедоны, папулы, пустулы.

Цель: изучение психопатологических, клинических особенностей у пациентов с экскориированными акне.

Материалы и методы. Набор пациентов осуществлялся методом случайной последовательной выборки среди больных акне в возрасте старше 12 лет, которые экскориировали элементы. Набрана группа пациентов из 19 человек: обратились на прием к дерматологу 5 человек; на прием к косметологу – 10; посредством социальных связей – 4. Средний возраст пациентов 24,6±5,9 лет.

Средний возраст начала заболевания акне 14,6 лет. Средняя продолжительность болезни 10±5,5 лет. Степень тяжести акне у 73,7% пациентов – легкая, у 26,3% – средняя. Пациентам проводили клинический осмотр с подсчетом количества элементов акне; количества экскораций на лице; анкетирование; психологическое тестирование наиболее вероятных психопатологических феноменов (депрессия, тревога) с использованием интегративного теста тревожности и шкалы депрессии Бека. Пациенты были распределены на 3 группы по количеству экскораций на лице: 0-3 элементов – 7 человек (36,8%), 4-9 элементов – 8 (42,1%), и более 10 элементов – 4 (21,1%).

Результаты. По субъективной оценке для 95% пациентов было характерно аутодеструктивное поведение в виде частых или очень частых экскораций. Ситуационная тревожность у 95% опрошенных находилась в пределах нормы; личностная тревожность у мужчин – в пределах нормы, у 64,2% женщин была выше нормальных значений. Среди женщин 1 группы среднее значение тревожности составило 6,5 стенов; 2 группы – 6,6 стенов; 3 группы – 7,7 стенов. Депрессивные проявления: у 1 мужчины была выявлена субдепрессия, у остальных – норма; у 8 женщин – норма; у 4 женщин – субдепрессия; у 2 женщин – невротическая депрессия легкой степени. Эти две женщины отмечали, что экскорируют акне постоянно. Выводы. Повышенный уровень тревоги выявлен у 9 (43%) пациентов с экскориированными акне, депрессия в легкой степени – у 2 (10,5%). Все пациенты с выявленными психопатологическими особенностями были женщины.

ПОДОШВЕННЫЕ БОРОДАВКИ В СТРУКТУРЕ ПОДОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Исаева Д.Р., Халдин А.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Трендом современной медицины является персонализированный подход к каждому пациенту. Так и в дерматологической практике немаловажно применять индивидуальный подход к лечению. Подошвенные бородавки (ПБ) как монозаболевание, так и в комплексе с коморбидными патологиями, могут существенно испортить качество жизни. Ввиду этого ведение дерматозов с поражением кожи стоп целесообразно проводить совместно с врачами – подологами. Актуальность: Папилломавирусная инфекция (ПВИ) кожи распространена повсеместно. Распространенность бородавок в общей популяции составляет 7-12%. В центре нашего внимания оказался вопрос сочетания ПВИ кожи и соматических патологий, оказывающих влияние на функциональное состояние кожи стопы. Как с практических, так и с научных позиций представляет интерес изучение влияния коморбидных состояний на тактику лечения и прогноз больных с ПБ.

Цель: проанализировать распространенность и дать клиническую оценку заболеваниям, составляющих коморбидности у больных с ПБ.

Материалы и методы. В анализ включены 127 больных, старше 18 лет, с диагнозом подошвенные бородавки, обратившихся в Центр Вирусной патологии кожи»

МНПЦДК ДЗМ. Всем пациентам проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, гендерное распределение 68 мужчин и 59 женщин. Медиана возраста больных – 34,76 лет. Была проведена оценка общего состояния здоровья с выявлением коморбидных заболеваний, влияющих на состояние кожи и реактивность иммунной системы. Среди коморбидных патологий преобладали нарушения крово- и лимфообращения нижних конечностей (хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, лимфостаз). Также распространены деформации стоп и суставов стопы. При заболеваниях суставов, связанных с их деформацией (ревматоидный артрит, подагра), а также при вальгусной деформации большого пальца стопы возможно развитие воспаления в месте деформации сустава, что связано с неправильным перераспределением нагрузок и созданием нефизиологических точек давления и нагрузки. При поражениях суставов повышение риска заражения ВПЧ связано не только с нарушением состояния кожи, но и с воспалением, которое возникает вследствие нарушения распределения нагрузки и давления на стопу. Возможно также сочетание ВПЧ с другими инфекционными поражениями кожи. Прежде всего, это микоз и онихомикоз стоп. Нарушение целостности кожных покровов при микозе стоп повышает риск заражения ВПЧ, и появлению подошвенных бородавок, тем более что пути передачи грибковых инфекций и ВПЧ весьма сходны. Обращают на себя внимание случаи сочетания подошвенных бородавок с аутоиммунной патологией. У ряда пациентов пожилого возраста отмечаются такие системные заболевания, как сахарный диабет и аутоиммунный тиреодит. На основании клинических наблюдений сделано заключение, что лечение подошвенных бородавок у пациентов с диабетом требует большего времени, чем у здоровых лиц, а также у пациентов с диабетом подошвенные бородавки часто осложняются развитием язв и присоединением вторичной инфекции. У некоторых пациентов встречались сочетания нескольких патологий из указанных выше групп заболеваний. Добавим, что в клинической практике практикующий врач может столкнуться с такими редкими заболеваниями, как кератодермия, порокератоз, карциноидный папилломатоз Готтрона. В большинстве случаев эти заболевания по своим клиничко-морфологическим характеристикам обычно легко дифференцируются с подошвенными бородавками. Однако трудности в дифференциальной диагностике могут все же возникнуть.

Выводы: Пациенты с многочисленными и/или рецидивирующими подошвенными бородавками должны быть обследованы для выявления и лечения коморбидных соматических патологий, которые могут влиять на эффективность терапии. Наличие сопутствующей патологии у пациентов, страдающих ПБ, ассоциируется с меньшей клинической эффективностью стандартных деструктивных методов лечения и требует персонализированного подхода к лечению, особенно в случаях, если это пациенты пожилого возраста.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ КОЖНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Каверина Е.В., Фомина А.В.

Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. В последние годы в Российской Федерации в связи с изменением образа жизни, экономической ситуации претерпевают изменения и медико-социальные факторы, влияющие на возникновение и течение хронических кожных заболеваний, что требует их изучения в современных условиях.

Цель исследования: дать медико-социальную характеристику пациентов с хроническими кожными заболеваниями на примере псориаза, экземы и атопического дерматита.

Материалы и методы. С целью изучения медико-социальной характеристики пациентов с хроническими кожными заболеваниями были проанализированы ответы 413 пациентов с псориазом, экземой и атопическим дерматитом. Единицей наблюдения определен больной хроническим кожным заболеванием (псориазом, экземой, атопическим дерматитом) старше 18 лет, выявленный на территории Тульской области и городе Москве и наблюдающийся в поликлиниках, диспансерах и медицинских центрах г. Тулы и Москвы в период с 2013 по 2016 г.

Результаты. Была получена медико-социальная характеристика больных хроническими кожными заболеваниями. Среди респондентов преобладали женщины (68,8%); по возрастному составу – до 40 лет (45,7%); занятые в рабочих профессиях (18,2%) и сфере обслуживания (23,0%); не имеющие высшего образования (57,4%); проживающие в городе (97,6%) в удовлетворительных и плохих жилищных условиях (64,6%); с доходом до 15 тыс. рублей на 1 члена семьи (53,9%), отмечающие свое материальное состояние как плохое и удовлетворительное (64,4%); имеющие специфические психологические/физические нагрузки (83,8%). Длительность заболевания больных хроническими дерматозами составила более 10 лет (86,0%), дебют заболевания преимущественно произошел в детском (43,1%) или подростковом (20,1%) возрасте. Также выявлены закономерности развития сопутствующих патологий, наследования, дебюта, обострения, причин возникновения и обострения заболевания, соблюдения режима питания, условий труда и быта, качества жизни, медицинской активности лиц с хроническими кожными заболеваниями.

Таким образом, результаты исследования позволят врачам использовать данную информацию в своей практике, а органам управления здравоохранения и медицинским организациям при проведении оповестительных мероприятий учитывать медико-социальную характеристику пациентов с хроническими кожными заболеваниями.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. HOSPITALIZATION REPLACEMENT TECHNOLOGIES IN DERMATOVENERELOGY

Калининская А.А., Меркина М.Д., Гречко А.В.

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва

Цель исследования. Изучить эффективность использования коечного фонда в дерматовенерологии и объемы и характер работы дневного стационара дерматологического

профиля. Задачи исследования Проанализированы основные показатели деятельности дневных стационаров дерматовенерологического профиля в Российской Федерации за 2015 год. Изучены объем и характер работы дневного стационара дерматологического профиля кожно-венерологического диспансера в г. Тольятти. Актуальность темы. В условиях дефицита финансирования развитие стационарозамещающих технологий является одной из приоритетных задач здравоохранения.

Введение. Материалы и методы. Для проведения исследования были использованы: статистический, аналитический, социологический методы, метод непосредственного наблюдения. Представлены сведения об основных показателях работы дневных стационаров дерматологического и венерологического профилей для взрослого населения в Российской Федерации за 2015 год по данным формы отраслевого статистического наблюдения № 14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций».

Результаты и их обсуждения. Проведен анализ основных показателей деятельности дневных стационаров (ДС) дерматовенерологического профиля для взрослого населения в Российской Федерации в 2015 году показал, что число койко-мест в ДС дерматологического профиля составило 5567, при этом больше половины (50,7%) койко-мест было развернуто в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях (МОАУ); число койко-мест в ДС венерологического профиля – 758, из них 50,7% в МОАУ. Обеспеченность койко-местами ДС дерматологического профиля составила 0,47 на 10 тысяч взрослого населения, ДС венерологического профиля – 0,068 на 10 тысяч взрослого населения. В 2015 г. число пролеченных взрослых пациентов в ДС дерматологического профиля составило 1,16 на 1000 взрослого населения, в том числе в ДС медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях (МОСУ) – 0,53 на 1000 соответствующего населения, в МОАУ – 0,63 на 1000 соответствующего населения. Число пролеченных пациентов в ДС венерологического профиля составило 0,123 на 1000 взрослого населения, в том числе в ДС на базе МОСУ – 0,055 на 1000 взрослого населения, в ДС на базе МОАУ – 0,068 на 1000 взрослого населения. Средняя занятость койки в ДС взрослых пациентов дерматологического профиля составила 12,15 дней, в ДС на базе МОСУ была выше 13,1 дня, в ДС на базе МОАУ – 11,3 дня; в ДС венерологического профиля – 13,9 дней, 14,7 дней и 13,2 дня соответственно. В процессе исследования нами был проведен анализ деятельности дневного стационара дерматологического профиля на базе стационарного отделения кожно-венерологического диспансера (КВД) г. Тольятти. Анализ основных показателей деятельности ДС дерматологического профиля для взрослого населения показал, что на год исследования в ДС закончили лечение 525 пациентов, которыми было проведено 9846 дней лечения. Наибольшее число пролеченных в ДС было по поводу атопических дерматитов – 19,6%, на втором месте – псориаз обыкновенный (17,3%), на третьем – монетовидная экзема (16,1%), на четвертом – аллергический контактный дерматит (12,0%) и др. На эти 4 нозологические формы приходилось 65,0% от общего числа пролеченных пациентов в ДС. Средняя длительность пребывания пациента на койке

ДС составила 18,7 дня. Медицинская эффективность ДС дерматологического профиля показала, что у 90% пациентов, закончивших лечение, наступило стойкое улучшение состояния и у 10% – состояние стабилизировалось. В условиях эксперимента апробирована организационная форма работы ДС венерологического профиля поликлинического отделения кожно-венерологического диспансера г. Тольятти на 24 койко-места. Штаты ДС включали 1,0 ставку врача и 1,0 ставку медицинской сестры. На год исследования в ДС венерологического профиля закончили лечение 656 пациентов с сифилисом, которыми было выполнено 9977 койко-дней. Средняя длительность лечения составила 15,2 дня. Деятельность ДС построена на платной основе. В работе врача соблюдалась строгая конфиденциальность и врачебная этика в общении с пациентами. Проведенные социологические опросы пациентов, лечившихся в ДС венерологического профиля, показали полную удовлетворенность их этой формой работы. Из числа лечившихся у 85% наступило полное выздоровление и у 15% отмечена серорезистентность.

Вывод. Дневные стационары являются эффективной формой использования ресурсов в дерматовенерологии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

Карашурова Е.С.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

Актуальность. Для практикующих врачей в виду тенденций импортозамещения, интересна новая оригинальная комбинация 0,1% метилпреднизолон ацепоната с 2% мочевиной в препарате Комфодерм М2, который обладает помимо противовоспалительного, увлажняющего еще и антисептическим действием. Гидрофильная основа крема позволяет использовать его на мокнущие очаги поражения. Для эффекта стероидосбережения активно используются нестероидные ингибиторы кальциневрина. Механизм действия топических ингибиторов кальциневрина основывается на ингибировании фосфатазной активности кальциневрина, что уменьшает продукцию провоспалительных цитокинов. Препараты назначаются в сочетании с топическими кортикостероидами или последовательно.

Целью исследования было изучение эффективности и безопасности использования Комфодерма М2, Тактропика 0,01% мази, как в виде монотерапии, так и при последовательном назначении.

Материалы и методы. В стационарном и поликлиническом отделениях ГБУЗ РКВД проводилось лечение 41 пациента (21 женщина и 20 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет. У 10 больных диагностирован аллергический дерматит, у 13 – экзема, у 18 пациентов – атопический дерматит. Давность заболевания составила от 10 дней до 23 лет. Все пациенты получали комплексную терапию, включающую десенсибилизирующие, антигистаминные препараты. Наружно в виде монотерапии использовался Комфодерм М2 у 10 пациентов в острую фазу процесса при недавно

возникшем остром процессе, в том числе с мокнутием. Мазь Тактропик 0,1% у 6 больных с длительным течением аллергодерматозов в подострую фазу процесса без мокнутия. Последовательное использование Комфодерма М2 и мази Тактропик 0,1% применялось у 25 человек со среднетяжелым течением атопического дерматита и экземы.

Результаты исследования. Все пациенты хорошо переносили лечение. В первой группе пациентов к концу первых суток исчезло мокнутие, на 2-3 сутки отмечалось уменьшение клинических проявлений, таких как эритема, отек и зуд. Во второй группе интенсивность зуда уменьшилась на 2 сутки, эритема – на четвертые. У пациентов третьей группы уменьшение выраженности воспаления и зуда отмечено на 1-2 сутки, уменьшение инфильтрации уже на 6 сутки.

Выводы. Использование последовательного применения топических стероидов и ингибиторов кальциневрина позволяет быстро достичь улучшения состояния кожи при аллергических заболеваниях кожи

КОМБИНИРОВАННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА В СИСТЕМЕ ОПТИМИЗАЦИИ КОНТУРНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦА

Карпова Е.И., Картелишев А.В., Демина О.М., Данищук О.И.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Лазерная академия наук РФ, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, ООО «Клиника Данищука», Москва

В последние годы отмечается неуклонный рост числа проведенных процедур КИПЛ врожденных и приобретенных деформаций и возрастных изменений в связи с их высокой эффективностью и быстротой достижения результата, однако, до настоящего времени не удается избежать развития серьезных осложнений КИПЛ, что существенно снижает качество жизни пациентов и является важной медико-социальной проблемой. В многочисленных публикациях описаны классические осложнения после применения жидкого медицинского силикона (уплотнение тканей, гранулема «инородного тела», «вакуолизация» введенного препарата на бесчисленные очаги), а также имеются указания на развитие в качестве подобных осложнений: хронической эритемы (эритематозная реакция); аллергического дерматита; некроза кожи; появление телеангиэктазий или купероза на коже в области инъекции; гиперпигментации; воспалительный процесс и уменьшение объема; смещение имплантата в результате его избыточного введения. Описанные побочные эффекты и осложнения после применения препаратов на основе ГК, возможно, вызваны наличием примесей бактериального происхождения (в том числе ДНК бактерий), остатками стабилизатора или введенными в филлер стимуляторами для усиления процесса неокколагенеза.

Цель: оценить эффективность и перспективы применения лечебно-биологических факторов НИЛВ в предупреждении и лечении осложнений с целью оптимизации результатов технологии КИПЛ.

Материалы и методы исследования: под динамическим наблюдением находились 434 пациента с различными деформациями МТЛ, нуждающихся в КИП. Сравнительный анализ результативности лазерной профилактики (НИЛП – 90 пациента) и терапии (НИЛТ – 344) проводили в группах высокого «риска» Ос проводился между пациентами, получавшими монотерапию: только надвенное лазерное облучение красным диапазоном излучения (НЛОК – 23) или – инфракрасным (ИК – 29), либо комбинационное лечение – НЛОК+ИК (292). Оценка эффективности проведена по динамике синдромологических (визуальный контроль, отечность, боль, негативные последствия и осложнения) и параклинических (неспецифическая защита по содержанию лейкоцитов в сыворотке крови; микроциркуляция по данным лазерного анализатора капиллярного кровотока; стандартная оценка клеточного и гуморального звеньев иммунитета) показателей.

Результаты и выводы. В этой группе пациентов авторами доказано, что проведение лазерной терапии у пациентов до проведения контурной инъекционной пластики лица обладает выраженной профилактической ценностью, что подтверждается снижением количества осложнений в 3,6 раза. Полученные данные служат объективным именно комбинированных методов лазерной терапии, направленных на коррекцию микроциркуляторных расстройств, так как фотоактивация гемодинамики является одним из ключевых моментов в ответных патофизиологических реакциях организма на лазерное воздействие.

Таким образом, широкое внедрение КНИЛП и КНИЛТ позволит максимально оптимизировать исходы КИП МТЛ, что определяет перспективы инновационной технологии.

РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ РОЗАЦЕА В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И ВАЗОДИЛЯТОРОВ ПРИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Карпова А.В., Огурцов П.П., Баткаев Э.А.

Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. Наблюдения показали, что сосудистые изменения на коже лица характерны для пациентов, получающих в составе комплексной гипотензивной терапии β-адреноблокаторы, вазодилататоры и непрямые антикоагулянты. Показатели коагулограммы, характер фармакотерапии находятся в прямой корреляции с изменением физиометрических показателей кожи и формированием розацеа.

Цель исследования. Оценить состояние сосудистых изменений и физиометрических параметров кожи у пациентов, получающих в составе комплексной гипотензивной терапии β-адреноблокаторы и вазодилататоры, а также непрямые антикоагулянты, для определения предрасположенности и ранней диагностики розацеа.

Дизайн исследования включал анализ коагулограммы крови пациентов, а также измерение акустической проводимости кожи в области патологических изменений с помощью прибора «АСА» (acoustical skin analyser).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 80 человек, 30 мужчин и 50 женщин в возрасте от 45 до 70 лет,

принимаящих в составе комплексной гипотензивной терапии β -адреноблокаторы и вазодилататоры сроком от 1 до 5 лет. Часть пациентов (n=25) из исследуемой группы находились в состоянии после перенесенного инфаркта миокарда (не более 1 года), в состав их комплексной терапии были включены непрямые антикоагулянты. Анализ коагулограммы показал, что при приеме непрямых антикоагулянтов МНО (международное нормализованное отношение) достигает значений 2,5-3, у остальных пациентов его значения не превышают 1. Международное нормализованное отношение используется в качестве лабораторного показателя, оценивающего способности внешнего пути свертывания крови. Всем исследуемым было также выполнено измерение акустической проводимости кожи в области патологических изменений с помощью прибора «АСА» (acoustical skin analyser). Скорость акустической проводимости зависит от структуры рогового слоя эпидермиса, барьерной функции кожи, васкуляризации, температуры, локализации, возраста, содержания воды и значительно изменяется при формировании воспалительного процесса. Референтные значения показателей акустической проводимости (для кожи области щек у 40-60 летних женщин и мужчин) составляли $V_y = 5,5$ м/с, $V_x = 6$ м/с нами.

У пациентов (n=30), получающих в составе комплексной гипотензивной терапии β -адреноблокаторы и вазодилататоры сроком 3-5 лет, была диагностирована клинически эритематозная стадия розацеа, при этом акустическая проводимость кожи увеличилась на 24%. У 25 пациентов, принимающих в составе комплексной гипотензивной терапии β -адреноблокаторы и вазодилататоры 1 год и менее, клинических проявлений розацеа не обнаружено, но инструментально - акустическая проводимость кожи увеличилась на 18%.

У 18 пациентов, принимающих в составе комплексной гипотензивной терапии β -адреноблокаторы, вазодилататоры и непрямые антикоагулянты более пяти лет, диагностирована клинически эритематозная стадия розацеа, инструментально-акустическая проводимость кожи увеличилась на 10%.

У 7 пациентов, принимающих в составе комплексной гипотензивной терапии β -адреноблокаторы, вазодилататоры и непрямые антикоагулянты не более двух лет, диагностирована клинически эритематозная стадия розацеа, инструментально - акустическая проводимость кожи увеличилась на 16%.

Заключение. Таким образом, выявление сосудистых изменений и физиометрических параметров кожи у пациентов, получающих в составе комплексной гипотензивной терапии β -адреноблокаторы и вазодилататоры и непрямые антикоагулянты методом измерения МНО и измерения скорости акустической проводимости кожи позволяют обеспечить раннюю диагностику розацеа, подтвердить наличие заболевания или предрасположенности к нему.

ТРАНСЛЯЦИОННАЯ КЛЕТОЧНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САРКОМЫ КАПОШИ

Карташова М.Г., Казанцева К.В., Молочков А.В., Кильдюшевский А.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель: разработка новых методов лечения больных саркомой Капоши.

Материалы и методы: представлены данные клинико-иммунологического обследования 24 больных саркомой Капоши (16 идиопатическим типом и 8 иммуносупрессивным) до и после трансляционной клеточной иммунотерапии.

Актуальность проблемы разработки эффективных методов лечения саркомы Капоши обусловлена нарастанием частоты этого заболевания и недостаточной эффективностью традиционных способов терапии.

Из 16 больных (13 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 32 до 75 лет (средний возраст 59 лет) идиопатическим типом СК, у 15 продолжительность заболевания от 4 до 16 лет (в среднем 10 лет), у 1 – 30 лет; у 6 была подострая форма заболевания, у 10 – хроническая; у 5 (31%) больных процесс носил ограниченный характер, у 11 (69%) – распространенный (у 3 с вовлечением слизистых оболочек).

Из 8 больных иммуносупрессивным типом СК (5 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 47 до 70 лет (средний возраст 57 лет) с продолжительностью заболевания от 2 мес. до 5 лет у 4 болезнь развилась на фоне приема системных кортикостероидных гормонов по поводу бронхиальной астмы (n = 2), ревматоидного полиартрита (n = 2); у 4 – на фоне иммуносупрессивной терапии после трансплантации почки. У 4 (50%) больных процесс носил ограниченный характер, у 4 (50%) – распространенный (у 2 с вовлечением слизистых оболочек).

Методика трансляционной клеточной иммунотерапии (ТКИ) заключалась в следующем: за 1,5-2 ч до процедуры больной принимал фотосенсибилизатор аммифуриин в дозе 0,6 мг на 1 кг массы тела. Затем больные подвергались процедуре выделения мононуклеарных клеток в прерывисто-поточном режиме на клеточном сепараторе Haemonetics MCS+ по протоколу выделения мононуклеарных клеток. Клетки выделяли из 2000 мл крови (в среднем $6,2 \pm 0,8 \cdot 10^9$ клеток в 100 мл плазмы). Добавляли 100 мл физиологического раствора NaCl. Гематокрит составлял не более 2%. Клеточную суспензию подвергали облучению УФ-светом А (λ 320-400 нм) на облучателе крови «Юлия» согласно прилагаемой инструкции со скоростью 10-15 мл/мин из одного полимерного контейнера в другой. Общее время облучения 90 мин. После облучения в клеточную суспензию добавляли 200 мл питательного буферного раствора Intersol. При постоянном перемешивании в тромбомиксере выдерживали в течение 18-20 ч при температуре 37 $^{\circ}$ C. По истечении этого срока клеточную взвесь реинфузировали больному в течение 30 мин. Курс лечения состоял из 4 процедур, проводимых 2 раза в неделю. Переносимость лечения у каждого больного была удовлетворительной, побочных эффектов не было.

Результаты. В результате лечения у всех больных отмечалось выраженное клиническое улучшение: уплощение и снижение интенсивности окраски большинства очагов поражения, разрешение некоторых пятнистых и узелковых элементов, существенное уменьшение размера узлов, рубцевание язв, уменьшение лимфостаза.

Иммунологический статус нами был исследован в день проведения процедуры и через 3-4 дня после завершения курса лечения.

В результате изучения иммунологического фенотипа больных СК были установлены изменения, касающиеся преимущественно клеточного звена иммунной системы. Количество естественных киллерных лимфоцитов (CD16+) у больных СК существенно превышало референсные значения ($23,6 \pm 9,6\%$ против $13,5 \pm 3,1\%$ в норме, $p < 0,05$), что свидетельствовало о функциональной активности механизмов системы врожденного иммунного ответа. В свою очередь и в системе адаптивного иммунного ответа также были выявлены изменения, касающиеся с одной стороны, увеличения относительного количества цитолитических Т-лимфоцитов ($31,5 \pm 8,8\%$, при норме $23,3 \pm 5,2\%$, $p < 0,05$) и с другой стороны – уменьшение относительного количества хелперной субпопуляции ($37,3 \pm 12,2\%$ при норме $46,6 \pm 7,1\%$, $p < 0,05$). В результате этого происходило существенное снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ) (CD4/CD8) ($1,3 \pm 0,7$ ед при норме $2,12 \pm 0,76$ ед, $p < 0,05$). Снижение ИРИ может свидетельствовать о наличии иммунодефицитного состояния у обследуемых больных с наличием выраженного иммуно-воспалительного процесса, который сопровождается повышением продукции клетками провоспалительных цито-и хемокинов.

Полученные данные свидетельствуют о нарушении при СК механизмов взаимодействия врожденной неспецифической защиты и адаптивного иммунного ответа.

При изучении фагоцитарной функции моноцитов было установлено, что количество моноцитов, экспрессирующих маркер, ассоциированный с дендритной клеткой (CD83) значительно превышал референсные значения ($58,0 \pm 22,1\%$ при норме $1,2 \pm 0,3\%$, $p < 0,05$), что свидетельствует о присутствии в периферической крови больных СК достаточно большого количества зрелых дендритных клеток (ДК). Однако коэкспрессия коактивационного антигена CD86+ на этих клетках была достоверно ниже референсных показателей, что в свою очередь служит доказательством их слабой иммуногенности и неспособности индуцировать противовирусный иммунный ответ.

При проведении иммунофенотипического обследования больных СК после завершения курса ТКИ было отмечено уменьшение относительного количества нефункциональных дендритных клеток (ДК), имеющих фенотип CD14+CD83+CD86 (с $58 \pm 22,1$ до $20,2 \pm 8,3\%$; $p < 0,05$), и увеличения присутствия на этих клетках коактивационной молекулы CD86, обеспечивающей второй сигнальный путь активации Т-клеточного рецептора (с $13,6 \pm 5,8$ до $49,4 \pm 18,8\%$; $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, ТКИ является эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения больных СК, позволяет снизить темпы прогрессирования патологического процесса, может быть рекомендована в качестве адъювантного или альтернативного метода лечения СК.

КАПЛЕВИДНЫЙ ПСОРИАЗ И ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ

Касихина Е.И., Чистякова Т.В., Кривоспицкая К.Н., Лихтарева А.С., Марданян А.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Роль витамина D в педиатрической и дерматологической практике давно вышла за рамки профилактики и лечения рахита. Дефицит витамина D у детей ассоциируется с широким спектром серьезных заболеваний, в том числе повышенным риском развития диабета 1 типа, аутоиммунных заболеваний, бронхиальной астмы и атопического дерматита, алопеции, акне и псориатического артрита.

Целью данной работы явилось определение связи между дефицитом витамина D и особенностями течения каплевидного псориаза у детей в возрасте от 6 до 12 лет.

Материал и методы. Нами проведен катamnестический анализ 10 случаев каплевидного псориаза у детей (6 мальчиков и 4 девочки), получавших консультативную помощь в консультативно-поликлиническом отделении ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2014–2017 гг. Дебют заболевания составил $7,2 \pm 1,3$ года. Для всех детей было характерно острое начало через 2–3 недели после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции в холодное время года (осень, зима). У 5 (50,0%) детей были указания на предшествующие частые (более 5–6 раз в год) инфекции верхних дыхательных путей, у 3 (30,0%) – на частые ангины (2–3 раза в год), у 2 (20,0%) – на распространенную стрептодермию и наличие хронического тонзиллита. Носителями цитомегаловирусной инфекции и вируса Эпштейн-Барр были 3 (30,0%) обследуемых детей. Большинство заболевших детей каплевидным псориазом отметили начало заболевания в младшем школьном возрасте, когда пребывание на свежем воздухе и прогулки ограничены из-за значительных нагрузок в учебном заведении. Все дети помимо школы посещали другие развивающие занятия. Следовательно, синтез витамина D в коже мог быть ограничен из-за длительного нахождения детей в помещениях и городской среде с далеко не всегда идеальными экологическими факторами (погодные условия (облачность), объем загрязнения воздуха и поверхностного отражения, которые могут препятствовать УФ-излучению, достигающему кожных покровов). У 6 (60,0%) детей было отмечено превышение массы тела и тенденция к развитию ожирения. Несмотря на рекомендации дерматолога, родители не сочли необходимым проконсультировать своего ребенка у эндокринолога. Кроме того, у детей с повышенной массой тела зуд был выражен гораздо сильнее и с хуже поддавался стандартной терапии, чем у детей с нормальной массой тела. Не исключено, что постепенно формирующаяся инсулинорезистентность в сочетании с дефицитом витамина D, является одной из причин трансформации каплевидного псориаза в тяжелые формы заболевания, торпидные к проводимому лечению, в подростковом и старшем возрасте. На момент начала исследования у всех детей был выявлен дефицит витамина D. Средние значения витамина D составили $16,01 \pm 3,98$ нг/мл. У всех обследуемых детей в течении заболевания отмечались короткие ремиссии, выраженная сезонность и значительное улучшение состояния кожи при климатотерапии (морской теплый климат с умеренной инсоляцией). Таким образом, о благоприятном течении каплевидного псориаза можно судить при условии его разрешения в течение 3–4 месяцев. Однако в практике в большинстве случаев каплевидная форма постепенно трансформируется в бляшечный. Предполагается,

что риск развития тяжелого заболевания выше, если псориаз дебютировал как каплевидный псориаз с сохранением высыпаний на протяжении более чем 4 месяца.

Выводы. Псориаз является пожизненным заболеванием, которое часто начинается в детстве. Для того чтобы правильно лечить детей и подростков, важно учитывать особенности заболевания в данном возрасте. Дети, больные псориазом, и их родители должны быть осведомлены о характере течения заболевания, роли экзогенных и эндогенных факторов, ответственных за повышение частоты обострений заболевания, а также получать информационную поддержку и своевременные консультации, помогающие справиться с высыпаниями. Индикаторами дефицита витамина D могут являться склонность к частым инфекционным заболеваниям, тенденция к повышению массы тела ребенка, частые обострения псориаза в холодный период времени в сочетании с повышенным уровнем умственной нагрузки. В терапии каплевидного псориаза необходимо учитывать хорошую динамику заболевания на проводимую УФО-терапию и климатолечение. Требуется своевременная рациональная коррекция дефицита витамина D и профилактика развития инсулинорезистентности.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДИАГНОСТИКИ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ

Касихина Е.И., Чистякова Т.В., Шуляк А.С., Копосова М.В., Алькова Ю.Д.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Мастоцитоз – мультифакториальное заболевание, обусловленное гиперпролиферацией маст-клеток (лаброцитов) в одном или более следующих органов: костный мозг, печень, селезенка, лимфатические узлы, желудочно-кишечный тракт и кожа. Дебют заболевания у 65% пациентов отмечается в детском возрасте с вовлечением в процесс преимущественно кожных покровов. Поскольку заболевание встречается спорадически, наблюдается высокий процент диагностических ошибок при обращении к различным специалистам. Нами был проведен анализ клинических случаев кожного мастоцитоза у детей с целью улучшения качества диагностики пигментной крапивницы у детей.

Материал и методы. Нами проанализировано 8 случаев (5 девочек и 3 мальчика) кожного мастоцитоза у детей, обратившихся в консультативно-поликлиническое отделение ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в 2013-2016 гг. Возраст пациентов варьировал от 6 месяцев до 5 лет. У всех пациентов высыпания появились в первое полугодие жизни. Самая частая форма мастоцитоза – пигментная крапивница была у 6 (75,0%) детей. У 2 (25,0%) мальчиков был выставлен диагноз солитарной мастоцитомы. У 1 девочки кожные проявления пигментной крапивницы сочетались с множественными изолированными узелками диаметром от 1,0 до 1,5 см, овальных очертаний, с резкими границами, плотной консистенцией, гладкой поверхностью, светло-желтого цвета. Кроме того, изменения на коже сопровождались спонтанными обмороками и преходящей гепатомегалией. Всем пациентам

рекомендовалось провести следующие исследования: общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, биохимический анализ крови с определением активности аминотрансфераз; ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной области и забрюшинного пространства; определение уровня альфа-триптазы в сыворотке крови. Повышение показателей альфа-триптазы выше 15-20 нг/мл, как правило, свидетельствует о системном процессе. Особенности клинической картины пигментной крапивницы явились склонность элементов к изменению окраски и степени отёчности в течение суток, отсутствие связи появления высыпаний с приемом пищи, феномен флашинга (внезапное покраснение кожи, особенно – верхней части туловища и лица, сопровождающееся беспокойством ребенка). Родители указывали на появление новых высыпаний при применении жаропонижающих препаратов (НПВС) по поводу ОРВИ. Появление системных признаков и симптомов (высыпания на коже, боли в животе, головная боль) у детей вызывали механическое раздражение (грубая или тесная одежда), тепло (прием ванны или душа), холод. В наблюдаемых нами случаях солитарная мастоцитомы была представлена чаще всего одиночным опухолевидным образованием желтовато-коричневого цвета с розовым оттенком, округлыми или овальными очертаниями, четкими границами, диаметром от 2 до 6 см, каучукоподобной консистенции. При трении и после приема НПВС по поводу высокой температуры при ОРВИ у детей на поверхности мастоцитомы появлялся пузырь. У всех наблюдаемых нами детей выявлялся положительный тест Дарье-Унны. Субъективные симптомы отсутствовали только у детей с солитарной мастоцитомой, но при распространенном процессе в вечернее время появление зуда ежедневно отмечало 50% детей с пигментной крапивницей. Зуд и системные симптомы контролировались антигистаминными препаратами и ингибиторами дегрануляции тучных клеток. Рекомендации по наружному лечению включали применение топических глюкокортикостероидов с учетом возраста ребенка и эмолентных средств.

Выводы. Несмотря на то, что обычно у детей мастоцитоз ограничивается поражением кожи, в рамках диспансерного наблюдения необходимо исследовать уровень триптазы в крови, регулярно проводить УЗИ печени и селезенки, при необходимости рекомендуются консультации аллерголога и гематолога.

ИСТИННАЯ АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Катранова Д.Г., Теплюк Н.П., Дороженко И.Ю., Алленова А.С.

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

Истинная акантолитическая пузырчатка (ИАП) – тяжелое аутоиммунное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся образованием внутриэпидермальных пузырей, приводящее при неправильном или несвоевременном лечении к летальному исходу. Одним из триггерных факторов, способствующих развитию

ИАП, является психогенный стресс. Выброс гормонов и нейромедиаторов, вырабатываемых в результате психогенного стресса, приводит к нарушению в системе клеточного иммунитета, способствуя развитию аутоиммунного воспаления. По данным литературы у пациентов с ИАП также выявляются нозогении («вторичные психические расстройства») [Wohl Y, 2015].

Цель: изучение психических нарушений и психосоматических аспектов истинной акантолитической пузырьчатки, направленное на разработку их типологии и дифференцированной терапии.

Материалы исследования: обследовано 32 (19 жен., 13 муж.; ср. возр. 53,7 лет) больных ИАП с коморбидными психосоматическими расстройствами. По клиническим формам ИАП больные были распределены следующим образом: вульгарная пузырьчатка (ВП): 20 (62,5%) больных; себорейная пузырьчатка (СП): 12 (37,5%), из которых у 2 (6,3%) больных наблюдалось преимущественно поражение кожи лица.

Методы исследования: клиничко-дерматологический (с использованием шкал – дерматологический индекс тяжести заболевания (ДИТЗ) и опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ); психопатологический; экспериментально-психологический.

Результаты. В ходе исследования выделено две группы пациентов ИАП и коморбидными психосоматическими расстройствами: 1. Стрессогенное обострение ИАП – 14 набл. (44%); 2. Нозогенные реакции 18 набл. (56%), из них – тревожно-депрессивные – 3 набл. (16,65% от пациентов с нозогениями); маскированная ипохондрия – 12 набл. (66,7% от пациентов с нозогениями); абберантная ипохондрия – 3 набл. (16,65% от пациентов с нозогениями). При стрессогенном обострении экзакербация кожного заболевания возникала как в ответ на истинную психогению, так и субъективно значимые психогенные факторы. ДИТЗ II и III степени, ДИКЖ 17-21 балл (сильное и чрезвычайно сильное влияние на жизнь пациента). При тревожно-депрессивных нозогенных реакциях у пациентов с тревожным преморбидом отмечались явления гипотимии, пессимистическая оценка перспектив лечения и прогноза заболевания, опасения инвалидизации, стойкая тревога с тенденцией к ипохондрической рефлексии и формированию нозофобий, выраженные соматовегетативные проявления. ДИТЗ III степени. У 2 пациентов ДИКЖ 15±2 балла (очень сильное влияние на жизнь пациента). У 1 пациента ДИКЖ 21 балл (чрезвычайно сильное влияние на жизнь). При маскированной ипохондрии пациенты с преморбидным дефицитом телесного самосознания рационально относились к болезни, включая лечебные мероприятия в привычный распорядок, следовали врачебным рекомендациям, отмечался преодолевающий стиль поведения, не отличающийся по нагрузкам от доболезненного образа жизни. Социальная тревога по поводу косметического дефекта отсутствовала. ДИТЗ III степени, ДИКЖ 5-9 баллов (незначительное влияние на жизнь пациентов). При абберантной ипохондрии отмечалось парадоксальное игнорирование тяжести и опасности кожного процесса у пациентов с преморбидом пограничного типа. Также на фоне терапии максимальными дозами глюкокортикостероидов (ГКС) была выявлена

коморбидная гипомания (3 набл.). ДИТЗ III-IV степени, ДИКЖ 5 баллов (незначительное влияние на жизнь пациента). Терапия больных ИАП сочетала применение психотропных и соматотропных средств. Психотерапия осуществлялась современными и безопасными препаратами первого ряда, наряду с психотерапией и базисным дерматологическим лечением, и проводилась всем больным по показаниям после подписания информированного согласия. Средняя длительность курса психотерапии составила 4 недели.

Заключение. Среди стрессогенных факторов манифестации ИАП выделены как тяжелые психические травмы, так и условно-патогенные психогении. В ходе исследования выявлена диссоциация между объективной тяжестью дерматоза и субъективной реакцией пациента, которая при всех типах нозогений определяет своеобразие их клинической картины. Психопатологическая структура нозогений зависит от клинической тяжести дерматоза, преобладания соматогенных, витальных либо психогенных факторов, а также типа личности пациента. Даны практические рекомендации по применению комбинированной дермато- и психотропной терапии. Комплексный подход к лечению ИАП совместно дерматологом и психиатром способствует оптимизации лечения.

ИЗУЧЕНИЕ СТАТУСА МЕТИЛИРОВАНИЯ ПРОМОТЕРА ГЕНА WIF1 В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ КОЖИ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Киселев В.И., Масюкова С.А., Полозников А.А., Бабкина И.О., Ахтямов С.Н., Тарасенко Э.Н., Назарова М.Н.

Институт медико-социальных технологий, Научно-исследовательский отдел раннего канцерогенеза, профилактики, диагностики и комплексного лечения онкологических заболеваний женских репродуктивных органов, Москва

Цель исследования: определить уровень метилирования WNT-ингибирующего фактора 1 (WIF1) при доброкачественных образованиях кожи, индуцированных вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Материалы и методы: были проанализированы образцы биоптатов доброкачественных кожных опухолей, полученные в результате бритвенной биопсии у 32 пациентов в возрасте от 16 до 72 лет. В группу исследования вошли удаленные доброкачественные образования кожи, вызванные ВПЧ, такие как: себорейные кератомы, актинические кератомы, вульгарные бородавки, подошвенные бородавки, акрохордоны, остроконечные кондиломы. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, клинической картины, результатов дерматоскопии. Из всех образцов была выделена ДНК, проведены «тачдаун» ПЦР-амплификация и секвенирование, а также статистическая обработка результатов секвенирования. Секвенирование проводилось в центре коллективного пользования «ГЕНОМ» на базе

Института молекулярной биологии им. В. А. Энгельгардта РАН по стандартному протоколу.

Результаты: в результате исследования во всех образцах было выявлено гиперметилирование промотора WIF1, которые могут приводить к активации WNT-сигнального пути.

Заключение: установлено гиперметилирование промотора гена WIF1, приводящее к активации WNT-сигнального пути, в доброкачественных образованиях кожи, вызванных ВПЧ. Метилирования промоторной части гена WIF1, которое может приводить к активации WNT-сигнального пути, предположительно, является одним из ключевых факторов в развитии и рецидивировании доброкачественных образований кожи, вызванных ВПЧ. Для полного понимания эпигенетических механизмов образования доброкачественных образований кожи, вызванных ВПЧ, требуются дальнейшие исследования в этом направлении.

СТЕНОЗ УСТЬЕВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОМ СИФИЛИСЕ

Квижинадзе Г.Н., О.К.Лосева О.К., Залевская О.В., Д.В.Бохонович Д.В., Юдакова В.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Медицинский институт усовершенствования врачей – Московский государственный университет пищевых производств, Москва

Актуальность проблемы. Стеноз устьев коронарных артерий считается редким осложнением сифилитического аортита и, по литературным данным, в большинстве случаев обнаруживается впервые на аутопсии. Одним из главных диагностических инструментальных методов служит коронароангиография, но и эта высокотехнологичная методика не всегда позволяет выявить существующую патологию. В мировой литературе последних десятилетий описано немало клинических случаев сифилитического стеноза устьев коронарных артерий. Нередко стеноз венечных артерий сочетается с другим осложнением сифилитического аортита – поражением аортального клапана, поскольку эти процессы имеют общий механизм развития. Подобные изменения возникают в основном у молодых людей, в противоположность ИБС атеросклеротического происхождения. Специфичность процесса, по данным зарубежной литературы, подтверждается гистологическим исследованием биоптатов аорты и аортальных клапанов, которые наиболее удобно взять во время оперативного вмешательства – наиболее эффективного способа лечения этой патологии. В последние годы, на фоне роста доли поздних форм сифилиса в Московском регионе, возросло и число диагностируемых случаев сифилитических стенозов коронарных артерий. Цель исследования. Охарактеризовать клинические особенности сифилитического поражения коронарных артерий у пациентов в Москве и Московской области в период 2014-2016 гг.

Материалы и методы. Больные с установленным диагнозом кардиоваскулярного сифилиса, включающим стеноз коронарных артерий. Методы: клинические – анамнез, жалобы, объективные данные; лабораторные: серологические тесты – нетрепонемные и трепонемные, биохимические показатели крови; инструментальные: Эхо-КГ, УЗИ, коронарография.

Результаты. В период с 2014 по 2016 г. поражение коронарных артерий было диагностировано в Москве и Московской области у 35 больных (26 мужчин и 9 женщин). Возраст больных – от 30 до 82 лет, в среднем 56,6 лет. Жалобы: давящие боли за грудиной различной интенсивности, с иррадиацией в левую руку или без иррадиации, не купирующиеся нитроглицерином, одышка при минимальной физической нагрузке, слабость, повышение А/Д, нарушение ритма сердца. Принято считать, что инфаркт миокарда – редкость при сифилитическом стенозе коронарных артерий. Наши данные этого не подтверждают: ОИМ в анамнезе имел место у 25 из наших пациентов (условно 71%!). Леченый сифилис в анамнезе отметили 29 больных (83%!) в сроки от 2 до 40 лет назад от момента выявления кардиоваскулярного сифилиса. При серологическом обследовании РМП показала отрицательный результат у 14 пациентов, положительный – у 22, с титрами от 1:2 до 1:64. РПГА была положительной у всех 36 больных с титрами от 1:160 до 1:163810. ИФА сумм. также дала у всех положительный результат с КП от 5,4 до 15,4. ИБ был положителен у всех 7 пациентов, которым проводилось это исследование. У 32 больных диагноз стеноза устьев и проксимальных отделов коронарных артерий подтвержден на коронароангиографии. Выраженные стенозы (>50%) имели 26 больных. Такая степень стенозирования является показанием к оперативному вмешательству. Оперативное лечение получили 20 пациентов. Характер операций: аорто-коронарное шунтирование, стентирование, ангиопластика. Специфическое лечение было проведено 27 пациентам (остальные 8 не получили его по разным причинам). На настоящий момент из 35 больных живы 34, умер один – в 2014 г. Умерший пациент, 60 лет, не получил лечения в силу тяжести состояния и запоздалого установления диагноза. Смерть наступила через сутки после острого трансмурального инфаркта миокарда из-за декомпенсации сердечной деятельности. У больного имел место выраженный стеноз коронарных артерий до 90% просвета. Диагноз подтвержден данными патологоанатомического исследования, как макроскопического, так и гистологического.

Выводы.

1. Стеноз коронарных артерий при кардиоваскулярном сифилисе представляет тяжелую патологию, с выраженным болевым синдромом, которая в случае запоздалой диагностики может приводить к летальному исходу.
2. Стеноз коронарных артерий специфической этиологии часто вызывает развитие инфаркта миокарда.
3. Всем пациентам с диагнозом ИБС, независимо от возраста, показан скрининг на сифилис с последующей дифференциальной диагностикой.
4. Раннее выявление сифилитического стеноза коронарных артерий позволяет рассчитывать на успех как специфической, так и оперативной терапии.

ЧАСТОТА И СПЕКТР МУТАЦИЙ M.GENITALIUM В СОПОСТАВЛЕНИИ С ХАРАКТЕРОМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кисина В.И., Жукова О.В., Романова И.В.,
Полевицкова С.А., Хайруллина Г.А., Гуцин А.Е.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Введение. К настоящему времени установлено, что M.genitalium ассоциируется с острым и хроническим уретритом у мужчин, с уретритом, цервицитом, ВЗОМТ, и, возможно, бесплодием у женщин. Во всех регионах мира отмечается распространение штаммов M. genitalium, резистентных к антибактериальным препаратам различных фармакологических групп, при этом проблемы генетического детерминирования резистентности остаются предметом изучения. Известно, что неэффективность терапии M.genitalium-инфекции обусловлены инфицированием мутантными штаммами и формированием мутаций в процессе лечения. Исследования по оценке характера клинического течения M.genitalium-инфекции в зависимости от спектра выявленных мутаций, определяющих резистентность возбудителя к антибиотикам, представляют научный и практический интерес.

Цель. Определить распространенность и спектр генетических мутаций M.genitalium у больных Московского региона.

Задачи исследования: 1. Оценить клиническое течение M.genitalium-инфекции, обусловленной мутантными штаммами возбудителя. 2. Изучить схемы антибактериального лечения M.genitalium-инфекции в практике дерматовенерологов Московского региона.

Материалы и методы. Проведены молекулярно-биологические и генетические исследования 278 штаммов M.genitalium, полученных от пациентов, обратившихся в МНПЦДК ДЗМ (апрель 2015 – февраль 2016 гг.). Из обследованных 231 (83,1%) составили мужчины и 47 (16,9) женщины (возраст пациентов составлял от 18 до 59 лет). Изучали анамнестические данные, проводили клиническое обследование, получали биологический материал. Первичное ПЦР тестирование проводилось в МНПЦДК. Далее образцы исследовались ретроспективно с помощью ПЦР с количественной оценкой содержания микроорганизмов, секвенированием домена V23S rRNA M.genitalium для определения генетических мутаций, ассоциированных с резистентностью M.genitalium к макролидам (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора).

Результаты. Из 278 клинических изолятов M.genitalium мутации были обнаружены в 21 случае (7,6%). Установлено, что во всех случаях мутации M.genitalium были связаны с нуклеотидными заменами в V домене гена 23S rPHK в позициях A2058, A2059 и A2062, которые определяют резистентность к макролидам. В связи с тем, что клинические данные на 1 пациента отсутствовали, проведен детальный клинический анализ 20 больных M.genitalium – инфекцией, обусловленной мутантными штаммами возбудителя, из которых было 14 (70,0%) мужчин и 6 (30,0%) женщин. Возраст пациентов колебался от 19 до 37 лет. Большинство

обратившихся в клинику – 14 из 20 (70,0%) предъявляли различные жалобы, из них 13 мужчин (92,9%) и 1 женщина (7,1%). Мужчины отмечали дизурию или/и уретральные выделения и дизурию, однако при физикальном обследовании объективные клинические симптомы выявлены лишь у 7 из 14 (50%): гиперемия/отечность области наружного отверстия уретры, скудные/умеренные слизистые/слизисто-гнойные уретральные выделения, т.е. асимптомное течение M.genitalium-инфекции имелось у 50,0% мужчин. Женщины чаще обращались для профилактического медицинского обследования: у 5 из 6 (83,3%) жалоб не было, 1 из 6 (16,7%) предъявляла жалобы на скудные влагалищные выделения, дизурию. Объективные клинические признаки M.genitalium-инфекции констатированы у 3 из 6 (50,0%) женщин: гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, умеренный/обильный влагалищный секрет молочного цвета и слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, т.е. и у 50,0% мужчин у 50,0% женщин течение M.genitalium-инфекции было асимптомным. Двое из 20 (10,0%) пациентов в последние 6-12 месяцев до выявления мутантных штаммов M.genitalium, получали Доксциклин 100 мг х 2р/д – 10 дней и 1 из 20 (5,0%) Доксциклин 100мг х 2р/д – 10 дней + Левофлоксацином (дозировка неизвестна) по поводу других урогенитальных инфекций.

При анализе тактики лечения M.genitalium-инфекции, назначенного после получения результатов первичного обследования в филиалах МНПЦДК (до определения наличия мутаций возбудителя), установлено: 13 из 20 (65%) больных получали Джозамицин 500 мг х 3р/д – 10 дней; 6 из 20 (30,0%) – Доксциклин 100 мг х 2р/д – 10 дней. Один пациент (5,0%) от лечения отказался. В 2 случаях из 20 (10,0%) после первичной неудачи лечения Джозамицином назначался Левофлоксацин 500 мг/сут – 10 дней. В 1 случае из 20 (5,0%) назначался Азитромицин 500 мг 1р/д – 5 дней после неэффективного лечения Джозамицином и Левофлоксацином.

Особый интерес представляют следующее клиническое наблюдение: у мужчины Ц. (31 год), который при обращении предъявлял жалобы на резь, жжение при мочеиспускании, выявлена M.genitalium-инфекция. Назначено лечение Джозамицином 500 мг х 3р/день – 10 дней, которое оказалось неэффективным (при обследовании через 1 месяц вновь выявлена M.genitalium). Назначены одновременно 2 препарата: Доксциклин 100 мг х 2р/день 10 дней + Джозамицин 500 мг х 3р/день 10 дней, что привело к элиминации M.genitalium.

Результаты ретроспективных генетических исследований сохраненных изолятов M.genitalium, в которых были обнаружены мутации в позиции A2059, определяющие резистентность к макролидам, позволяют объяснить неэффективность первого курса лечения. Следует также признать ошибочным повторное назначение комбинированного лечения, как не соответствующего принципам доказательной медицины. Очевидно, что элиминация M.genitalium была достигнута не комбинацией антибиотиков, а с помощью доксициклина.

Выводы. Установлено, что частота выявления мутантных штаммов M.genitalium составила 21 (7,6%). Во всех случаях мутации M.genitalium были связаны с нуклеотидными заменами в V домене гена 23S rPHK в позициях A2058, A2059

и A2062, которые определяют резистентность к макролидам. В группе больных с мутантными штаммами *M.genitalium* преобладали мужчины (70,0%). Возраст пациентов с мутантными штаммами *M.genitalium* составлял 19-37 лет (у всех 278 больных *M.genitalium*-инфекцией – 18-56 лет). У 50,0% мужчин и у 50,0% женщин с мутантными штаммами *M.genitalium* не имелось объективных клинических симптомов инфекции.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований по оценке распространенности мутантных штаммов *M.genitalium* в сопоставлении с характером клинического течения заболевания на большей выборке пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИППП И НАРУШЕНИЙ ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА, ВЫЯВЛЯЕМЫХ РУТИННЫМИ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ, У АСИМТОМНЫХ ПАЦИЕНТОК

Кисина В.И. , Махова Т.И. , Анисимова Н.С., Головешкина Е.Н., Гуцин А.Е.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва

Ведение. Инфекционная патология репродуктивной системы женщин является одной из важных медико-социальных проблем современного здравоохранения. Такие инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), как гонококковая (NG), трихомонадная (TV), хламидийная (CT) инфекции и *M.genitalium*-инфекция (MG), а также нарушения баланса микрофлоры влагалища (НБМВ): бактериальный вагиноз (БВ), аэробный вагинит (АВ), кандидозный вульвовагинит (КВВ) могут приводить к развитию серьезных репродуктивных осложнений (бесплодие, эктопическая беременность, преждевременные роды, инфицирование новорожденных и др.). Раннее выявление урогенитальных инфекций и проведение адекватной терапии – необходимые условия успешной борьбы с их распространением в популяции. Цель исследования: изучение частоты и характера ИППП и НБМВ, выявляемых при профилактическом обследовании женщин регламентированными (микроскопический) и молекулярно-биологическими методами.

Материалы и методы. Проведено обследование женщин (461 чел.) в возрасте 18-45 лет (средний возраст 34,6±5,6), подлежащих профилактическому медицинскому обследованию (работающие в медицинских организациях, школьных и дошкольных учреждениях, коммунальной сфере обслуживания населения, сфере питания) на базе Филиала МНПЦДК «Клиника им. В.Г. Короленко». Обследованные пациентки были разделены на 2 группы. Первую группу 19 (4,2%) человек составили женщины, которые предъявляли жалобы на влагалищные выделения, зуд/жжение/дискомфорт в области наружных половых органов, боль в нижней части живота. Во вторую группу вошли 442 (95,8%) женщины, у которых жалобы отсутствовали. После изучения анамнестических данных и клинического обследования осуществлялось получение

биологического материала из заднебоковых сводов влагалища для микроскопического и ПЦР исследований. В лаборатории филиала в соответствии с нормативными документами осуществлялось микроскопическое исследование препарата с окраской по Граму. В лаборатории ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора (ЦНИИЭ) проводились молекулярно-биологические исследования с помощью следующих наборов реагентов: для экстракции ДНК – «ДНК-Сорб-АМ»; для выявления ДНК методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией – «АмплиСенс® *N. gonorrhoeae/C. trachomatis/M. genitalium/T. vaginalis* –МУЛЬТИПРАЙМ-FL», «АмплиСенс® Флороценоз/Бактериальный вагиноз-FL»,/ Аэробы-FL», «АмплиСенс®/Кандиды-FL» производства ЦНИИЭ.

Результаты. По полученным результатам ПЦР-исследования каждой пациентке выдавалось заключение: «норма» (при отсутствии ДНК ИППП и маркеров БВ, АВ, КВВ), «результат соответствует БВ» (при выявлении высокой концентрации ДНК *G.vaginalis* и/или *A.vaginae*, равной или превышающей концентрацию лактобактерий), «преобладание аэробной микрофлоры» (ПАМ) (при выявлении высокой концентрации ДНК аэробных микроорганизмов (энтеробактерии, стрептококки, стафилококки), равной или превышающей концентрацию лактобактерий) и «относительный баланс микрофлоры» (ОБМ) (при обнаружении одного из видов *Candida* или при наличии концентраций *G.vaginalis* и/или *A.vaginae*, не превышающих концентрацию лактобактерий). При выявлении ДНК возбудителей ИППП врачом-дерматовенерологом устанавливался соответствующий диагноз: хламидийная, гонококковая, трихомонадная, *M.genitalium* инфекция.

С помощью ПЦР у 18 из 19 (95%) женщин первой группы были выявлены различные НБМВ, в то время как микроскопическим методом никаких отклонений от нормы у этих пациенток выявлено не было. Во второй группе обследованных у 292 женщин (66,1%) были обнаружены ИППП у 9 (2%), «БВ» – у 164 (35,6%), «ПАМ» – у 41 (8,9%) и «ОБМ» – у 98 (21,3%) пациенток.

Среди всех выявленных ИППП моноинфекция диагностирована у 8 пациенток: СТ – у 4(0,9%), TV – у 3(0,7%) , MG – у 1 (0,2%). Микст-инфекция обнаружена у 1 (0,2%) пациентки: TV + MG. При микроскопическом исследовании, как и в первой группе, не обнаружены лабораторные маркеры ИППП или НБМВ.

Детальный анализ полученных данных показал, что распространенность БВ незначительно отличается у симптоматичных (36,8%) и бессимптомных пациенток (37,1%), а преобладание аэробной микрофлоры, свойственной для АВ, в группе бессимптомных даже выше в 1,75 раза по сравнению с симптоматичными пациентками. Выводы. У 95,8% женщин, подлежащих профилактическому медицинскому обследованию, отсутствовали симптомы урогенитальной инфекционной патологии на фоне нормальных результатов микроскопического исследования. У большинства данных пациенток (66%) только с помощью ПЦР обнаружены лабораторные маркеры ИППП и/или различных нарушений баланса микрофлоры влагалища (БВ, АВ, КВВ). Повышению эффективности медицинского обследования населения на наличие ИППП и НБМВ будет способствовать использование более чувствительных

молекулярно-биологических методов, для чего необходимо внести соответствующие изменения в регламентирующие документы.

ЛЕЧЕНИЕ ВПЧ – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Ключарева С.В., Ключарев Г.В.

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

Высокая распространенность ПВИ среди населения, при отсутствии в Российской Федерации организованной системы скрининга на наличие ВПЧ обуславливает актуальность мероприятий, направленных на своевременную диагностику и лечение данных заболеваний.

Целью нашей работы являлось активное раннее выявление онкогенных ВПЧ, создание комплексной системы мероприятий по лечению. Так, в результате выполненной работы удалось установить, что распространенность онкогенных ВПЧ среди населения Санкт-Петербурга крайне высока, о чем свидетельствует факт обнаружения их более чем у 1/3 и у больных дерматовенерического профиля. Установлено, что ВПЧ 16 типа среди больных РШМ в Санкт-Петербурге выявляется в 68,3% случаев, ВПЧ 18 типа – в 11,7% случаев, сочетание двух вирусов высокого онкогенного риска (ВПЧ 16 и 18 типов) – в 76,7% случаев среди пациентов данной категории. Лечение ПВИ остается трудной задачей, несмотря на значительный арсенал средств и методов ее терапии. Это объясняется тем, что при ПВИ развиваются иммунодефицитные состояния (ИДС) различной степени тяжести. В связи с этим оптимальной тактикой лечения ПВИ представляется следующая схема комбинированной терапии: 1) ликвидация папилломатозных очагов (лазерная эксцизия); 2) местная иммуномодулирующая терапия, действующая на ВПЧ. В настоящее время для лечения ОК стал применяться наружно препарат 5% крем имихимод (Кераворт), единственный наружный препарат влияющий на репродукцию ВПЧ, воздействуя на клетки иммунной системы. При распространенном, рецидивном процессе нам представляется более эффективной комбинация лечения. Тактика комбинированной терапии обусловлена тем, что деструктивное лечение может оказаться не эффективным, и от глубины удаления не зависит, в связи с тем, что латентная стадия жизненного цикла ВПЧ протекает в клетках базального слоя эпидермиса и физическими методами очаг поражения трудно удалить полностью (ДНК ВПЧ могут быть на расстоянии до 1 см от видимых границ опухоли), поэтому сразу после регенерации эпидермиса, во избежание рецидива, и осуществляется противовирусная терапия кремом имихимод 5%. Имихимод – иммуномодулирующее средство, модификатор иммунного ответа. Не обладает прямым противовирусным действием, но имихимод, действуя на рецепторы, находящиеся на поверхности дендритных клеток, моноцитов и макрофагов (клеточный иммунитет), индуцирует секрецию IFN- α , IL-12 и других цитокинов (иммунный ответ). IFN- α вызывает быстрое, неспецифическое противовирусное и антипролиферативное действие, IL-12 и другие цитокины (IFN- γ , TNF- α) запускают Т-клеточно-опосредованную

реакцию, очищая очаг поражения и создавая иммунную «память» в отношении ВПЧ. В лазерном центре СЗГМУ им. И.И. Мечникова была проведена сравнительная оценка эффективности монотерапии и комбинированного лечения ПВИ у 152 женщин (возраст 25-37 лет), при локализации опухолевых элементов в области наружных гениталий. I группу (52 человека) составили пациентки, в лечении которых использовался только метод лазеротерапии («Диолан» и CO₂. («Ланцет») лазеры). II группу (46 человек) составили больные, получившие комбинированное лечение: лазерная деструкция, эпителизация происходила в течение 5-7 дней, после чего наружно назначался крем Кераворт (5% имихимод), который наносили на всю поверхность кожи, где локализовались кондиломы, захватывая видимо здоровую кожу в диаметре 1 см на ночь 3 раза в неделю в течение 4-8 недель. Для оценки эффективности терапии использованы следующие подходы: сопоставление результатов обследования на ВПЧ до начала лечения и через 4 месяца после окончания курса лечения; оценка сроков разрешения клинических проявлений ПВИ у больных, получавших разные схемы терапии; анализ частоты рецидивов после лечения. Наиболее показательными оказались результаты сравнения эффективности различных вариантов терапии ПВИ по критерию «частота рецидивов после лечения» – во второй группе больных рецидивов отмечено не было.

Таким образом, оптимальной тактикой лечения ПВИ является комбинированная терапия, включающая в себя ликвидацию папилломатозных очагов методом ВЛТ и местную иммунокоррекцию. При этом надо отметить, что препарат «Кераворт» – средство этиотропной терапии заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРА НА ПАРАХ МЕДИ (511 И 578) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Ключарева С.В., Пономарев И.В., Нечаева О.С., Гусева С.Н., Белова Е.А.

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

Новообразования кожи (НОК) в периорбитальной области служат причиной обращения больных в глазные клиники и амбулатории, поскольку их существование может нести серьезную опасность для функции данного органа и значительно снижать качество жизни из-за наличия эстетического дефекта. Для решения данной проблемы применяются различные травматичные методы лечения (традиционная хирургия, неодимовый, диодный лазеры, фотодинамическая терапия), которые могут вызывать следующие осложнения: ожог сетчатки, формирование грубых рубцов, изменение формы глазной щели. Развитие осложнений может быть связано с тем, что эти лазерные аппараты не обладают селективным воздействием и значительно травмируют ткани за счет нагрева. В результате более длительный период заживления и формирование рубца. Поэтому удаление НОК в периорбитальной области, особенно по ресничному краю невозможно. На наш

взгляд, с точки зрения безопасности и эффективности процедуры, наиболее оправдано применение лазерного излучения неабляционного типа, для которого характерно атравматичность, безрецидивность, эстетичность.

На кафедре дерматологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова в период с 09.2014 по 07.2015 г. зарегистрировано 712 пациентов с НОК с локализацией в периорбитальной области. Целью работы явилось изучение возможности лазерного лечения НОК в периорбитальной области.

Материалы и методы. Для верификации нозологии НОК применялись следующие методики: 1. Анкетирование, визуальный осмотр, фотосъемка очага поражения. 2. Дерматоскопическое исследование. По результатам исследования всем пациентам выставлены клинические диагнозы. В качестве основного инструмента для лечения НОК данной локализации был использован Лазер «Яхрома-Мед», разработанный Физическим институтом имени П.Н. Лебедева. Длительность импульса – 20 нс, интервал между импульсами – 60 мкс. Максимальная средняя мощность на выходе фокусирующей насадки до 2 Вт. Диаметр светового пятна на коже пациента – 600 мкм. Аппарат с такими характеристиками может избирательно лечить сосудистые или пигментные дефекты кожи с минимальным повреждением окружающей ткани. Лазер на парах меди излучает видимый свет с двумя длинами волн: зеленая (511 нм), которая сильно поглощается меланином, и желтая (578 нм), которая совпадает с пиком поглощения оксигемоглобина. Аппарат «Яхрома-Мед» имеет 3 режима работы: работа на желтом излучателе, зеленом излучателе, и смешанный режим излучения, когда одновременно на очаг воздействует и 511 нм и 578 нм длина волны. В зависимости от выбора режима излучения сформированы 3 группы.

Результаты. Выявлено 36 пациентов с базальноклеточным раком кожи с локализацией в периорбитальной области, что значительно больше, чем в 2012-13 гг. Больные направлены к онкологу для лечения.

Первая группа пациентов пролечена на режиме с длиной волны 578 нм (желтый цвет) излучения, мощностью 0,8-0,9 Вт, временем экспозиции 0,4 сек. Данная длина волны селективно воздействует на сосудистые новообразования, так как совпадает с пиком поглощения оксигемоглобина. В группу включены пациенты со следующими нозологиями: капиллярная гемангиома (48), кавернозная гемангиома (12), телеангиоэктазии (82), пиогенная гранулема (14). После проведения однократной процедуры у всех пациентов достигнут хороший эффект от терапии. Пациенты с диагнозом кавернозная гемангиома были направлены на повторную процедуру через 3 недели, в связи с особенностями данной патологии. Осложнения не выявлены.

Вторая группа пациентов пролечена на длине волны 511 нм (зеленый спектр излучения) с селективным поглощением меланина, мощность 0,7-1,2 Вт, время экспозиции 0,3 сек. Нозологии: лентиго (42), себорейный кератоз (285), пигментные формы папиллом (47), пигментные невусы (12). Все пролечены с хорошим косметическим эффектом без риска осложнения со стороны зрения.

Пациенты III группы пролечены на смешанном режиме воздействия, мощность 0,8- 1,3 Вт; время экспозиции 0,2-0,3 сек. Включены следующие нозологии: безпигментные формы папиллом (121), ксантоматоз век (34), серенгиома (11),

контагиозный моллюск (9), остроконечными кондиломами(6), плоские бородавки (8). Во время проведения процедуры происходит контролируемый нагрев патологической ткани до побеления и, как следствие, коагуляция сосудов, питающих образование, с последующим разрешением без формирования рубца. После однократной лазерной терапии эффект наступал в 100% случаев.

Выводы. Таким образом, использование лазера на парах меди «Яхрома-Мед» с помощью режима, специально подобранного для каждой нозологии с локализацией в периорбитальной области, позволяет существенно расширить спектр услуг, предоставляемых врачами дерматокосметологами. Мы убеждены в том, что действие лазерного излучения с длиной волны 578 нм и 511 нм позволяет достичь минимальной зоны термического повреждения, бескровной стерильной раны и, следовательно, минимальных косметических потерь, дает ему значительное преимущество перед другими методами терапии новообразований. Это особенно актуально с учетом возможности использования метода импульсного лазерного излучения во всех возрастных группах, а также у пациентов, обремененных сопутствующей соматической патологией.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Кондратьева Ю.С., Ведлер А.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Псориаз является актуальной и обсуждаемой клинической проблемой в современной медицине и одним из наиболее распространенных хронических заболеваний кожи, популяционная частота которого составляет от 1,5 до 5%. В 60-х годах прошлого столетия была сформулирована концепция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, в структуру которых включены и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Согласно концепции выделяют модифицируемые (поведенческие, биологические) и немодифицируемые факторы риска развития заболевания ССЗ. К поведенческим факторам относятся: курение, нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточное потребление алкоголя, хроническое психоэмоциональное напряжение. При длительном воздействии данных факторов на организм человека происходит формирование биологических факторов риска – артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, избыточной массы тела, ожирения и сахарного диабета, являющихся значимыми для развития ССЗ.

Целью работы явилась оценка поведенческих факторов риска развития ССЗ у больных различными формами псориаза. Материалы и методы. Работа проводилась на кафедре дерматовенерологии, косметологии и иммунологии ФГБОУ ВО АГМУ г. Барнаула. Обследовано 172 пациентов с псориазом. Федеральный закон РФ «О персональных данных» соблюден. Участники исследования информированы о целях работы и дали согласие на обработку персональных данных. В ходе работы учитывались данные анамнеза заболевания и жизни. Для оценки степени негативного

влияния кожного заболевания на различные аспекты жизни больного с помощью дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Группу сравнения составили 55 человек, не страдающих псориазом, где 24 (43,63%) женщин и 31 (56,36%) мужчин, средний возраст которых составил 42,47±14,13 лет. Результаты. В исследовании принимали участие 172 больных псориазом, средний возраст которых составил 44,2+ 15,3 лет. Из них 98 (57%) мужчины, средний возраст – 46,11+16,5 лет, а также 74 (43%) женщин, средний возраст – 47,35+16,1 лет. Средний стаж болезни у пациентов составил 14,2+12,9 лет. Провоцирующим фактором заболевания у исследуемых в большинстве случаев отмечался эмоциональный фактор – у 103 (60%) больных, инфекционные заболевания ЛОР-органов у 14 (8%) человек, травмы и нарушение целостности кожи у 5 (3%) и триггерный фактор не был выявлен у 50 (29%) человек. Наличие вредной привычки – курение, отмечалось у 68 (39,5%) больных, в то время как в группе сравнения данный фактор риска отмечался лишь у 9 (16,4%) исследуемых. Отмечается, что в группе больных псориазом соотношение курящих и некурящих исследуемых больше на 23,1%, чем в группе сравнения. При опросе было выявлено, что среди 172 пациентов с псориазом – 76 (44,2%) человек регулярно употребляют алкоголь, в то время как в группе сравнения – 16 (29%) человек. Из 76 больных псориазом 43 (56,6%) после приема алкоголя отмечали прогрессирование заболевания. В ходе опроса было выявлено, что нерациональное питание наблюдалось у 107 (62%) больных псориазом, в то время как в группе сравнения лишь у 22 (40%) человек. Низкая физическая активность наблюдалась у 90 (52%) пациентов с псориазом, в группе сравнения у 15 (27%) человек. С помощью ДИКЖ было оценено влияние псориаза на качество жизни. У 16 (9,3%) заболевание оказывает незначительное влияние, у 32 (18,6%) заболевание оказывает умеренное влияние на качественные характеристики жизни, у 79 (45,9%) заболевание оказывает очень сильное влияние и у 45 (26,2%) заболевание оказывает чрезвычайно сильное влияние на качество жизни. Выводы. Проведенное исследование показало, что у пациентов с псориазом имеются поведенческие риски развития ССЗ. Так, курение отмечалось у 39,5% пациентов, злоупотребление алкоголем в 44,2% случаях, нерациональное питание отмечалось у 62% пациентов, и низкая физическая активность в 52% случаев наблюдений. Доминирующая составляющая психоземotionalного фактора является важным в жизни больных псориазом, так, у 60% больных психоземotionalное перенапряжение явилось основным провоцирующим фактором заболевания. И согласно результатам оценки ДИКЖ у 45,9% больных псориаз оказывает очень сильное влияние и у 26,2% чрезвычайно сильное влияние на качество жизни. Таким образом, пациенты с псориазом имеют поведенческие риски развития ССЗ. Что требует проведения своевременных профилактических мероприятий по предупреждению развития ССЗ.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОГЕЛЯ «ЭНТОМИКС» С КОМПЛЕКСОМ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (FLIP7) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИЙ И МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

Корнишева В.Г., Черныш С.И., Ницетенко Д.Ю.

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

Бактерии, вызывающие инфекции, существуют в состоянии биопленок – сообществ микроорганизмов, погруженных в образуемый ими матрикс. Биопленки из бактерий устойчивы к действию антибиотиков и других лекарственных средств и хорошо защищают возбудителя от воздействия иммунной системы хозяина и играют роль резервуара хронической инфекции. Поэтому в настоящее время одним из перспективных направлений в фармацевтике является разработка новых препаратов и медицинских изделий, способствующих разрушению биопленок и препятствующих ее образованию. Российскими учеными разработан гель «Энтомикс» – комплекс пептидов, синтезируемых личинками насекомых семейства Calliphoridae, известных в зарубежной медицине под названием medicinal maggots. Эти личинки широко используются в США, Европе, Японии, Израиле для лечения гнойных поражений кожи, инфицированных ран и язв. Отечественная разработка позволила перевести эту медицинскую технологию на более высокий уровень, создав препарат, содержащий комплекс активных компонентов личинок. Комплекс, получивший название FLIP7, включает четыре группы пептидов, (дефензины, цекропины, диптерицины, богатые пролином пептиды), совместное действие которых обеспечивает разрушение матрикса и уничтожение образующих его патогенных бактерий различных видов, не оказывая токсического действия на клетки хозяина, включая клетки иммунной системы. Лабораторные исследования на культурах микроорганизмов показали, что FLIP7 эффективно подавляет развитие биопленок, формируемых как грам-положительными, так и грам-отрицательными бактериями на различных стадиях их жизненного цикла, от свободно плавающих одиночных клеток до зрелых биопленок. Комплекс антимикробных пептидов препятствует развитию патогенной микробиоты, заселяющей здоровую кожу и слизистые оболочки, и не препятствует развитию полезной микробиоты (молочнокислых бактерий). При повторных многократных применениях FLIP7 *in vitro* у возбудителей не возникало к нему привыкания: в пятидесятом пассаже препарат также эффективен, как при первом использовании, в то время как устойчивость к обычным антибиотикам начинала формироваться уже на втором-третьем пассаже. Исследования на культурах клеток иммунной системы человека не выявили токсичности FLIP7. Эксперименты на животных показали, что FLIP7 не проявляет острой и хронической токсичности при подкожном и внутривенном введении. Клиническое исследование безопасности на добровольцах не выявило кожно-раздражающего и сенсибилизирующего действия препарата при накожном применении. В настоящее время FLIP7 разрешен к применению для ухода за проблемной кожей в составе гидрогеля «Энтомикс». Применение этого геля при экспериментальных раневых инфекциях у животных позволило сократить сроки очищения ран и их эпителизации, предотвратить развитие раневой инфекции. Цель исследования. Изучение клинической эффективности геля «Энтомикс» в терапии поверхностных пиодермий и микробной экземы.

Материалы и методы. Проведено лечение 57 больным с различными проявлениями стрептостафилодермии (фолликулиты, импетиго, формирующиеся фурункулы) и микробной экземы. Препарат наносили на очаги поражения 2 раза в сутки. Курс лечения – 7 дней. Оценка эффективности терапии проводилась в течение применения препарата и по окончании курса лечения.

Полученные результаты. У 42% пациентов жжение, болезненность в очаге поражения исчезли на вторые сутки лечения. У 74% больных субъективные ощущения разрешились к 4 дню лечения. У 36% пациентов с пиодермией высыпания разрешились к 4-5 дню лечения и выздоровление отмечено у 60% больных к 7 дню лечения. У пациентов с микробной экземой на фоне проведения гипосенсибилизирующей терапии к концу недели отмечалось уменьшение зуда, жжения и разрешение выраженных воспалительных явлений. Гель «Энтомикс» больные переносили удовлетворительно. Аллергических реакций не было отмечено. Жалобы на жжение после нанесения средства отмечал один больной. Оценка применения геля «Энтомикс», данная больными, отличная оценка – 18%, хорошая оценка – 79%, удовлетворительная оценка – 1,5%. Лечение было не эффективно у 1,5%.

Выводы. Гель «Энтомикс» обладает противовоспалительным и антибиопленочным действиями, обрывает развитие пиококковых высыпаний и может быть рекомендован к использованию для комплексного местного лечения пиодермий и микробной экземы.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ТЕРАПИИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ

Корсунская И.М., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Качанова Н.В., Мельниченко О.О.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва

За рубежом в комплексном лечении ряда зудящих дерматозов широкое применение нашли методы эфферентной терапии (лат. efferens – удаление), в том числе – мембранный плазмаферез. В России также накоплен положительный опыт использования плазмафереза в лечении заболеваний кожи, однако в силу различных причин метод применяется значительно реже. Терапевтическая значимость плазмафереза состоит в элиминации экзогенных токсинов, метаболитов, иммунных комплексов благодаря использованию половолоконных и плоских фильтров, диаметр отверстий которых составляет 0,2-0,77 микрон, что препятствует движению клеток крови, в то время как плазма проходит свободно.

Цель: изучить влияние плазмафереза на эффективность комплексной терапии зудящих дерматозов.

Материалы и методы: в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» МНПЦДК ДЗМ в 2016 году в комплексное лечение ряда зудящих дерматозов был включен мембранный плазмаферез. Распределение пациентов было следующим: крапивница – 2 человека, красный плоский лишай – 3, экзема – 2, атопический дерматит – 13 человек. Возраст больных составил от 19 до

65 лет. Курс лечения состоял из 2-4 процедур, которые проводились с интервалом 2-3 дня. Длительность сеанса плазмафереза составляла 1,5-2 часа. Процедуры проводились в режиме нормоволемии, то есть объем вводимого раствора NaCl 0,9% соответствовал объему удаленной из кровотока плазмы. Часть пациентов сочетали курс плазмафереза с различными физиотерапевтическими методиками, в частности с УФО, магнитотерапией и др. В ходе лечения было отмечено, что клиническое выздоровление у больных, получающих мембранный плазмаферез, наступало быстрее в сравнении с теми, кому была назначена «стандартная» комбинированная терапия. Это проявлялось в более быстром регрессе высыпаний на коже, а также в снижении интенсивности зуда. Так, если на момент поступления у всех больных отмечался зуд, который они характеризовали как «сильный» (длительно препятствует засыпанию и в течение ночи часто нарушает сон), то уже после 2-й процедуры мембранного плазмафереза интенсивность зуда снижалась до «умеренного» или «слабого» (зуд не препятствует засыпанию и не нарушает сон/больной акцентирует свое внимание на зуде только после соответствующего вопроса). У больных с распространенными высыпаниями, тяжелым течением патологического процесса на коже и интенсивным зудом схожая динамика регресса клинических проявлений наблюдалась при введении в комплексное лечение системных глюкокортикостероидов. Пациентам, получающим плазмаферез, назначение данной категории препаратов не потребовалось.

Выводы: введение данного метода терапии в комплексное лечение зудящих дерматозов позволит достигать клинического улучшения в более короткие сроки, сократить период госпитализации, а также в ряде случаев отказаться от назначения системных глюкокортикостероидов, обладающих множеством побочных эффектов. Следует отметить, что при атопическом дерматите возможно назначение процедур плазмафереза в рамках программы оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

ОТ ЛИНЗЫ-ЛУПЫ К ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ МУЛЬТИФОТОННОЙ ТОМОГРАФИИ КОЖИ: ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ ОПТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Кочетков М.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

С момента появления дерматовенерологии как самостоятельной врачебной специальности до настоящего времени основным методом постановки диагноза является осмотр и визуальная оценка различных высыпаний, локализующихся на коже и видимых слизистых оболочках. Основоположники дерматологии уделяли большое внимание подробному описанию кожных высыпаний. По-прежнему важным методом постановки диагноза является визуальная оценка высыпаний на коже пациента, однако при использовании во время осмотра увеличительных стекол, линеек, дерматоскопов, микроскопов процесс описания высыпаний носит формально-субъективный

характер, не позволяя достоверно точно фиксировать места расположения кожных высыпаний, их форму, цвет, размер, и тем более точно отслеживать динамику их изменений. Объективная оценка кожных структур без выполнения биопсии, без сомнения является технологией, позволяющей в реальном времени не только оценить динамику кожного процесса, но и своевременно выявить признаки неопластических заболеваний на ранних доклинических стадиях. Эти возможности особенно полезны в тех случаях, когда от срока выявления кожной опухоли и назначения адекватной терапии напрямую зависит жизнь больного. Возможности оптических методов исследования ограничены небольшой глубиной в толщу тканей, с другой стороны они дают наибольшее разрешение. Именно оптические методы исследования, на основе их интеграции с лазерными технологиями легли в основу нового перспективного метода мультиспектральной томографии, который позволяет проводить оптическую биопсию *in vivo* с субклеточным пространственным разрешением. В этой технологии используется технология конфокальной микроскопии и фемтосекундный титан-сапфировый лазер в ближней инфракрасной области. Метод основан на способности лазерного излучения индуцировать мультиспектральное возбуждение биомолекул – NAD(P)H, флавинов, порфиринов, эластина и меланина. Флуоресцирующие белки, молекулярные красители и различные эндогенные биомолекулы чувствительны к облучению ультракороткими лазерными импульсами. Флуоресценция характеризуется специфической кинетикой спада, которая может быть использована для различия флуоресцирующих компонентов и получения информации относительно микросреды. Внеклеточный матричный элемент коллаген изображается генерацией второй гармоники (SHG). Аутофлуоресценция регистрируется специальными детекторами. Время жизни флуоресценции добавляет 4-ое измерение к изображению с высоким разрешением и предоставляет информацию относительно типа флуоресцирующей биомолекулы, а также молекулярных взаимодействий в пределах микросреды. Данная технология используется для диагностики меланомы кожи, в тканевой инженерии для обнаружения клеток и внеклеточных матричных компонентов, в исследованиях посвященных процессам заживления ран и возрастных изменений кожи, а также других исследованиях. Дерматоскопия и видеодерматоскопия наиболее доступные и надежные методы оптической диагностики. Видеодерматоскопы на сегодняшний день обладают достаточным разрешением, позволяют использовать сменные объективы с различным увеличением. На основе видеодерматоскопов были созданы и запущены в коммерческую эксплуатацию экспертные системы различного уровня и ценовой категории, отличия заключаются в дополнительных возможностях и специальном программном обеспечении. В самых ближайших планах в МНПЦДК будет создана лаборатория неинвазивной диагностики кожи. В лаборатории станет возможным комплексное обследование пациента полным охватом кожи, подкожной клетчатки, поверхностных мышц и фасций. Станет возможным в едином функциональном модуле исследование всех объектов, как макро и микроскопических размеров. Сочетание методов дает разрешающую способность в диапазонах от 5 микрон и соответственно возможна качественная визуализация

любого патологического процесса в коже и пограничных тканях, мониторинг развития и регресса патологических процессов, прямые количественные измерения размеров, глубины, площади и объема патологических очагов, определение их локализации в разных типах тканей. При помощи телемедицинских технологий станет возможным удаленное взаимодействие с лабораторий патоморфологии кожи и другими узкопрофильными специалистами в России, странах ближнего и дальнего зарубежья.

К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПИГМЕНТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Кусая Н.В.

«Профессорская клиника Юцковских», Владивосток

Энергия солнечного света является неотъемлемой составной жизни человека. Ультрафиолет участвует в формировании циркадного ритма, синтеза витамина D₃, селективная фототерапия активно используется в медицине. Однако изменения, вызванные чрезмерной по интенсивности или длительности инсоляцией, солнечные ожоги, острые актинические дерматиты, фотостарение, солнечный эластоз, новообразования кожи негативно сказываются на здоровье населения и могут являться причиной гибели. Злокачественные эпителиальные опухоли: базальноклеточный и плоскоклеточный рак как правило не вызывают трудности в диагностике и достаточно хорошо поддаются лечению. Наибольшее опасение вызывает неуклонный рост меланомы – самой злокачественной опухоли кожи, на которую приходится около 2% всех онкологических заболеваний. Каждые 15 лет частота заболеваемости меланомой возрастает в 2 раза. Отмечается рост заболеваемости меланомой кожи у лиц молодого возраста, агрессивное течение и высокие показатели смертности. Развернутая картина себорейного кератоза и меланомы имеет определенные клинические признаки постановки диагноза, их трудно перепутать между собой. Однако начальные проявления очагового кератоза и плоских кератом имеет достаточно сходную клиническую картину с лентиго или поверхностно-распространяющейся меланомой и требует взвешенного подхода относительно тактики ведения данных пациентов.

Целью работы явилось поиск критериев постановки правильного диагноза. При осмотре пациентов учитывались анамнестические данные, субъективные ощущения, исходное состояние кожи, наличие меланоцитарных невусов. В комплексную оценку пигментных образований и ранней диагностики меланомы кожи входили: диагностический алгоритм Фигаро, дерматоскопия (Delta 20, Heine), с расчетом по алгоритму ABCD и общего дерматоскопического индекса (ОДИ). Данная методика незаменима при выявлении меланом на ранних стадиях развития. При обследовании учитывались следующие дерматоскопические признаки: наличие, или отсутствие пигментной сети, атипичная пигментная сеть и ее регресс, полихромия, сине-белая вуаль, асимметрия, атипичные сосуды, наличие мозговых структур, ороговевших кист сальных желез. В результате обследования 362 пациентов с образованиями кожи, было выявлено 3 меланомы, 9

базалиом и 45 кератом, гистологически диагноз подтвержден. Хочу привести два клинических случая. Пациент А, 1940 г.р. Обратился в клинику, в связи с получением направления в онкодиспансер на иссечение меланомы от дерматолога. Объективно: на коже правой окололопаточной области образование в виде пятна, округло-овальной формы, с нечеткими границами, слегка возвышающееся над поверхностью, до 1,5 см по длиннику, соломенно-серо-коричневого цвета, с усиленным сосудистым рисунком и геморрагическими корками. Дерматоскопически: отсутствие признаков меланоцитарного образования, единичные мозговые структуры, ороговевшие кисты сальных желез, поверхностные сосуды. После проведения радиоволновой эксцизии, гистологически себорейный кератоз, плоский тип. Пациент П, 1958 г.р., обратился в клинику для удаления «кератоза», с кожи ушной раковины. Объективно: на коже левой ушной раковины образование в виде пятна, округлой формы, слегка возвышающегося, серо-черного цвета, до 0,6 см в диаметре. Дерматоскопически: отсутствие признаков себорейного кератоза, признаки регресса пигментной сети, бесструктурные зоны. Проведено оперативное лечение, гистологически: поверхностно-распространяющаяся меланома. Использование комплексного подхода к диагнозу позволило избежать ошибок в тактике терапии.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГРУППЫ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

*Лебедева Е.В., Полевщикова С.А., Сапожникова Н.А.,
Маляренко Е.Н., Львов А.Н.*

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Задачи. Определить эффективность цитологических, патоморфологических и иммунологических критериев в диагностике заболеваний группы акантолитической пузырьчатки.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ГБУЗ г. Москвы МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко». Материалом исследования являлись стационарные карты 16 пациентов со следующими клиническими диагнозами по МКБ-10: L10.0 Пузырчатка обыкновенная; L10.2 Пузырчатка листовидная; L10.4 Пузырчатка эритематозная (Синдром Сенира-Ашера). Гендерное распределение – мужчины: женщины = 2:15 Средний возраст среди женщин 63 года, мужчин 52 года. Серологическая диагностика проводилась с использованием иммуноферментного анализа с рекомбинантными антигенами тест-систем Euroimmun (ELISA).

Результаты: у 10 пациентов с диагнозом «L10.0 Пузырчатка обыкновенная», подтвержденным патоморфологическим исследованием кожи, в мазках-отпечатках в 100% обнаружены акантолитические клетки, серологически: нарастают значимые титры ДСГ-1 и ДСГ-3, с преобладанием титра ДСГ-3 (7 случаев), в 2 случаях титр ДСГ-3 ниже ДСГ-1, а в одном случае нарастание исключительно титра ДСГ-3. Отмечена следующая связь, при выявлении ДСГ-1 и ДСГ-3 имеет место вульгарная пузырьчатка с поражением кожи и слизистых оболочек (7 случаев).

У 4 пациентов с диагнозом «L10.2 Пузырчатка листовидная» акантолитические клетки не обнаружены, серологически: нарастал исключительно титр ДСГ-1, с учетом особенностей клинической картины в одном случае выставлен диагноз «L10.4 Пузырчатка эритематозная (Синдром Сенира-Ашера)», подтвержденный патоморфологическим исследованием кожи (гистологические изменения при эритематозной пузырьчатке подобны листовидной пузырьчатке). В одном клиническом случае отмечено нарастание титра ДСГ-1, скрининг на акантолитические клетки положительный, однако по результатам патоморфологического исследования гистологические изменения более всего соответствовали диагнозу «L10.0 Пузырчатка обыкновенная». При проведении патоморфологического исследования одного из биоптатов выставлен диагноз «L10.4 Пузырчатка эритематозная (Синдром Сенира-Ашера)», акантолитические клетки не обнаружены, нарастания титров не отмечено.

Выводы: учитывая высокую летальность заболеваний группы акантолитической пузырьчатки, в связи с прогрессирующим течением, необходима разработка и внедрение современных, быстровоспроизводимых, точных методов диагностики. Скрининг на акантолитические клетки, несмотря на простоту и быстроту воспроизведения, не всегда информативен, в связи с обнаружением клеток при других буллезных дерматозах. При проведении патоморфологического исследования могут возникнуть проблемы, начиная от забора материала, неправильной интерпретации гистологических изменений, заканчивая лечебным патоморфозом. Иммунологические методы диагностики буллезных дерматозов должны быть обязательным этапом при постановке диагноза в связи с быстротой воспроизведения, высокой чувствительностью и специфичностью.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЗА 2014-2016 ГОДЫ.

Лунашко О.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Цель работы: оценка эпидемиологической ситуации, обусловленной заболеваемостью папилломавирусной инфекцией в городе Москве за 2014-2016 годы у детей и подростков.

Материалы и методы выполнения: проведен анализ заболеваемости папилломавирусной инфекции на территории города Москвы по данным статистических наблюдений, полученных на базе МНПЦДК ДЗМ и его филиалов, согласно приказу №223 от 25.06.2013 г.

Результаты и их обсуждения. За период с 2014 по 2016 год на приеме было зарегистрировано 42 345 пациентов, обратившихся в филиалы МНПЦДК ДЗМ, с различными проявлениями ПВИ в возрастной популяции от 0 до 17 лет 41,3% и от 18 лет и старше 58,7%. Распространенность данной инфекции незначительно превышает у женского пола 55%, у мужского пола составила 45%. Согласно приказу №223 от 25.06.2013 г. внесены изменения в регистрации

учета форм бородавок, в результате чего можно проследить распространенность различных форм в каждой из представленных возрастных категорий. Пациенты в возрасте от 0 до 17 лет мужского пола составили 53,7%, женского пола составили 46,3% по формам ПВИ распределились следующим образом: вульгарные бородавки 54,5% , подошвенные бородавки 40,5%, ювенильные бородавки 2,7%, вирусные папилломы 1,7%, аногенитальные бородавки 0,6%. В группе от 0 до 14 лет мужского пола превалирует и составляет 66%, женского 34% на долю вульгарных бородавок приходится 56,6%, подошвенные 40%, ювенильные 2,4%, вирусные папилломы 0,7%, аногенитальные 0,3%. В возрастной популяции от 15-17 лет мужского пола 40%, женского пола превышает 60%, на долю вульгарных бородавок приходится 56%, подошвенные 33%, ювенильные 3,2%, вирусные папилломы 5,3%, аногенитальные 2,5%. За период с 2014 по 2016 год динамика заболеваемости без видимых изменений в 2014 г. 13 350 , 2015 г. – 14 795, 2016 г. – 14 200 пациентов, обратившихся на прием.

Выводы: таким образом, в результате анализа полученных данных можно отметить, что в возрастной популяции от 0-17 лет по формам ПВИ превалируют вульгарные бородавки затем на втором месте подошвенные, ювенильные, вирусные папилломы и в меньшей степени аногенитальные бородавки. Необходимо отметить, что в группе от 0-14 лет распространенность различных форм вирусных бородавок преобладает, данная группа составляет большую часть обратившихся пациентов по сравнению с группой пациентов от 15-17 лет. Количество пациентов с аногенитальными бородавками превалирует в группе от 15-17 лет и в меньшей степени у детей от 0-14 лет, но все же такие пациенты были зарегистрированы и требуют отдельного внимания для дальнейшего изучения данной проблемы. Все пациенты, которые находились под нашим наблюдением с диагнозом аногенитальные бородавки, были заражены бытовым путем либо путем аутоинокуляции, случаев полового заражения не отмечалось. Отсутствие динамики заболеваемости папилломавирусной инфекции с 2014-2016 год говорит о необходимости проведения первичной профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОЖНЫХ НЕОПЛАЗИЙ В РАМКАХ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Маймасов И.Г., Горбачук Н.В., Иванова Е.С., Артюхина Л.Ю., Зелтынь-Абрамов Е.М.

Городская клиническая больница №52, Москва

Подходы к диагностике и оценке тяжести заболеваний кожи в условиях многопрофильного стационара имеют свои особенности, связанные с наличием у пациентов тяжелой коморбидной патологии. Достаточно часто диагноз кожного заболевания устанавливается в процессе наблюдения пациентов, поступающих в стационар по экстренным показаниям. В этой связи практический интерес представляют два клинических наблюдения кожной неоплазии (грибовидного микоза), впервые выявленной у пациентов с различными поражениями почек.

Клиническое наблюдение №1. Пациент В., 65 лет, находящийся на лечении программным гемодиализом в исходе подагрической нефропатии, поступил в 1 нефрологическое отделение ГБУЗ «ГКБ №52» с клиникой инфицирования центрального венозного катетера. На фоне проведения антибактериальной терапии появился кожный зуд, обильные эритематозные высыпания на коже туловища и конечностей, рецидив лихорадки до 38°C. Данная симптоматика была расценена как токсико-аллергическая реакция на антибиотики, однако соответствующая терапия оказалась безуспешной. По назначению дерматолога проведена биопсия кожи: диффузно-очаговая инфильтрация полиморфными гистиоцитами и атипичными ретикулярными клетками глубоких слоев дермы с распространением на эпидермис и периваскулярно. При иммуногистохимическом исследовании выявлена положительная экспрессия CD4 > CD8. На основании клинической, морфологической и иммунофенотипической картины диагностирован грибовидный микоз. Принимая во внимание коморбидный статус пациента и отсутствие генерализованной лимфоаденопатии, принято решение воздержаться от специфической терапии и отменить назначенные ранее антигистаминные препараты. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение профильных специалистов, включая дерматолога КВД по месту жительства. Клиническое наблюдение №2. Пациент К., 70 лет, длительно страдающий сахарным диабетом II типа, находящийся на постоянной инсулинотерапии, переведен из другого стационара в 1 нефрологическое отделение ГБУЗ «ГКБ №52» с клинико-лабораторной картиной острой почечной недостаточности на четвертые сутки после коронароангиографии и стентирования коронарных артерий. При поступлении диагностирована контраст-индуцированная нефропатия. При осмотре обращали на себя внимание кожный зуд, эритродермии, выраженная инфильтрация и шелушение кожного покрова. Для верификации кожного процесса (исключение токсико-аллергической реакции на контрастный препарат) проведена биопсия кожи с последующим иммуногистохимическим исследованием. Полученные данные позволили диагностировать грибовидный микоз как причину поражения кожи. По мере разрешения неотложного состояния пациент был выписан под наблюдение профильных специалистов, включая дерматолога КВД по месту жительства. Представленные наблюдения демонстрируют различные клинические варианты грибовидного микоза у пациентов с тяжелой коморбидной патологией в ситуациях, когда кожный процесс изначально трактовался в рамках других заболеваний. Ключевыми факторами своевременной диагностики кожной неоплазии в представленных случаях являлись клиническая настороженность дерматолога и возможность в условиях многопрофильной клиники оперативного проведения биопсии кожи и иммунофенотипирования.

ДЕРМАТОСКОПИЯ: ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ

Майорова А.В., Шугунина Е.А., Арутюнян Л.С., Рассохина О.И.

Российский университет дружбы народов, Москва

Дерматоскопия – это единственный широкодоступный метод исследования *in Vivo* внутрикожных изменений. Благодаря этому методу стала возможной ранняя диагностика меланомы, дифференциальный диагноз доброкачественных и злокачественных новообразований кожи, диспансерное наблюдение меланомаопасных невусов, диагностика сосудистых изменений кожи, контроль лечения ряда дерматозов, диагностика чесотки и демодекоза. Значение этого метода имеет чрезвычайно важное значение для косметологов, онкологов и дерматовенерологов. Порядки оказания медицинской помощи по указанным выше специальностям, утвержденные МЗ РФ в 2012 г. требуют от практических врачей владения навыками дерматоскопии. Первая программа профессионального постдипломного образования по дерматоскопии была утверждена Ученым Советом ММА им. И.М.Сеченова в 2007 г. Цикл краткосрочного повышения квалификации (72 час.) включал лекции (30% учебного времени), семинары (30%) и практические занятия (40%) и был очным. В настоящее время, согласно последней редакции закона N323-ФЗ от 29.12.2015, период постепенного перехода от системы сертификации к новой системе аккредитации. До 2026 года специалисты, имеющие сертификат врача и опыт практической работы по своей специальности в течение последних 5 лет, продолжают получать сертификаты по существующей системе профессионального постдипломного образования, и начинают постепенно встраиваться в модель непрерывного медицинского образования, проходя аккредитованные учебные мероприятия и получая баллы (кредиты). Общее число баллов, которые врач должен набрать за 5 лет, составляет 250 баллов, а в год необходимо набирать не менее 50 баллов, из которых 36 баллов необходимо набрать на курсах повышения квалификации, а 14 баллов посредством аккредитованных учебных мероприятий или электронных учебных модулей по выбранным врачом темам. Накопление баллов необходимо будет для прохождения врачом в дальнейшем процедуры аккредитации, для которой и необходимо накопить 250 баллов. Только это является допуском к сдаче экзаменов по теории и практике и включению врача в реестр специалистов. Непрерывное медицинское образование предполагает внедрение дистанционных методов обучения - проведения вебинаров, видеолекций и электронных учебных модулей.

С целью оптимизации процесса постдипломного профессионального образования и повышения его эффективности программа обучения дерматоскопии может быть преобразована следующим образом: теоретические знания курсанты могут осваивать дистанционно. Лекционный курс может быть представлен видеолекциями, семинары – вебинарами или электронными учебными модулями. Однако только очные занятия позволяют овладеть курсантам практическими навыками. Курсанты должны получить навыки обследования пациента с помощью дерматоскопов DermLite и Heine, видеодерматоскопов FotoFinder dermoscope, фотодерматоскопии с использованием программы MoleExpert, оценить на практике преимущества поляризационных и иммерсионных дерматоскопов, овладеть методиками картирования кожи пациента.

Таким образом, сочетание дистанционных методов получения знаний и очного обучения позволят оптимизировать процесс овладения дерматоскопией.

ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ГЕПАТИТОВ

Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Воронцова И.В., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии косметологии ДЗМ, Москва

У пациентов с псориазом, возникшим ранее, чем ВИЧ-инфекция или гепатит, тяжесть заболевания тесно связана с прогрессированием сопутствующей патологии, в большинстве случаев делая прогноз течения псориаза неблагоприятным. У данной группы пациентов наиболее часто встречается эритродермия, экссудативный псориаз и другие тяжелые формы псориаза. Терапия таких пациентов затруднена связи с невозможностью назначения препаратов резерва (метотрексат, глюкокортикостероиды и т.д.). В этом случае на первое место выходят препараты, влияющие на функцию гепатоцитов и обладающими детоксикационными, нейтропротекторными, антиоксидантными, регенерирующим и антифиброзирующим эффектами (Адемितिонин, эссенциальные фосфолипиды).

На стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» МНПЦДК ДЗМ за 2016 год поступило 6700 пациентов, из них пациенты с псориазом 58%, из которых 47% контингента имели сопутствующие заболевания, отягчающие течение кожного процесса. По нашим данным, количество пациентов с псориазом и ВИЧ-инфекцией составило 6%, с гепатитом С – 16%, гепатитом В – 4%. По мимо перечисленных тяжелых сопутствующих заболеваний у пациентов наблюдался сахарный диабет, ССЗ, гепатозы. В данных группах проводилось консервативное лечение (дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и седативная терапия) со слабовыраженным и кратковременным эффектом. В связи с вышеизложенным, данным пациентам была назначена симптоматическая терапия (топические стероиды с кератолитиками, курсы гепатопротекторов). Проводя сравнение данных по лечению отягощенных инфекционными заболеваниями пациентов, получавших гепатопротекторы, можно сделать вывод о необходимости обязательного включения данных препаратов в стандарты терапии соматически отягощенного дерматоза. Комплексный подход к терапии псориаза, зачастую совместно со смежными специалистами, позволяет достигнуть более выраженного клинического эффекта, увеличения длительности ремиссии и улучшения качества жизни пациентов.

НЕЙРОСИФИЛИС ПОД МАСКОЙ ПСИХО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Леощенко Е.П., Стоянова Г.Н., Кулешов А.Н., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии косметологии ДЗМ, Москва

По данным федерального государственного статистического наблюдения No 9 за 2010-2014 гг. процентное соотношение сифилиса позднего скрытого в 2014 г. по отношению к

другим его формам снизилось на 5,4% (77,8% – в 2010 г.; 72,4% – в 2014 г.) по сравнению с 2010 г. Между тем доля позднего нейросифилиса и сифилиса сердечно-сосудистой системы увеличилась с 15,8 до 21,5% и с 1,0 до 2,0%, что составило 6,3 и 1,0% соответственно; доля сифилиса позднего неуточненного уменьшилась с 5,6 до 4,1%. Таким образом, на данный момент эпидемиологическая ситуация в России характеризуется увеличением заболеваемости нейросифилисом и висцеральными его формами. По данным стационара МНПЦДК «Клиника им. В.Г. Короленко», в 2006 г. было зарегистрировано 229 случаев первично выявленного нейросифилиса и 12 случаев кардиоваскулярного сифилиса. В последнее время участились случаи поступления пациентов в КВД из неврологических и нейрохирургических отделений. Это свидетельствует о том, что, возможно, была проведена неадекватная терапия при первичных проявлениях заболевания, а также о наличии у этих пациентов ВИЧ-инфекции, гепатитов, алкоголизма и наркомании.

В качестве примера приводим историю болезни пациента, поступившего из нейрохирургического стационара. Больному 31 год. В декабре 2015 года пациент получил сотрясение головного мозга легкой степени в ДТП. В январе 2016 года у больного было состояние кратковременного делирия (2-3 дня), проявлявшегося галлюцинациями и спутанности сознания, которое прошло самостоятельно без обращения к врачу. В конце февраля 2016 года отмечался тетрапарез, и в марте 2016 года он поступил в нейрохирургическое отделение с подозрением на опухоль головного мозга. Помимо тетрапареза, отмечалась спутанность сознания, отсутствие речи. При обследовании обнаружены РМП 4+1:32, РПГА 4+, ИФА положит, Ig G-обнаруж, Ig M-не обнаружен, РИФ 4+/4+, РИБТ 68%, Антитела к ВИЧ-обнаружены. Было также произведено исследование спинно-мозговой жидкости: РМП 4+, РПГА 4+, ИФА-положит, VDRL-полжит, РИФ 4+, РИБТ-63%. На основании результатов исследования был выставлен диагноз: Нейросифилис с симптомами (органическое расстройство сложного генеза, энцефалопатия сложного генеза, когнитивные и координационные нарушения). А 52.1; ВИЧ-инфекция. Больному был проведен курс специфической терапии. У больного отмечается положительная динамика с уменьшением координационных когнитивных нарушений. У жены выявлены ВИЧ-инфекция и скрытый ранний сифилис. Данный пример показывает необходимость учитывать, что сифилис может протекать под масками различных заболеваний. При сборе анамнеза специалистами других направлений важно помнить о возможности наличия у пациентов венерологических инфекций и проводить скрининговое обследование на сифилис, гепатиты и ВИЧ-инфекцию.

РАЗВИТИЕ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА У ПАЦИЕНТА С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Маляренко Е.Н., Моднова А.Г., Денисова Е.В., Бобров М.А., Полевщикова С.А., Платонова Д.В., Макматов-Рысь М.Б., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Российский университет дружбы народов, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва

Вульгарный псориаз (ВП) и буллезный пемфигоид (БП) представляют собой 2 подробно изученных хронических воспалительных дерматоза, каждый из которых достаточно часто встречается в клинической практике. Случаи сопутствующего развития этих заболеваний у одного пациента редки, а патогенетические механизмы данного явления не до конца ясны. Одновременное развитие ВП и буллезных дерматозов впервые было описано в литературе D. Bloom еще в 1929 году. Сообщается, что среди всех пузырных дерматозов, БП встречается у больных ВП чаще всего, возможно, из-за высокого уровня заболеваемости пемфигоидом (1/40000). Известно, что сочетание ВП и БП чаще наблюдается у мужчин в возрасте около 50-80 лет с длительным анамнезом псориаза, при это БП, как правило, возникает вторично к ВП со средним временным интервалом в 20 лет. Предполагается, что развитие БП у больных псориазом может быть ассоциировано с иммунологическими нарушениями, а также с лечением ВП. В ряде исследований в сыворотке крови пациентов с ВП были обнаружены циркулирующие антитела против компонентов мальпигиевого и рогового слоя. Считается, что дисрегуляция Т-клеточной активности при ВП может индуцировать продукцию специфических антител к антигенам базальной мембраны. Кроме того, другие аутоиммунные заболевания, такие как системная красная волчанка, миастения, синдром Шегрена, тиреоидит Хашимото, герпетиформный дерматит Дюринга, вульгарная пузырчатка, линейный IgA-дерматоз и витилиго были ранее описаны у больных ВП, что может указывать на общие патогенетические черты этих патологий. Существуют доказательства этиологической роли терапии ВП в развитии БП. Показано, что базальный слой эпидермиса крайне уязвим к воздействию ультрафиолетового (УФ) света. Воздействие ПУВА-терапии и ретиноидов приводит к изменениям гликокаликса и экспрессии ВР-антигенов в неповрежденной коже и в культуре кератиноцитов, а также снижает экспрессию молекул адгезии на циркулирующих и инфильтрирующих ткани Т-лимфоцитах. В настоящей работе мы приводим описание клинического случая БП, развившегося у пациента с длительным анамнезом псориаза. Больной мужчина 44 лет, был госпитализирован в наше отделение с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, интенсивный зуд. Со слов пациента: болен псориазом в течение 24 лет, неоднократно получал лечение в амбулаторных и стационарных условиях с временным положительным эффектом. За месяц до обращения в клинику, на фоне стресса обнаружил появление зудящих пузырных элементов на коже туловища и конечностей, лечился самостоятельно антигистаминными препаратами, растворами анилиновых красителей местно. В дальнейшем отметил распространение высыпаний и усиление зуда, направлен на госпитализацию. На момент поступления при осмотре на коже туловища, верхних и нижних конечностей отмечались высыпания в виде папул красного цвета, сливающихся в крупные инфильтрированные бляшки с четкими границами, насыщенной красно-бурой окраски. Кроме того, обнаружены

единичные буллезные и везикулезные элементы до 0,7 см в диаметре с напряженной крышкой и прозрачным серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корочки. В ротовой полости высыпаний не обнаружено. Псориатическая триада полностью не определялась. Симптомы Никольского и Асбо-Ганзена отрицательные. По данным мазка-отпечатка и анализа пузырчатой жидкости: акантолитические клетки не обнаружены, эозинофилы – 17%. Другие лабораторные показатели без патологических изменений. При гистологическом исследовании биоптата кожи были обнаружены морфологические признаки псориаза в сочетании с изменениями, характерными для буллезного пемфигоида: эпидермис с паракератозом, скоплениями нейтрофилов в роговом слое, акантозом с истончением надсосочковых участков. По краю биоптата определяется эрозивный дефект, дно которого представлено дермой с сохраненным сосочковым рисунком. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные с примесью эозинофилов инфильтраты. На основании клинических данных и результатов гистологического исследования выставлен диагноз: Буллезный пемфигоид Лёвера. Распространенный псориаз, экссудативная форма, прогрессирующая стадия. Начата терапия дапсоном по 50 мг 2 р/в день – пятидневными турами в сочетании с десенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапией, проводимой по поводу распространенного псориаза. На фоне проводимого лечения отмечалось улучшение. Данный клинический пример показывает возможность развития БП на фоне длительно существующего псориаза.

РЕДКИЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

Маляренко Е.Н., Моднова А.Г., Стоянова Г.Н., Черепнева О.В., Бобров М.А., Макматов-Рысь М.Б., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Российский университет дружбы народов, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва

Кольцевидная гранулема (КГ) представляет собой доброкачественный воспалительный дерматоз и является относительно распространенным заболеванием, которое встречается у представителей всех возрастных групп, но редко в младенческом возрасте. КГ является полиэтиологическим состоянием и может быть ассоциировано с травмами, хроническими инфекциями, вирусными агентами, инсоляцией, иммунизацией и другими факторами. Патогенез КГ до конца не ясен, однако предполагается, что в нем играют роль реакция гиперчувствительности замедленного типа (тип IV), иммунокомплексный васкулит и дефекты моноцитарного тканевого звена. К другим возможным механизмам относятся первичная дегенерация соединительной ткани, приводящая к гранулематозному воспалению, лимфоцит-опосредованный иммунный ответ с активацией макрофагов, и цитокин-опосредованная дегенерация соединительной ткани. Как правило, характерными клиническими проявлениями КГ являются высыпания в виде

дермальных папул и бляшек красноватого и красновато-фиолетового цвета, формирующих кольцевидные очаги. При патоморфологическом исследовании обнаруживаются некробиотические гранулемы – очаги дегенеративно измененного коллагена, окруженные палисадообразными гистиоцитарными инфильтратами. Выделяют ряд форм КГ, имеющих определенные клинические особенности: локализованную КГ, диссеминированную КГ, подкожную КГ (псевдоревматоидный узел), перфорирующую и бляшечную КГ. Диагноз заболевания в обычных случаях устанавливается на основании типичной клинической картины и результатов патоморфологического исследования биоптатов. Клинически КГ необходимо дифференцировать с сакоидозом, красным плоским лишаем (КПЛ), кольцевидной эритемой, многоформной экссудативной эритемой, хронической мигрирующей эритемой, подострой красной волчанкой, липоидным некробиозом и другими состояниями. Гистологическая дифференциальная диагностика проводится с липоидным некробиозом, ревматоидным узлом (при подкожной форме), эластолитическими гранулемами (актинической гранулемой, многоформной гранулемой и др.), саркоидозом (при саркоидном типе). В настоящей работе мы приводим описание клинического случая диссеминированной формы КГ у пожилого пациента, имевшей патогистологические признаки, характерные для саркоидоза. Пациент мужчина в возрасте 73 лет наблюдался нами во время 2 госпитализаций в стационаре МНПЦДК филиала «Клиника им. В.Г. Короленко». Из анамнеза известно, что за 4 месяца до первого визита в стационар больной отметил появление высыпаний на коже груди без видимого провоцирующего фактора. Обратился к дерматологу по месту жительства, диагноз «красный плоский лишай». Лечился амбулаторно стероидными кремами и мазями с временным положительным эффектом. В дальнейшем высыпания распространились на кожу всей поверхности туловища, верхних и нижних конечностей, в связи с чем был направлен на госпитализацию в наш филиал. При осмотре: высыпания представлены множественными диссеминированными полигональными папулезными элементами красновато-бурого и красновато-фиолетового цвета, плотной консистенции, без тенденции к слиянию и формированию аннулярных очагов. В ходе лабораторного скрининга значимых патологических изменений не обнаружено. Клинически был диагностирован КПЛ. Проводилась десенсибилизирующая, гепатопротективная терапия, местная гормональная терапия, начат прием преднизолона per os в дозе 15 мг. С целью уточнения диагноза проведена биопсия кожи. При гистологическом исследовании были выявлены изменения, характерные для саркоидоза – эпителиоидноклеточные некротизирующиеся гранулемы в верхних отделах дермы. Больной был выписан с улучшением и рекомендациями по амбулаторному снижению дозы преднизолона. Также даны рекомендации по дообследованию у фтизиатра. Пациент был повторно госпитализирован в наше отделение спустя 8 месяцев с очередным обострением дерматоза, взята повторная диагностическая биопсия кожи. Морфологическая картина в биоптате соответствовала кольцевидной гранулеме: в верхних отделах дермы микрофокусы дегенерации коллагена, окруженные интерстициальными гистиоцитарными с наличием многоядерных клеток инфильтратами.

Вывод: представленный случай демонстрирует множество клинических и морфологических проявлений КГ, которые в отдельных случаях могут одновременно вызвать затруднения при дифференциальном диагнозе с другими дерматозами как у врача-дерматолога, так и у патоморфолога.

РАЗРАБОТКА НАБОРА РЕАГЕНТОВ ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ TORCH-ИНФЕКЦИЙ В ФОРМАТЕ ЛИНЕЙНОГО ИММУНОБЛОТТИНГА

Марданлы С.Г., Арсеньева В.А., Амелина Е.А.

ЗАО «ЭКОлаб», Электрогорск

Для оперативного обследования контингентов населения из групп риска в отношении инфекций TORCH группы и обеспечения стандартов оказания медицинской помощи беременным женщинам по профилю «акушерство и гинекология» (Приказ МЗ РФ № 572н от 01.11.2012) необходимо проводить регулярное обследование методом ИФА с целью определения маркеров инфицирования каждым возбудителем в отдельности.

Цель: осуществить разработку отечественного набора реагентов для одновременного выявления антител разных классов к основным возбудителям инфекций TORCH группы.

Результаты исследования. В качестве основы создания нового отечественного теста («Лайн-Блот TORCH-профиль») была выбрана технология мультипараметрического исследования в линейном иммуноблоттинге (ЛИБ). Были разработаны: оригинальный формат иммуносорбента, представляющего собой нитроцеллюлозную мембрану с нанесёнными на нее 5 поперечными линиями антигенов (очищенные нативные антигены *Toxoplasma gondii* и *Rubella virus* зарубежного производства, а также высокоспецифичные рекомбинантные аналоги антигенов CMV, HSV-1 и HSV-2 собственного производства), и необходимые растворы реагентов (разводящий, субстратный и промывающий растворы, конъюгат, стоп-реагент). Комплектация набора №1 предназначена для определения антител класса G, а комплектация №2 – антител класса M. Иммуносорбент в комплектации №1 дополнительно содержит рекомбинантный антиген *T. gondii* р30 (для исключения первичной инфекции за последние 3 месяца) и контроль защитного уровня гуморального иммунитета к краснухе (Ru-Cut off). Диагностическую эффективность опытно-экспериментальных серий нового набора изучали в сравнительных испытаниях на 1115 образцах контрольных материалов отечественных производителей, а также клинических образцах крови по отношению к результатам их исследования в ИФА с наборами, разрешенными к применению в России. При этом установлены высокие показатели диагностической эффективности нового набора в комплектации №1 (98,5%) и №2 (72%).

Заключение. Новый отечественный набор реагентов «Лайн-Блот TORCH-профиль» завершил процедуру государственной регистрации в России (ПУ № РЗН 2017/5248 от 13.01.2017) и в качестве эффективного импорт замещающего теста, может быть рекомендован для скрининга населения на инфицированность возбудителями TORCH группы.

ОДНОВРЕМЕННАЯ ДЕТЕКЦИЯ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ОСНОВНЫХ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Марданлы С.С., Арсеньева В.А., Амелина Е.А., Ротанов С.В., Марданлы С.Г.

ЗАО «ЭКОлаб», Электрогорск

По данным ВОЗ вызываемые герпесвирусами заболевания занимают 2-е место после гриппа как причина смерти от вирусных инфекций, и этот показатель достигает 15,8%. Одной из основных задач современной клинической лабораторной диагностики является обеспечение достоверной этиологической диагностики внутри группы герпесвирусных инфекций, особенно при наличии неясных клинических симптомов заболевания.

Цель: разработка нового набора реагентов, позволяющего в рамках одного лабораторного исследования дифференцированно определять в крови пациента антитела к основным возбудителям герпесвирусных инфекций человека (HSV-1, HSV-2, VZV, EBV, CMV).

Результаты. В результате проведенных исследований в отделе перспективных разработок ЗАО «ЭКОлаб» был создан набор реагентов «Лайн-Блот ВГЧ-профиль» (комплект №1 – IgG, комплект №2 – IgM). Клинические испытания нового набора реагентов проведены с 319 образцами сыворотки крови (128 ВИЧ-инфицированных лиц (ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»), 86 беременных (Центр охраны здоровья матери и ребенка имени В.И. Кулакова) и 105 лиц, проходивших лечение или обследование (ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи РАМН), в качестве наборов сравнения использовали разрешенные к применению в России ИФА тест-системы.

Выводы. Разработан оригинальный набор реагентов «Лайн-Блот ВГЧ-профиль» (комплект №1 – IgG и комплект №2 – IgM), предназначенный для одновременного дифференцированного скрининга антител к антигенам герпесвирусных инфекций человека. Применение нового набора в практике здравоохранения позволит в рамках одного исследования достоверно определять состояние гуморального иммунитета пациента дифференцированно в отношении специфических антигенов основных возбудителей герпесвирусных инфекций человека (HSV-1, HSV-2, VZV, EBV, CMV), а также устанавливать сроки инфицирования в отношении VZV. Клинические испытания показали высокую диагностическую информативность определения IgG (91,0-100%) и IgM (98,4-100%) с использованием набора реагентов «Лайн-Блот ВГЧ-профиль», что позволяет представить его к регистрации в Российской Федерации в качестве медицинского изделия для применения в учреждениях здравоохранения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИВОССТАНАВЛИВАЮЩЕГО СРЕДСТВА SICAPLAST BAUME B5 ОТ LA ROCHE-POSAY В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Маслевская Л.А., Колесникова Е.О., Головач Н.А., Федосова Ж.А.

*Рязанский областной кожно-венерологический диспансер,
Рязань*

Введение. За последнее время дерматологическая практика значительно обогатилась новыми высокоэффективными лекарственными препаратами, что существенно повысило возможности врача в лечении больных хроническими дерматозами. Значимая роль в комплексной терапии больных хроническими дерматозами принадлежит местной терапии. У больных атопическим дерматитом кожа претерпевает ряд значительных изменений, а именно нарушается барьерная функция, для восстановления которой используются топические препараты, относящиеся к группе эмолиентов. В качестве примера такого современного увлажняющего средства можно привести косметическое средство фирмы La Roche-Posay – бальзам Цикапласт. Бальзам Цикапласт относится к парафармацевтическим товарам (сопутствующим лекарственным средствам), группе по уходу за кожей. В состав бальзама входят Пантенол – 5% (успокаивает, восстанавливает, снимает воспаление). Комплекс из меди, цинка и марганца способствует активизации синтеза поверхностного слоя кожи. Масло карите снимает жжение, успокаивает кожу. Термальная вода La Roche-Posay успокаивает и противостоит воспалению. Мадекососид, полученный из экстракта уникального растения под названием центелла азиатская. Данное вещество – это уникальная разработка компании La Roche-Posay. Мадекососид составляет основу инновационного метода восстановления клеток эпидермиса, так как обладает выраженными противовоспалительными свойствами, активизирует выработку веществ упругости и улучшает процесс регенерации клеток. Бальзам La Roche-Posay Cicaplast Baume B5 улучшает процесс восстановления кожи; успокаивает кожу, снимает раздражение и уменьшает зуд, благодаря насыщенной питательной структуре защищает кожу. Средство имеет высокую переносимость, подходит для очень чувствительной кожи.

Цель исследования состояла в оценке клинической эффективности применения бальзама Цикапласт у больных атопическим дерматитом и улучшению качества их жизни. Материалы и методы. Работа проводилась на базе ДКДЦ ГБУ РО «ОККВД». Под наблюдением находилось 18 детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет, из них 12 девочек и 6 мальчиков. В исследование включены пациенты с легкой (15 человек) и средней (3 человека) степенью тяжести атопического дерматита. Пациенты с легкой степенью атопического дерматита получали гипоаллергенную диету и наносили бальзам Цикапласт ежедневно 1 раз в день, пациенты со средней степенью тяжести, помимо гипоаллергенной диеты и нанесения бальзама Цикапласт, получали антигистаминные средства и ТГКС (крем авантан на участки выраженных покраснений 1 раз в день, в среднем около 7 дней) до уменьшения активности воспаления.

Результаты. Эффективность оценивали на 1-ом и 3-м месяце терапии. В результате применения бальзама Цикапласт произошло быстрое восстановление функции кожного барьера и водно-липидного баланса, что привело к выраженному снижению сухости кожного покрова, зуда, чувства стягивания кожи, улучшению эпителизации эксфолиаций. Случаев побочных явлений и осложнений не отмечено, лишь у одного пациента было незначительное

пощипывание после применения бальзама Цикапласт. Также проведен анализ субъективной оценки пациентом качества жизни на основании опросника. В результате применения бальзама Цикапласт пациенты и их родители отмечали улучшение качества сна, уменьшения чувства тревоги, реже испытывали обострения зуда, чувствовали себя спокойнее. Выводы. Таким образом, бальзам Цикапласт компании La Roche-Posay является безопасным и эффективным средством лечения атопического дерматита у детей. Его применение приводит к быстрому уменьшению основных проявлений, особенно сухости кожи при атопическом дерматите. Уникальные свойства Липикар бальзама Цикапласт обосновывают его применение не только в период обострения атопического дерматита, но и во время ремиссии заболевания, так как это предотвращает рецидивы болезни и улучшает качество жизни больных атопическим дерматитом.

СКРИНИНГ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

*Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В.,
Филюшин М.М., Рассохина О.И., Кудрин К.Г., Зенкина Е.В.*

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени П.А. Герцена», Москва

Цель и задачи. По данным ВОЗ около половины случаев меланомы развивается на фоне предшествующих меланоцитарных или диспластических невусов, при этом относительный риск возникновения меланомы имеет прямую связь с их количеством. В связи с этим выявление и последующее динамическое наблюдение пациентов с множественными диспластическими невусами приобретает важное значение и определяет актуальность ранней диагностики потенциально опасных меланоцитарных новообразований кожи.

Материалы и методы. В МНИОИ им П.А.Герцена разработана программа скрининга пигментных новообразований кожи. Обследование включает регистрацию цифровых изображений визуально доступной поверхности кожи. В результате обследования пациент получает протокол, содержащий карту расположения опасных пигментных новообразований кожи и их клинические параметры. Наиболее значимые из выявленных при картировании образований, подвергаются – дерматоскопии, что дополняет клиническую картину образования и увеличивает эффективность диагностики. Окончательным этапом диагностики является тотальное удаление невуса с достаточным захватом здоровых тканей и выполнение планового гистологического исследования. Результаты: За период с 2004 по 2016 год в клинике обследовались 609 больных с множественными пигментными новообразованиями кожи, из них динамически наблюдаются в течение длительного времени 96 с кратностью обследования – 2 раза в год. При этом у всей группы больных выявлено 2320 пигментных новообразований. Подверглись эксцизионной биопсии – 110. Морфологически

подтвержден диагноз меланоцитарная дисплазия – в 99 (90%) случае. Злокачественная меланома кожи обнаружена в 4 (4,1%) наблюдениях, по поводу чего пациентам проведено хирургическое лечение. Таким образом из приведенных данных прослеживается объективная диагностическая ценность программы, при выявлении диспластических невусов и профилактики меланомы.

Выводы. Использование аппаратно-диагностического комплекса для диагностики опухолей кожи при проведении скрининга и ранней диагностики предопухоловой и опухолевой патологии кожи является перспективным. Метод имеет достаточно высокую специфичность и является эффективным способом профилактики и лечения меланоцитарных новообразований кожи.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ И ИМИТАТОРАМИ МЕЛАНОМЫ

*Миченко А.В., Валитова И.В., Негашева Е.С.,
Заторская Н.Ф., Львов А.Н., Утюмова Д.А.*

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В связи с неуклонным ростом показателей заболеваемости меланомой кожи в России все большее внимание уделяется вопросам профилактики и ранней диагностики новообразований кожи, подозрительных на меланому. Многие авторы также указывают на «омоложение» меланомы, все чаще поражающей молодых взрослых и подростков. У детей, к счастью, меланома встречается крайне редко, однако сопряжена с большим количеством диагностических ошибок в связи с нетипичными клиническими проявлениями. Большие сложности также могут возникать при дифференциации меланомы и её имитаторов – невусов Шпиц, Рида, врожденных невусов. В связи с этим актуальным представляется изучение распространенности факторов риска развития меланомы кожи в популяции детей и подростков и уточнение тактики ведения.

Цель. Оценить долю детей и подростков, обращающихся с жалобами на меланоцитарные новообразования в Коломенский филиал ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, оказывающий лечебно-диагностическую специализированную стационарную и консультативно-диагностическую амбулаторную помощь по профилю «дерматовенерология» детскому населению города Москвы, и уточнить тактику ведения детей и подростков с множественными меланоцитарными невусами и факторами риска развития меланомы кожи.

Материал и методы. Долю детей и подростков, обращающихся по поводу меланоцитарных новообразований кожи, определяли путем анализа первичной обращаемости за медицинской помощью в Коломенский филиал ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. Изучение клинико-дерматоскопических характеристик меланоцитарных невусов у детей и подростков проводили по данным клинического дерматологического обследования, дополненного фотофиксацией дерматоскопических изображений всех новообразований у пациента. В

исследование включали пациентов, при осмотре которых меланоцитарные невусы были расценены дерматологами как множественные.

Результаты. В 2016 году за консультативной медицинской помощью обратилось 28 340 пациентов, из них по поводу меланоцитарных новообразований кожи – 630 человек (2,22%). В исследование клинико-дерматоскопических особенностей меланоцитарных невусов в течение 6 месяцев были включены 43 ребенка (20 мальчиков, 23 девочки), средний возраст составил 10,6 лет. Среднее число невусов составило 33,14. Обращает на себя внимание распространенность таких факторов риска развития меланомы кожи как 1-2 фототип кожи по Фитцпатрику (18 детей), наличие врожденных невусов (6 человек), наличие меланомы у родственников (1 пациент), травмированный невус (четверо больных). При дерматоскопическом обследовании отмечено преобладание глобулярной модели строения, что характерно для детского возраста. У троих пациентов имелись новообразования с дерматоскопическими признаками невуса Шпиц (точечные и глобулярные сосуды по всей площади). Двое детей имели невусы ногтевого аппарата кистей.

Выводы. Если у взрослых пациентов множественными невусами в разных странах считаются чаще всего более 50 образований (в некоторых – более 10, в некоторых – более 100), то критерии множественности меланоцитарных невусов у детей и подростков в настоящее время отсутствуют и требуют уточнения. Распространенность факторов риска развития меланомы кожи среди детей и подростков свидетельствует о необходимости включения детей и подростков из группы риска в программу диспансерного наблюдения.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ

*Миченко А.В., Кочетков М.А., Валитова И.В.,
Вахитова И.И., Заторская Н.Ф., Львов А.Н.*

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Известно, что дерматоскопическая модель строения меланоцитарных невусов изменяется в течение жизни, коррелируя со сменой фаз роста, стабилизации и регресса указанных новообразований. Для детского возраста характерно преобладание глобулярной модели строения, что отражает рост невусов. По мере прекращения роста меланоцитарных невусов в период пубертата и позже глобулярная модель строения замещается сетчатой, гомогенной или комплексной. В пожилом возрасте увеличивается доля гипопигментированных и беспигментных дермальных папилломатозных невусов, имеющих глобулярно-гомогенную или бесструктурную модель строения. Однако в некоторых случаях возможны отклонения от возрастных норм дерматоскопической картины.

Так, под нашим наблюдением находятся две пациентки с синдромом Шерешевского-Тернера (моносомия по X-хромосоме (XO)), основной особенностью которого является нарушение формирования половых желез

вследствие отсутствия или структурных дефектов одной половой хромосомы в сочетании с низкорослостью (98%), общей диспластичностью (неправильным телосложением) (92%), бочкообразной грудной клеткой (75%), укорочением шеи (63%), низким ростом волос на шее (57%), высоким «готическим» небом (56%), крыловидными складками кожи в области шеи (46%), деформацией ушных раковин (46%), укорочением метакарпальных и метатарзальных костей и аплазией фаланг (46%), деформацией локтевых суставов (36%), множественными пигментными родинками (35%), лимфостазом (24%), пороками сердца и крупных сосудов (22%), повышенным артериальным давлением (17%). Обе пациентки получают заместительную гормональную терапию препаратами эстрогена с 12 лет. Больная В., 14 лет, обратилась с жалобами на появление множественных пигментных высыпаний на коже после начала приема препаратов эстрогена. Пациентка Ю., 36 лет, впервые обратилась в 2006 году с жалобами на потемнение, увеличение и появление новых меланоцитарных невусов на фоне смены одного препарата эстрогена на другой. Манифестацию множественных меланоцитарных невусов пациентка также связывает с началом гормонозаместительной терапии. Обе больные включены в программу динамического наблюдения с фотофиксацией дерматоскопии всех новообразований кожи. За время наблюдения число меланоцитарных невусов у больной Ю. увеличилось почти в 5 раз. При дерматоскопии определена основная модель строения меланоцитарных невусов, установлено преобладание глобулярной дерматоскопической модели строения меланоцитарных невусов у обеих пациенток при каждом осмотре.

Заключение. У больных с синдромом Шерешевского-Тернера, находящихся на заместительной гормональной терапии препаратами эстрогена, отмечаются особенности возрастной эволюции меланоцитарных новообразований по сравнению с остальной популяцией пациентов с множественными меланоцитарными невусами. Эти особенности заключаются в персистенции глобулярной дерматоскопической модели строения меланоцитарных новообразований, обычно характерной для детского возраста, у взрослых больных. Такое дерматоскопическое строение меланоцитарных невусов, характерное для фазы роста новообразований, коррелирует с клинической динамикой множественных меланоцитарных невусов в виде постоянного увеличения их числа. Наиболее вероятным объяснением наблюдаемого явления представляется воздействие генетических факторов либо прием препаратов эстрогена. Необходимы дополнительные исследования влияния гормонозаместительной терапии на особенности дерматоскопического строения меланоцитарных новообразований.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМОЛЕНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ В УСЛОВИЯХ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Моисеева И.В., Дорохина О.В.

Мытищинский кожно-венерологический диспансер, Мытищи

Производственный контакт с химическими веществами сенсибилизирующего действия у большинства работающих приводит к развитию заболеваний кожи – дерматиту и экземе, которые в металлургическом производстве в 50-53% случаев вызываются соединениями металлов (хрома, никеля, кобальта), а также драгоценных металлов (золота, платины, серебра). Сочетания воздействия неблагоприятных внешних и внутренних факторов приводит к снижению адаптационных возможностей органа и развитию того или иного патологического процесса в коже. В патогенезе аллергодерматозов участвуют воспалительные механизмы, что обуславливает необходимость частого применения местных противовоспалительных средств. Однако в последнее время в тактику комплексного лечения заболеваний кожи наряду с базовой терапией внедряются эмоленты – препараты, содержащие негормональные компоненты. Что особенно важно при поддерживающей терапии пациентов, подвергающихся постоянному воздействию внешних агрессивных факторов в условиях производства. В связи с этим интересна проблема рационального ухода за кожей при хронических дерматозах, что связано с возможностью контроля заболевания без назначения медикаментов.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности, безопасности и переносимости эмолентов (крем: липобейз и скин-актив) в лечении и профилактике обострений кожного процесса у больных экземами.

Материалы и методы. Нами было обследовано 47 больных экземами (рабочие электролитических цехов различных специальностей, имеющих контакт с пылью алюминиевых сплавов, серебра, золота, платины, палладия; окисью углерода; двуокисью кремния; сернистым ангидридом; парами соляной и азотной кислот. Возраст пациентов варьировал от 38 до 66 лет: 11 (28%) женщины (средний возраст 43+4,72 года) и 36 (72%) мужчин (средний возраст 46+5,18 года). Продолжительность обострений экзем составляла не более 1 месяца у 5 пациентов, до 3 месяцев у 23, до 6 месяцев у 11 и более 6 месяцев у 8 больных. У пациентов кожный процесс локализовался на тыльной и ладонной поверхности кистей (n=15), на ладонной поверхности кистей (n=21), на сгибательных поверхностях рук (n=11). Перед началом лечения и в процессе лечения и наблюдения проводилась клиническая оценка состояния больного, включающая в себя: анализ медицинских карт, индексы EASI и VAS, клинико-лабораторное обследование (клинический, биохимический (АСАТ, АЛАТ, билирубин, холестерин, триглицериды, ГГТП в сыворотке крови) анализы крови, общий анализ мочи). В периоде ремиссии кожного процесса проводилась проактивная терапия 0,1% мометазона фууроатом 1 раз в день 2 раза в неделю (схема выходного дня) в комбинации с препаратом липобейз 2 раз в день в рабочие дни (утром и вечером после нанесения глюкокортикостероида через 30 минут) в течение 24 недель, с последующим применением крема скин-актив 2 раза в день ежедневно в течение 16 недель. **Результаты и обсуждение.** В процессе лечения была отмечена положительная динамика величин индекса EASI и VAS. Во время проведения проактивной терапии (эмолент: крем липобейз) по истечении 24 недель наблюдения у больных экземами индекс EASI составил 2,1+0,9 (p<0,001), VAS 0,5+0,2 (p<0,001). В периоде применения эмолента (крем скин-актив) в качестве монотерапии в течение последующих

16 недель индекс EASI составил 0,3+0,8; VAS на 0 отметке. Данных о побочных эффектах не выявлено, изменений в биохимических и клинических анализах крови и мочи пациентов отмечено не было.

Выводы. На основании наших клинических исследований эмоленты улучшают проникновение топического стероида в кожу; способствуют снижению зуда на 84%; позволяют сократить частоту применения топических стероидов на 62% и отойти от использования топических кортикостероидов в 59% случаев к концу курса лечения. На основании полученных результатов применение эмолентов необходимо при проведении проактивной терапии и профилактики обострений кожного процесса у пациентов с зудящими дерматозами. В условиях работы в электролитических цехах применение эмолентов предупреждает неблагоприятное влияние факторов производственной среды на кожные покровы, что особенно важно в реабилитации пациентов с длительно протекающими хроническими аллергодерматозами.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ Т-КЛЕТОЧНЫХ ЛИМФОМ КОЖИ

Молочков В.А., Кильдюшевский А.В., Карзанов О.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Лимфома кожи представляет собой группу гетерогенных заболеваний, в основе которых лежат лимфопрлиферативные процессы, вызванные проникающими в кожу клональными лимфоцитами. В общей структуре опухолевых новообразований доля лимфом составляет около 4-6% при интенсивном показателе заболеваемости, равном 8 случаям на 100 тысяч населения. При этом за последние 20 лет отмечен примерно двукратный рост заболеваемости неходжкинскими лимфомами, особенно в старших возрастных группах.

Грибовидный микоз (ГМ) является наиболее распространенным заболеванием среди Т-клеточных лимфом кожи (ТКЛК) и в общей структуре этой группы занимает по разным данным от 70% до 93%, в остальных случаях диагностируются редко встречаемые формы, например, лимфоматоидный папулез и другие. Различия в клинических проявлениях и прогнозе (при зачастую сходной гистологической картине) требующей особых подходов к лечению обосновали необходимость создания обобщенной классификации лимфом «WHO/EORTC 2006», подразделяющей их в зависимости от их клиники, а также морфологических и генетических признаков. Это в свою очередь способствует разработке новых подходов к прогнозу течения и разработке эффективных методов лечения ТКЛК.

Как известно, одним из наиболее эффективных методов лечения ГМ и синдрома Сезари (СС) является экстракорпоральная фотохимиотерапия (ЭФХТ), основанная на воздействии 8-метоксипсоралена и экстракорпорального облучения ультрафиолетовыми лучами А на мононуклеарные лейкоциты больного, отобранные с помощью цитофереза,

с последующей их реинфузией. Противоопухолевый эффект ЭФХТ иммуноопосредован и связан со способностью подвергшихся воздействию фотосенсибилизатора лейкоцитов секретировать цитокины, прежде всего интерлейкин - 1 и интерлейкин - 6. Менее определены результаты применения ЭФХТ при других вариантах ГМ и формах ТКЛК.

Целью настоящего исследования явилось изучение распределения различных клинико-морфологических вариантов ТКЛК в Московской области по результатам работы отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ и оценка эффективности ЭФХТ в лечении этой категории больных, в том числе больных фолликулотропным ГМ и лимфоматоидным папулезом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 59 больных ТКЛК, находившихся на обследовании и лечении в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ за 2007-2016 гг. Возраст их варьировал от 32 до 88 лет и в среднем составлял 57±16,47 года. Мужчин было – 28 (47%), женщин 31 (53%).

Диагноз ТКЛК устанавливался с учетом комплексной оценки клинической картины, а также результатов гистологического, иммуногистохимического и молекулярно – генетического (ПЦР на определение Т-клеточной клональности по перестройке генов TCR α и TCR β) методов исследования.

Так 92% больных ТКЛК были представлены ГМ. Наиболее часто – в 37 (63%) случаях диагностировался классический вариант ГМ, эритематозно-сквамозная стадия которого была в 5 (8%), инфильтративно-бляшечная – в 26 (44%), опухолевая – в 6 (10%) случаях. Среди вариантов ГМ были диагностированы: эритродермический – 12 (20%), реже фолликулотропный 3 (5%) и пойкилодермический 2 (3%). СС был диагностирован в 2 (3%) случаях, CD 30+ лимфопрлиферативные заболевания кожи – в 3 случаях, в том числе в 2 (3%) случаях был диагностирован лимфоматоидный папулез и в 1 (1,5%) – CD 30+ анапластическая лимфома кожи.

Результаты. Клинический эффект был достигнут при всех формах ТКЛК. Применение ЭФХТ как в монотерапии (эритематозно-сквамозная стадия ГМ), так и в комплексном лечении этих больных вполне удовлетворительно переносилось пациентами, и во всех случаях сопровождалось регрессом высыпаний с удлинением периода клинической ремиссии. У больных с инфильтративно-бляшечной стадией площадь поражения кожного покрова снизилась в 1,5 раза. У больных с эритродермией и СС лечение методом ЭФХТ привело к снижению площади поражения в 2 и более раза (по динамике баллов SWAT), в то время как при лечении стандартной терапией площадь поражения снизилась всего в 1,5 раза. У пациента с фолликулотропным ГМ после 1-го курса терапии прошел зуд, уменьшилась интенсивность гиперемии и инфильтрация очагов поражения в области бровей и верхних конечностей. Отдаленные результаты лечения, прослежены у 38 пациентов. В сроки наблюдений от 6 месяцев до 3 лет наибольший процент больных (55%) отмечался в группе пациентов с длительностью безрецидивного периода от 6 месяцев до 1 года, а у 30% больных сроки ремиссии составили от 1 до 3 лет.

Пациент с фолликулотропным ГМ на протяжении 9 лет, пациент получает поддерживающие курсы ЭФХТ 2-3 раза в год в виде монотерапии. Периодически, в среднем через

6-8 месяцев, у него отмечались незначительные обострения кожного процесса (появление гиперемии в области лица, конечностей, умеренного зуда, которые быстро купировались при последующем лечении).

У больного лимфоматоидным папулезом после 3 курсов (по 4 сеанса на курс) лечения кожный процесс регрессировал. В последующем в течение 8 лет больной получал поддерживающие курсы ЭФХТ 2 раза в год в виде монотерапии.

Важно отметить, что клинические проявления при очередном обострении у больных были менее выраженными, чем до лечения и последующее применение ЭФХТ приводило к более быстрому регрессу кожных проявлений, что в свою очередь способствовало сокращению длительности обострения.

Для подтверждения патогенетического обоснования лечения с использованием ЭФХТ нами проводилось иммунологическое мониторинговое наблюдение. В результате лечения было установлено, что после ЭФХТ, происходит нарастание зрелых иммуногенных ДК и снижение уровня нефункциональных неиммуногенных ДК. Учитывая, что при этом происходит снижение относительного количества CD4+ Т-лимфоцитов и повышение цитотоксических CD8+ клеток, можно предположить, что под влиянием данной процедуры происходит стимуляция наивных, неармированных CD8+ Т-лимфоцитов с дифференцировкой их в специфические цитолитические Т-лимфоциты. Снижение в периферической крови CD4+ Т-лимфоцитов подтверждает данное предположение и может свидетельствовать о формировании специфического протективного иммунного ответа, направленного против опухолевых клеток. Динамика клинического улучшения опухолевого процесса в результате ЭФХТ убедительно доказывает данное положение.

Заключение. Таким образом, применение ЭФХТ в лечении ТКЛК патогенетически обоснованно и обладает высокой клинической эффективностью.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БАЗАЛИОМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОВ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ

*Молочков А.В., Молочков В.А., Сухова Т.Е., Третьякова Е.И.,
Молочкова Ю.В, Кунцевич Ж.С., Коновалова Л.В.,
Галкин В.Н., Романко Ю.С.*

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра, Москва, Обнинск

Цель: разработка новых эффективных методов лечения базалиомы (БКК) с использованием фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы: ФДТ провели 139 пациентам с солитарными (первичными и рецидивными) и множественными формами базалиомы.

При лечении больных базалиомы кожи нами использовано 4 методики ФДТ. Каждая методика отличалась по примененному во время ФДТ фотосенсибилизатору (ФС): использовали фотогем (производное гематопрорфина, 630 нм), фотосенс (фталоцианин алюминия, 670 нм), фотолон» (комплекс хлорина Е6 с поливинилпирролидоном, 666 нм) и фотодитазин» (хлорин Е6, 661 нм).

В качестве источника лазерного излучения использовали лазерные установки «Ауран» (627,8 нм), «Металаз» (627,8 нм), «LD-680-2000» (670 нм), «Ламеда» (666 нм).

Половина больных (51,4%) было в возрастной группе старше 60 лет. 22,2% пациентов поступили на лечение с распространенностью опухолевого процесса соответствующей Т3 – Т4, 46,4% больных – Т2. 110 пациентов (79,1%) ранее не получали предшествующего лечения. 29 больных (20,9%) поступили для проведения ФДТ с рецидивами после различных видов лечения. Группа пациентов, которым проводилась ФДТ с использованием фотодитазина: первичных пациентов было лишь 40,0%.

Результаты: непосредственная регрессия БКК после ФДТ с использованием фотогема и фотосенса не превышала 76,0%. При применении фотолона данный показатель повысился до 85,5%, при использовании фотодитазина – до 95,0%.

ФДТ с использованием фотолона и фотодитазина повышает безрецидивную 3-летнюю выживаемость до 90,4% и 92,3% соответственно, по сравнению с 54,7% (р<0,05) и 71,1% (р<0,05) в группах, в которых при лечении использовали фотогем и фотосенс. Проведение ФДТ с использованием ФС хлоринового ряда позволяет снизить количество побочных реакций и избежать осложнений, по сравнению с применением ФС первого поколения, а также сократить до 2 дней соблюдение пациентом светового режима, по сравнению с 1-6 месяцами в контрольных группах.

Выводы: применение ФС хлоринового ряда наиболее полно реализует возможности ФДТ.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ МИКОЗОВ СТОП ПРИ ДЕРМАТОФИТИЯХ КРУПНЫХ СКЛАДКОВ

Монтес Росель К.В., Газарян О.Л.

Институт медико-социальных технологий – Московский государственный университет пищевых производств, Москва

Актуальность. Микозы крупных складок (МКС) – значимая междисциплинарная проблема медицины. Однако им уделяется значительно меньше внимания, чем другим поверхностным микозам кожи (ПМК) [Халдин А.А. и соавт. 2007; Белоусова Т.А., 2008; Бендриковская И.А. 2009 и др.]. Эпидемиологические исследования по изучению распространенности МКС в РФ немногочисленны. МКС часто развиваются на фоне микозов стоп (МС) [Сергеев А.Ю. о соавт., 2001; Рукавишников В.М., 2003; Грибанов Т.В., 2010 и др.]. При наличии онихомикоза стоп (ОМС) около половины больных (44,9%) имеют МС, МКС, туловища [Бурова С.А., 2014].

Цель исследования – изучить в РФ встречаемость МС у больных дерматофитиями крупных складок по результатам многоцентрового исследования (2012-2013 гг.).

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 174 дерматовенеролога, из 97 медицинских учреждений в 50 регионах РФ. Заполнено 5025 анкет. Разработан авторский вариант анкеты, которую врачи заполняли при первичном обращении пациента на амбулаторный прием. В структуре ПМК дерматофитии составляли 55,4%, а в их структуре доля дерматофитий крупных складок была 26,4%. Для врачей подготовлена мультимедийная презентация. Из личного архива кафедры отобраны фотографии, демонстрирующие различные варианты течения МКС. Критерии включения больных в исследование: больные МКС, в том числе при неэффективности предыдущего лечения; больные МКС с поражением ногтевых пластинок при индексе КИОТОС1-2 [Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., 2008]. Лабораторная диагностика микозов осуществлялась бактериоскопически. Это позволяло дифференцировать дерматофитии по наличию истинного мицелия. Диагноз эпидермофитии (ЭКС) и рубромикоза крупных складок (РКС) ставился по клиническим критериям. Результаты собственных исследований. Выявлено 870 больных МКС. В структуре ПМК они составляли 17,3%. Отобраны качественно заполненные анкеты – 235 с ЭКС, 70 – с РКС. У мужчин ЭКС регистрировалась достоверно в 1,8 раза чаще. Преобладала в возрастной группе 35-55 лет (48,1%) и при давности заболевания более 2 мес. (40,8%). На фоне соматической патологии протекала у 2/3 (62,1%) пациентов. Лидировал сахарный диабет (40,6%). Практически у всех больных (95,3%) процесс локализовался в области паховых складок, реже – в межъягодичной складке (15,7%), складках под молочными железами (9,8%) и в области аксилярных складок (4,7%). Одна атомическая область была поражена у 76,6% больных, две – у 20%, три – у 3,4%. МС при ЭКС имела 1/3 (32,7%) больных. Среди клинических форм МС лидировала интертригинозная (66,2%). Дисгидротическая (19,5%) и сквамозная (14,3%) формы встречались одинаково часто. У мужчин МС регистрировался в 1,7 раза чаще. Онихомироз стоп (ОМС) был у 24,7% пациентов. Преобладал в 1,9 раза у мужчин. Сочетался с МС в 71,4% случаев. Чаще поражались ногтевые пластины V (53,4%) пальца, в 2,2 раза преобладал нормотрофический тип ОМС. В структуре больных РКС в 2,3 раза преобладали мужчины (70%), возрастная группа от 35 до 55 лет (42,9%). Одинаково часто регистрировались пациенты с давностью заболевания до 2 мес. (54,3%) и более (45,7%). РКС на фоне соматической патологии протекал у 64,3% больных. В ее структуре лидировали хроническая венозная недостаточность (35,5%) и сахарный диабет (31,1%). В процесс чаще вовлекались паховые складки (80%), почти у половины больных – межъягодичная складка (41,4%), реже складки под молочными железами и аксилярные (по 12,9%). Наиболее часто сочеталось поражение паховых складок с межъягодичной (31,4%). МС было у половины (51,4%) больных, а микоз кистей – у каждого пятого (20%). В структуре клинических форм рубромикоза стоп преобладала сквамозно-гиперкератотическая форма (72,2%). МС сочетался с микозом кистей у 20% больных. ОМС выявлен у 65,7% больных, в 2,7 раза чаще, чем при ЭКС (65,7% против 24,7%). МС и ОМС сочетались в 45,7% случаев. Практически все пациенты имели гипертрофическую форму ОМС с поражением преимущественно ногтевой V пластинки/Онихомироз на кистях зарегистрирован у 17,1% больных.

Среднее число пораженных ногтевых пластинок с учетом кистей составляло $2,8 \pm 0,4$.

Заключение. При МКС врач обязательно должен осматривать стопы. Вероятно, что там мог возникнуть первичный очаг и при несоблюдении правил гигиены распространится на область крупных складок и кисти.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ МИКОЗОВ СТОП

Монтес Росель К.В., Малярчук А.П., Саверская Е.Н.

Институт медико-социальных технологий – Московский государственный университет пищевых производств, Москва

Микозы стоп (МС) – одна из наиболее актуальных междисциплинарных проблем медицины.

Цель исследования – оценить роль смежных специалистов в выявлении МС и направить усилия дерматологов на совершенствование данного раздела работы.

Материалы и методы исследования. Для выяснения роли смежных специалистов в выявлении МС проведены целевые медицинские осмотры различных контингентов населения РФ: 73 военнослужащих учебного центра, прибывших в часть в течение 2 последних месяцев (г. Переславль, 2014 г.) и 38 больных, госпитализированных в соматические отделения многопрофильного госпиталя (2016 г.).

Результаты собственных исследований. Практически каждый третий военнослужащий имел вторичную пиодермию (35,6%) и/или микоз кожи (30,1%). В структуре микозов кожи преобладала дерматофития (77,3%), а в ее структуре – МС (64,7%). Основной причиной возникновения, как пиодермии, так МС являлись потертости кожи стоп плохо подогнанной обувью. Это иллюстрируется тем, что 67,1% новобранцев имели потертости на стопах, в том числе практически все с МС. Следует учитывать, что заражение военнослужащих происходило от источников микотической инфекции, не выявленных своевременно медицинскими работниками военкоматов. После осмотра 38 стационарных больных, госпитализированных в соматические отделения многопрофильного госпиталя, клинически МС выявлены почти в половине (42,1%) случаев. Нити септированного мицелия обнаружены у 94,4% пациентов. Среди них преобладали лица мужского пола (88,8%). В историях болезни у всех пациентов с МС имелась стандартная запись «кожа и видимые слизистые не изменены» или описание кожных покровов вообще отсутствовало. При беседе с пациентами установлено, что они сами не информировали врача о наличии грибкового поражения стоп даже при наличии онихомикоза.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что одно из основных направлений общественной профилактики МС – активное их выявление у населения – недооценивается врачами смежных специальностей. С другой стороны, следует отметить и низкую санитарную грамотность населения. Информация о МС в интернете и средствах массовой информации, в основном, касается рекламы антимикотических препаратов. Не случайно МС становятся для населения эпидемиологически значимой

проблемой. Для повышения приверженности врачей смежных специальностей в выявлении МС авторами подготовлено учебное пособие для врачей «Микозы топ: как правильно помочь больному?». В нем нашли отражение ответы на вопросы, цель которых обосновать актуальность проблемы МС и объяснить врачам причины ее недооценки в практической деятельности. Смежным специалистам дана максимально адаптированная информация о возбудителях микозов стоп; источниках, путях и обстоятельствах заражения; контингенте населения, наиболее подверженном инфицированию микотической инфекцией. Освещены клинические проявления МС, в том числе осложненных вариантов, общие принципы лечения заболевания; основные топические антимикотики с торговыми и международными непатентованными названиями. Дана характеристика причин возможной неэффективности специфической терапии. Впервые приведен алгоритм дерматологического сопровождения пациентов с МС в соматическом стационаре. Значимы и методы профилактики МС. В пособии подробно отражены самоконтроль за состоянием кожи стоп, правила личной гигиены, способы борьбы с потливостью стоп, профилактические мероприятия при микротравматизме, правильность ухода за ногтями и т.п. Особый акцент сделан на советы, которые должен дать врач пациенту с МС. Детально освещены методы дезинфекции обуви. Второе пособие «Что надо знать о микозах стоп?» подготовлено для широких слоев населения РФ.

НОВАЯ ФИЛОСОФИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЖИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

*Моргачева А.А., Пашкин И.И., Иванова Л.И.,
Рассохина О.И., Шугина Е.А.*

ЗАО Ликоберон, Москва

Российскими специалистами на основе солей редкоземельного элемента – лантана и полиоксисоединений был создан органический комплекс (ОКЛ), а также топические препараты на его основе («Кожная броня», «Лантанол», «Эплан» и др.). Эффективность препаратов, содержащих ОКЛ, оценивалась в ведущих медицинских центрах страны. Клинико-лабораторные испытания подтвердили высокий уровень антимикробной активности ОКЛ против широкого диапазона устойчивых к антибиотикам организмов, а также способность к быстрому купированию местной воспалительной реакции, стимулированию процесса регенерации, оптимизации влажности раневой поверхности, в результате чего процесс эпителизации протекает без предшествующего образования раневого струпа. На сегодняшний день сферами использования препаратов на основе органического комплекса лантана являются: - лечение гнойных и инфицированных ран, ожогов; - компенсация негативных воздействий факторов внешней среды (химических, биологических, механических); - профилактика постпилингковых осложнений и контактных дерматитов; - восстановление кожи после механической дермабразии; - восстановление защитных функций кожи; - снижение риска инфекционных осложнений после инвазивных косметических

процедур; - защита кожного покрова от бактериальной и грибковой инфекции; - предупреждения возникновения профессиональных кожных заболеваний. Разработанные препараты предотвращают воспаление и сокращают время восстановления защитных функций кожи после любого экстремального воздействия, уменьшают отек кожи и эритему, уменьшают реактивность кожи и поддерживают нормальный порог ее чувствительности, укрепляют защитные механизмы кожи, защищают кожу от бактериальной и грибковой инфекции. Рекомендованы к использованию в косметологии после любого экстремального воздействия на кожу – химического и физического пилинга, воздействия лазерного излучения, мезотерапии, контурной пластики, татуажа, мануальной чистки лица, ожога любой этиологии, профилактики грибковых инфекций при посещении бассейнов, сауны.

НОВАЯ ГЕНЕРАЦИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ В КОРРЕКЦИИ КАПИЛЛЯРОПАТИЙ

*Моргачева А.А., Пашкин И.И., Иванова Л.И.,
Рассохина О.И., Шугина Е.А.*

ЗАО Ликоберон, Москва

Одним из основных физиологических факторов, определяющих красоту, здоровье, функционирование кожи, является состояние ее микроциркуляционного русла. В повседневной практике косметологу часто приходится вести пациентов с дерматозами кожи лица и возрастными изменениями, в генезе которых лежат нарушения микроциркуляции. Изменения кровотока лица регистрируют при: розацеа, акне, атопическом дерматите, аллергическом и простом дерматитах, фотостарении, менопаузальном и хронологическом старении. Учитывая, что сосудистая патология чаще проявляется у людей среднего возраста с определенным фототипом кожи подверженной фотостарению, вопрос о проведении химического пилинга стоит достаточно остро. Профессиональные пилинги для сверхчувствительной кожи, с капилляропатиями, созданные лабораторией «ЛикОберон», по своему составу являются многокомпонентными системами. Они с успехом могут быть использованы для коррекции косметических дефектов, связанных с фото- и хроностарением сверхчувствительной кожи, склонной к куперозу, ее терапии. Это эффективные, управляемые и контролируемые пилинги, хорошо переносимые кожей. Для улучшения состояния кожи больных розацеа с выраженной эритемой и множеством телеангиоэктазий разработан «Глюконовый (50%) пилинг биоэнергетический». Основными активными компонентом пилинга являются глюконовая, янтарная и молочная кислоты, что позволяет добиться многостороннего воздействия на кожу. Наличие в составе сильных антиоксидантов, капилляропротекторов, увлажняющих комплексов и частичная нейтрализация кислот диметиламиноэтанолом обеспечивает улучшение микроциркуляции, укрепление стенки кровеносных сосудов, предупреждает образование новых телеангиэктазий. Одна из наиболее успешных методик терапии розацеа основана на применении азелаиновой

кислоты в разных косметических формах, которая оказывает кератолитическое, антибактериальное, сосудукрепляющее, противовоспалительное и антиоксидантное действие, что полностью «охватывает» патогенетические звенья этого заболевания. Для коррекции папуло-пустулезной розацеа создан мультикислотный «Пилинг азелаиновый (20%) с глюконовой (30%) кислотой», в состав которого введен мощный капилляропротекторный биокомплекс (экстракты донника лекарственного, шишек хмеля, иглицы колючей, крапивы двудомной, конского каштана). Специфическое противовоспалительное действие азелаиновой кислоты (уменьшение генерации провоспалительных активных форм кислорода нейтрофилами) способствует сокращению очагов воспаления и уменьшению эритемы. Глюконовая кислота в составе пилинга не только усиливает действие азелаиновой кислоты, но и создает оптимальный уровень увлажненности кожи необходимый для полной реализации свойств активных компонентов пилинга. Органический комплекс лантана в составе пилинга с выраженным противовоспалительным, ранозаживляющим и снижающим реактивность кожи действием позволяет использовать его даже при сверхчувствительной коже. Таким образом, пилинг способствует быстрому обновлению рогового слоя, оказывает сосудукрепляющее действие, восстанавливает увлажненность и барьерные свойства кожи, нормализует работу сальной железы, выравнивает цвет кожи, сокращает очаги воспаления и общуюлицевую эритему.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КАНДИДОЗА ВУЛЬВЫ И ВАГИНЫ

Мураков С.В., Галачиев О.В., Макеева Д.И., Попков С.А.

Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Кандидоз вульвы и влагалища характеризуется широкой распространённостью у женщин репродуктивного возраста. У 6-9% пациенток урогенитальный кандидоз приобретает рецидивирующее течение (Sobel J.D., 2016), при котором наблюдается не менее 4 рецидивов заболевания в течение года.

Целью работы явилось определение патогенетических особенностей рецидивирующего вульвовагинального кандидоза. Возбудителем заболевания являются грибы рода *Candida*, при этом 85-95% случаев острого кандидоза вульвы и влагалища ассоциировано с азоло-чувствительными штаммами *C. albicans* (Ilkit M., 2011). К видам *Candida non-albicans*, которыми может быть обусловлено развитие заболевания, относятся *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. guilliermondii*, *C. kefyr* и другие. Противогрибковая активность азольных препаратов в отношении этих видов является менее выраженной, поэтому обсуждается роль возбудителей *Candida non-albicans* в рецидивирующем течении заболевания. Более чем у 50% женщин с идентифицированными представителями *Candida non-albicans* клинические проявления вульвовагинального кандидоза отсутствуют или выражены минимально (Workowski K.A., 2015), вследствие чего большое значение

приобретает выявление других факторов риска развития рецидивов. В норме колонизационная резистентность слизистой оболочки влагалища поддерживается лактобациллами, создающими кислую среду влагалища и вырабатывающими бактерицидные и фунгицидные факторы. Кандидозный вульвовагинит сопровождается адгезией и колонизацией возбудителем слизистой оболочки, поэтому важным аспектом патогенеза рецидивирующего кандидоза является снижение грибами рода *Candida* колонизационной резистентности влагалища. У здоровых женщин, не имеющих клинических проявлений заболевания, возможна длительная бессимптомная персистенция *Candida spp.*, при которой грибы существуют в симбиозе с нормальной вагинальной микрофлорой. Существенная роль в клинической манифестации и рецидивирующем течении кандидоза вульвы и влагалища принадлежит воздействию триггерных факторов, которые стимулируют избыточный рост и распространение грибов. К экзогенным триггерным факторам относят антибиотикотерапию, лечение стероидными, цитостатическими лекарственными средствами и иммуносупрессорами, к эндогенным – эндокринную патологию и сопутствующие гинекологические заболевания. У многих пациенток с рецидивирующим урогенитальным кандидозом перечисленные факторы не представлены, что определяет значимость состояния местного иммунитета и наличия генетической предрасположенности. Th1-опосредованные клеточные реакции, включающие продукцию макрофагами и полиморфно-ядерными лимфоцитами ИЛ-2, ИФН- γ , ИЛ-12 и синтез секреторного IgA, поддерживают бессимптомную колонизацию слизистой оболочки влагалища представителями *Candida spp.*, при избыточном росте грибов активизируется Th2-тип иммунореактивности с выработкой ИЛ-4-6, ИЛ-10, IgG, гистамина и простагландина E2 (Pietrella D., 2011). Решающую роль в развитии рецидивирующей формы заболевания отводят нарушениям клеточного иммунитета. Наследственная предрасположенность к рецидивирующему течению вульвовагинального кандидоза сопровождается следующими генотипическими особенностями: дефектный ген Dectin-1 (рецептор, распознающий 1,3- β -D-глюканы грибов), вариант гена, кодирующего мембранный белок TLR-2 (толл-подобный рецептор), полиморфизм гена, кодирующего белок MBL (лектин, связывающий маннозу), и наличие других мутантных аллелей (Wang M., 2013, Nedovic B., 2014). Своевременное выявление и терапия факторов риска развития рецидивов имеет ключевое значение как для эффективного лечения эпизодов обострения рецидивирующего кандидозного вульвовагинита, так и для профилактики рецидивов, что обосновывает целесообразность дальнейшего изучения патогенетических особенностей этой формы заболевания.

ЛАЗЕРНЫЕ И IPL ТЕХНОЛОГИИ В СЕЛЕКТИВНОЙ ТАКТИКЕ КОРРЕКЦИИ ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЙ

Мыслович Л.В.

ООО «Клиника ГЕН 87», ООО «Национальная компания красоты», Москва

Введение. В дерматологии и косметологии сосудистые мальформации кожи являются одним из крупных

разделов. Большая группа в этом разделе представлена так называемыми телеангиэктазиями. Частота постановки диагноза телеангиэктазий в популяции распределяется следующим образом: у женщин – 80% и 20% у мужчин. Стоит отметить, что телеангиэктазии характеризуются резистентностью к склеротерапии и склонностью к рецидивированию. Именно этот факт лежит в основе недостаточного интереса врачей к данной группе пациентов и, как продолжение, в малом количестве исследований и публикаций по указанной проблеме. Лазерное излучение в эстетической практике используется уже достаточно давно, подтвердило оно свою необходимость и успешность и в разделе удаления сосудистой патологии. Большой процент охвата населения данным видом сосудистой патологии указывает на значимость проблемы. Значительное количество проявляющихся форм заболевания требует совершенствования методов лечения, с соблюдением современных тенденций: малую травматичность и достаточную радикальность. Для выполнения вмешательств в наиболее короткие сроки, с коротким реабилитационным периодом.

Цель. Определить наиболее результативный подход в борьбе с телеангиэктазиями. Предложить специалистам алгоритм эффективной программы коррекции сосудистой патологии. Задачи. Рассмотреть возможность сочетания нескольких длин волн в одном сеансе, с целью повышения качества и эффективности воздействия.

Материалы и методы. Исследование провели на 15 пациентах с кожей I-III фототипов (по Фицпатрику) с телеангиэктазиями на теле и/или на лице. В группе участвовали 10 женщин 30-50 лет и 5 мужчин 45-48 лет. Все пациенты подписали информированное согласие, где подтвердили, что не имеют никаких противопоказаний. Никто из них не вводил в зону воздействия никаких инъекционных препаратов, в том числе золота, и не принимал пероральных контрацептивов. Обработку телеангиэктазий осуществляли на оборудовании Harmony XI (AlmaLasers- Израиль). Использовали манипулы: Long Puls длина волны 1064 нм (NdYAG); и DYE VL длины волн 500-600 нм (IPL) контактным охлаждением. В работе использовали следующие параметры: для LongPuls размер пятна – 2,5 мм, плотность потока энергии – от 100 до 140 Дж/см², длительность импульса – от 10;12 мс. Для манипулы DYE VL использовали следующий протокол длительность импульса 10;12 мс. энергия в импульсе 6-10 Дж/см². Длины волн, плотность потока энергии и ширину импульса варьировали в целях оптимального подбора индивидуальных параметров для каждого пациента. Как правило, для удаления небольших красных сосудов использовали DYE VL, а для более выраженных и синих выбирали Long Puls. Перед лазерной процедурой были сделаны фотоснимки обрабатываемой зоны. Во время сеанса глаза защищали непрозрачными закрывающими очками. Всем пациентам одну и ту же зону обрабатывали два раза с интервалом между процедурами 30 дней. Оценку результатов провели через три месяца после первой процедуры на основании снимков, сделанных в первый день и через три месяца.

Результаты. У 83% пациентов значительные улучшения наблюдались уже через 20 дней после проведения терапии, а через три месяца положительная динамика отмечалась у 98% пациентов. Улучшения отмечались как при наличии

крупных красно-синих телеангиэктазий на теле, так и небольших красных на лице. Число побочных эффектов в процессе исследования было минимальным. У двух пациентов на обработанном участке кожи образовались небольшие волдыри, с дальнейшим образованием корочек. Им было проведено местное лечение с применением бактерицидной мази, выздоровление наступало через 3-4 дня. Ни у одного пациента не были отмечены случаи инфицирования, образования рубцов, остаточной эритемы или поствоспалительной пигментации.

Вывод. При использовании Nd:YAG лазера с длиной волны 1064 нм (LongPuls) достигнуты значительные по эффективности результаты на синих, более крупных сосудистых мальформациях. Использование IPL технологии длины волн 500-600 нм (DYE VL) показало высокую результативность на мелких поверхностных красных телеангиэктазиях. Избирательный подход в тактике ведения пациентов позволил достигнуть превосходных результатов при лечении любой сосудистой патологии (с диаметром сосудов до 1 мм) на разных участках лица и тела. Такой подход гарантирует высокую степень удовлетворенности результатом как врача, так и пациента.

ОСОБЕННОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Некрасова Л.В., Флакс Г.А.

Институт ДПО «Институт пластической хирургии и фундаментальной косметологии», Москва

Профессиональная переподготовка специалистов является самостоятельным видом дополнительного профессионального образования (ДПО).

Целью обучения по программам ДПО в медицине является обновление имеющихся теоретических и практических знаний, приобретение новых профессиональных и организаторских навыков для лучшего выполнения обязанностей на занимаемой или более высокой должности, а также для приобретения новой медицинской или фармацевтической специальности. Кардинальным моментом в современной эстетической медицине является приказ МЗ ср РФ №210-н от 23 апреля 2009 г. «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации», благодаря которому были утверждены новые медицинские специальности косметология и пластическая хирургия. 7 октября 2015 г МЗ РФ был принят новый приказ №700н «О номенклатуре специальностей специалистов имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» где под №30 сохраняется специальность КОСМЕТОЛОГИЯ. 08.10.2015. был принят Приказ Минздрава России №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"», регламентирующий основные принципы подготовки врачей-косметологов в настоящее время. Обучение медицинских работников по программам ДПО проводится в соответствии с государственными требованиями к

программам послевузовского профессионального образования по соответствующему направлению подготовки (специальности) и в настоящее время должно соответствовать всем требованиям работодателя. На базе учреждений ДПО образовательные программы реализуются в следующих вариантах: повышение квалификации, профессиональная переподготовка и стажировка. Время прохождения стажировки устанавливается работодателем, направляющим работника на обучение. Проф. переподготовка работников проводится главным образом с отрывом от производства, но в настоящее время допустимы программы как с частичным отрывом от работы, так и по индивидуальным формам обучения. Как и ранее, повышение квалификации работников обязательно проводится не реже одного раза в 5 лет на протяжении всей трудовой деятельности. В обязательном порядке проводится обучение для работников, планирующих выполнение нового вида медицинской или фармацевтической деятельности. Несоблюдение этого пункта приказа № 66 ведет к отстранению от работы на срок до 2-х месяцев ст 76. ТК РФ Порядок и сроки обучения по программам ДПО организуется в соответствии с имеющимся непрерывным стажем практической работы по соответствующей медицинской специальности, официально зафиксированной в трудовой книжке врача. Для медицинских работников, имеющих стаж работы от 5 до 10 лет, обучение проводится в виде профессиональной переподготовки. В данном случае нормативный срок подготовки при любой форме обучения (очной, очно-заочной) составляет свыше 500 часов. Для лиц имеющих стаж работы 10 лет и более, обучение проводится по программам в виде повышения квалификации. Нормативный срок прохождения подготовки при любой организации процесса обучения составляет от 100 до 500 часов. Медицинским работникам, успешно завершившим освоение программы дополнительного профессионального образования в виде повышения квалификации и сдавшим итоговый экзамен, выдается свидетельство о повышении квалификации. Медицинским работникам, успешно завершившим освоение программы дополнительного профессионального образования в виде профессиональной переподготовки, выдается диплом о профессиональной переподготовке. В настоящее время принципы получения всех новых медицинских профессий и специализаций проводятся в соответствии с приказом №66 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОЖИ

*Немирова С.В., Петрова К.С., Петрова Г.А.,
Симанкина Ж.Д., Коротаев П.В., Гольдин А.Р.*

*Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород*

Система микроциркуляции является основным звеном, обеспечивающим трофику кожи. Визуальный мониторинг за морфофункциональным состоянием дистальных сосудов позволяет выявлять различные внутри- и внесосудистые изменения, важные для патогенетической характеристики процесса, что непосредственно влияет на выбор тактики лечения.

Целью исследования является оценка возможности оптической когерентной томографии, как неинвазивного метода визуализации сосудов микроциркуляторного русла, для контроля динамики васкуляризации кожи. Исследование проводилось на базах кафедр госпитальной хирургии им. Б.А.Королева, кожных и венерических болезней НижГМА, и основано на анализе оптических когерентных томограмм кожи и прилежащих тканей, зарегистрированных в фиксированных точках исходно (серия 1) и на фоне лечения (серии 2 и 3) сосудистых заболеваний (диабетическая ангиопатия и/или атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность на фоне варикозной болезни нижних конечностей или посттромбофлебитический синдром). Для обследования пациентов разработан протокол ОКТ с использованием визуализатора-томографа (параметры прибора: длина волны 1300нм, мощность источника излучения 1,5мВт на выходе излучения, продольное разрешение 20мкм, поперечное разрешение 25 мкм, глубина сканирования 1,5мм). В общей сложности обследовано 74 пациента (35 мужчин и 39 женщин), средний возраст составил $59,12 \pm 4,07$. Всего проанализировано 881 изображение. Для расчета динамики васкуляризации кожи была разработана программа «RatioSquareMedicalImage» (RSMI), которая позволила сформировать области анализа и рассчитать отношения площади произвольно выбранного объекта визуализации к площади зоны, заданной исследователем, вне зависимости от конфигурации изображения объекта. Обработку данных проводили с помощью программ OCTKernal, PresTo, Excel. Результаты. При исследовании было оценено количество визуализируемых сосудов, их нативная морфология (толщина и структура сосудистой стенки, проходимость просвета) и способность к сжимаемости при компрессионной пробе с дозированной нагрузкой, а так же состояние эпидермиса, дермы и прилежащих тканей. На исходных томограммах имело место нарушение васкуляризации тканей с острой или хронической воспалительной реакцией на фоне трофических нарушений, а так же отека в перивазальной области и дистальнее. На оптических томограммах 2-й серии, по сравнению с 1-й серией, при эффективной терапии отмечалось уменьшение высоты первого оптического слоя, увеличение яркости второго оптического слоя, усиление контрастности границы между 2 и 3, а так же 3 и 4 оптическими слоями. В пятом оптическом слое более четко визуализировались области низкой интенсивности сигнала округлой, овальной и щелевидной формы, с разной толщиной стенок и диаметром просветов, соответствующие артериальным и венозным сосудам. При этом за счет увеличения концентрации центров рассеивания сигнала, изменялась глубина полезного сигнала, что свидетельствовало об уменьшении количества отечной жидкости. В третьей серии томограмм указанные изменения были выражены наиболее ярко. Максимальные изменения числа визуализированных сосудов и их диаметра имело место при венозной патологии, причем позитивной считалось,

как появление положительной компрессионной пробы свидетельствующей о снижении флебогипертензии, так и увеличение числа функционирующих сосудов на фоне приема флебопротекторов. При острой или хронической артериальной недостаточности, наиболее значимые изменения определялись в перивазальных тканях, без значимой динамики состояния самого сосуда.

Выводы. Данное исследование показало эффективность оптической когерентной томографии, как неинвазивного метода оценки динамики васкуляризации кожи. Выявленные изменения глубины полезного сигнала, контрастности и толщины слоев, а так же конфигурации сосудов микроциркуляторного русла, в том числе – и при компрессионной пробе, являются объективными оптико-морфологическими критериями, позволяющими оценить наличие улучшения локальной гемодинамики на фоне лечения.

СИФИЛИС СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В ГОРОДЕ МОСКВЕ: ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ, СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ, ГЕНДЕРНЫЙ СОСТАВ БОЛЬНЫХ И СТРАНЫ ПРИБЫТИЯ

Новожилова О.Л.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В последние годы существенное влияние на эпидемиологическую ситуацию по инфекционной заболеваемости в городе Москве оказывает резко увеличившийся поток иностранных граждан, прибывающих в Российскую Федерацию преимущественно из стран СНГ в поисках работы.

Цель исследования: изучить частоту выявления и структуру заболеваемости сифилиса среди трудовых мигрантов в городе Москве, страны прибытия иностранных граждан в Российскую Федерацию и гендерный состав пациентов. Материалы и методы. Изучены статистические материалы отдела медицинской статистики ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», годовые статистические формы №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями» и №34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем и заразными кожными заболеваниями» по городу Москве за 2014-2016 годы.

Результаты. Установлено, что в 2016 году в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» было выявлено 1937 случаев сифилиса среди мигрантов, что в 4,1 раза больше, чем в 2015 году и в 24,2 раза больше, чем в 2014 году. Число обследованных иностранных граждан, желающих получить патент и разрешение на работу в Российской Федерации в городе Москве, в 2016 году составило 468 865 человек и было существенно меньше, чем в 2015 году (652 447 человек) и в 2014 году (290 310 человек). Однако, несмотря на снижение числа иностранных граждан, прошедших медицинское освидетельствование, число лиц с выявленным сифилисом среди них постоянно растет и в 2016 году составило 0,45%, в то время как в 2015 году – 0,3%, а в 2014 году – 0,23%

Среди больных сифилисом иностранных граждан мужчины составили 70,7%, женщины – 29,3%; соотношение числа мужчин к числу женщин составило 2,4:1.

В структуре клинических форм сифилиса у иностранных граждан преобладали скрытые формы заболевания (84,2%), в том числе ранний скрытый сифилис – у 36,7% обследованных, поздний скрытый сифилис – у 47,5%. Отмечен также высокий удельный вес случаев неуточненного сифилиса – 14,7%.

Основная масса больных сифилисом иностранных граждан указала в качестве места своего постоянного проживания республики Средней Азии – Узбекистан (39,4%) и Таджикистан (35%). Значительно меньше больных сифилисом прибыли из Республики Молдовы (12,4%), из Украины (7,3%) и Азербайджанской Республики (5,3%). Больные сифилисом, прибывшие в Москву из других стран постсоветского пространства (Республика Беларусь, Республика Грузия, Кыргызская Республика, Республика Туркменистан, Латвийская Республика), а также из Республик Кубы и Мали составили менее 1%.

Закключение. Проведенные исследования показали, что на протяжении последних 3 лет (с 2014 по 2016 год) в городе Москве наблюдается явная тенденция к увеличению заболеваемости сифилисом среди трудовых мигрантов. Абсолютное большинство заболевших сифилисом мигрантов прибывает в город Москву из стран Средней Азии – Узбекистана и Таджикистана. В структуре заболевания у мигрантов преобладают скрытые формы сифилиса, что является потенциальным источником распространения сифилитической инфекции, как среди мигрантов, так и среди жителей города Москвы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ АКНЕ У ДЕТЕЙ 7-17 ЛЕТ И ВЗРОСЛЫХ 18-30 ЛЕТ

Носачева О.А.

Национальный научно-практический центр здоровья детей, Российский Национальный исследовательский медицинский университет Н.И. Пирогова, ООО «Клиники Чайка», Москва

Цель исследования: провести сравнительную оценку двух групп пациентов с акне, особенности течения, а также влияния наружной комбинированной терапии и системной терапии на клиническое течение, себуметрию, дерматологический индекс акне (ДИА) легкой, средней и тяжелой степени акне у детей и взрослых.

Материалы и методы: обследованы и проанализированы 2 равноценные группы: 150 детей с акне в возрасте 7-17 лет (60%, n=90 женского пола, 40%, n=60 мужского пола) и 150 взрослых пациентов в возрасте 18-30 лет (80%, n=120 женского пола, 20%, n=30 мужского пола), получавших антиакне терапию в период с 2013 по 2017 год. В группе пациентов 7-17 лет отмечалось 50 детей (33,3%) с легкой степенью акне (средний возраст 10±1,07 лет) получали терапию фиксированной комбинацией 0,1% адапалена (А) в сочетании с 2,5% бензоила пероксидом (БП), 80 детей (53,3%) со средней степенью акне (средний возраст 13±1,32 лет), получали лечение в 50% (n=40) случаев фиксированной комбинацией 0,1% А в сочетании с 2,5% БП и дополнительно топическим клиндамицином (ТК), в 50% (n=40) – комбинацией ТК с СИ в дозировке

10 мг/кг в сутки, а 20 детей и подростков (13,3%) с тяжелой степенью акне (средний возраст $15 \pm 1,16$ лет) получали терапию СИ в дозировке 0,5-1 мг/кг веса – до достижения кумулятивной дозы 120 мг/кг. Продолжительность курса лечения топическими препаратами составила 12 мес. Кратность применения у детей 1 раз в день, через день первые 2 недели, затем 1 р/в день ежедневно. У взрослых топические препараты применялись 1 р/в день ежедневно с первого дня лечения в течение 12 мес. У пациентов второй группы 18-30 лет: в 40%, $n=60$, (средний возраст $23 \pm 1,12$ лет) отмечалась легкая степень акне, пациенты получали терапию комбинацией ТК с СИ в дозировке 10 мг/кг в сутки до достижения кумулятивной дозы 120 мг/кг. У остальных пациентов в 60%, $n=90$, (средний возраст $21 \pm 2,17$) отмечалась средне-тяжелая степень акне, осложненная рубцами постакне, такие пациенты сразу же получали терапию СИ в дозировке 1 мг/кг в сутки до достижения кумулятивной дозы 120 мг/кг. Анализ клинико-физиологических показателей до и после лечения помимо клинической ремиссии, выявил нормализацию жирности кожи (по данным себуметрии) у детей и взрослых до показателей 50-60 ус.ед, что соответствовало группе сравнения здоровых пациентов, соответствующего возраста.

Результаты. Сравнительный анализ результатов лечения детей и взрослых с акне показал, что у детей практически отсутствовала терапия акне до обращения к дерматологу, взрослые же пациенты ранее получали разнообразную терапию акне и не были удовлетворены результатом лечения. Эффективность терапии повышается при применении наружного лечения с использованием топических ретиноидов. Присоединять к лечению системную терапию необходимо при отсутствии клинической ремиссии от применения топической наружной терапии ранее, как у детей, так и у взрослых, а назначение системного изотретиноина в терапевтической дозировке необходимо при средне-тяжелой степени акне, независимо от возраста пациентов, особенно при склонности к образованию рубцов постакне. Таким образом, у детей с легким течением акне отмечался высокий регресс воспалительных и невоспалительных элементов – 97% и 93% (ДИА сократился в 2 раза), у взрослых – на фоне терапии полная клиническая ремиссия отмечалась в 100% случаев. У детей со средним и тяжелым течением акне – полный регресс высыпаний на фоне терапии отмечался в 95-100% (ДИА сократился в 4-8 раз). У взрослых со средне-тяжелым течением акне в 97% случаев на фоне терапии системным изотретиноином отмечалась полная продолжительная (более 2-3 лет) клиническая ремиссия (ДИА сократился в среднем в 10 раз). Показатели себуметрии в результате лечения нормализовались у всех пациентов с акне.

Выводы. Включение в схему антиакне терапии у детей топических 0,1% адапалена и 2,5% бензоила пероксида в фиксированной комбинации, клиндамицина, а при необходимости, своевременно и СИ в рекомендуемой схеме и дозировке, в зависимости от степени тяжести акне и возраста пациентов, повышает ее эффективность, способствует достоверному снижению среднего количества воспалительных и невоспалительных элементов ($p < 0,01$), ДИА ($p < 0,05$).

ТЕРАПИЯ АКНЕ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКИМ И СРЕДНИМ ТЕЧЕНИЕМ

Носачева О.А.

Российский Национальный исследовательский медицинский университет Н.И. Пирогова, Национальный научно-практический центр здоровья детей, Москва

Цель исследования: оценка влияния комбинированной терапии легкой и средней степени акне у детей на клиническое течение, жирность кожи (себуметрию), дерматологический индекс акне (ДИА).

Материалы и методы: обследовано 120 детей с акне в возрасте 7-17 лет. 40 (33,3%) детей с легкой степенью в возрасте 7-12 лет (препубертат) и 80 (66,7%) со средней степенью акне в возрасте 13-17 лет (пубертат). Анализ клинико-физиологических показателей до лечения выявил повышенную жирность кожи у детей в возрасте 13-17 лет (пубертат) в 85,0% ($n=68$) [ДИ 76,7-87,8] и в 60% ($n=24$) у детей 7-12 лет (препубертат) [ДИ 60,8-85,9]. С целью оценки эффективности терапии выделены 3 группы пациентов с легким и 3 группы пациентов со средним течением акне: по 10 детей с легкой степенью и по 20 детей со средней степенью акне. Всем детям определялся дерматологический индекс акне (ДИА). Первая группа получала лечение топическим ретиноидом в сочетании с 5% бензоила пероксидом, вторая группа – терапия топическим антисептиком на основе Цетилпиридиния хлорида моногидрата в сочетании с 0,1% адапаленом, третья группа применяла фиксированную комбинацию 0,1% адапалена с 2,5% бензоила пероксидом. Продолжительность курса лечения составила 16 недель. Кратность применения 1 р/в день, через день первые 2 недели, затем 1 р/в день ежедневно.

Результаты. Сравнительный анализ результатов лечения детей с акне показал, что эффективность терапии повышается при применении наружного лечения с использованием средств противовоспалительного действия – топических ретиноидов. Наибольшая эффективность достигнута при применении фиксированной комбинации 0,1% адапалена с 2,5% бензоила пероксидом, оцененная по дерматологическому индексу акне (ДИА) и проценту регресса воспалительных и невоспалительных элементов, у детей с легким течением акне отмечался высокий регресс воспалительных и невоспалительных элементов – 97% и 93% (ДИА сократился в 2 раза), а у детей со средне-тяжелым течением акне – 92% и 94% (ДИА сократился в 4 раза), соответственно. 60% детей имело клиническую ремиссию на фоне комбинированной терапии топическим антисептиком в сочетании с 0,1% адапаленом и 80% со средним течением и 100% детей с легким течением, получающих терапию 0,1% адапаленом в сочетании с 2,5 и 5% бензоила пероксидом в исследуемых группах. Показатели себуметрии в результате лечения нормализовались у всех пациентов с акне.

Выводы. Включение в схему антиакне терапии у детей 0,1% адапалена и бензоила пероксида, особенно в фиксированной комбинации повышает ее эффективность и улучшает переносимость как у детей с легким, так и со средним течением акне, способствует достоверному снижению ДИА.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АКНЕ

Носачева О.А.

Российский Национальный исследовательский медицинский университет Н.И. Пирогова, Национальный научно-практический центр здоровья детей, Москва

Цель исследования: при помощи адаптированной русской версии общего вопросника PedsQL 4.0. Pediatric Quality of Life Questionnaire – PedsQL 4.0 (Varni J. et al., USA, 2001), оценить влияние акне легкой и средней степени на физическое, эмоциональное, социальное и школьное функционирование детей и подростков 8-17 лет по сравнению со здоровыми сверстниками соответствующего возраста.

Материалы и методы: обследовано 150 детей с акне в возрасте 8-17 лет. 50 детей (33,3%) с легкой степенью и 100 (66,7%) со средней степенью болезни. Предварительно получив согласие от родителей, в соответствии с возрастом всем детям и родителям предложено заполнить вопросник PedsQL 4.0. В качестве групп сравнения были выделены 50 детей с легкой степенью акне и 50 детей со средней степенью акне 8-17 лет. Результаты: у здоровых детей из группы сравнения в возрасте 8-12 лет показатель физического функционирования составил $90,61 \pm 1,2$ балла, школьного – $89,66 \pm 1,6$ балла, эмоционального – $90,12 \pm 1,1$ балла, социального – $95,49 \pm 1,3$ балла. У детей в возрасте 13-17 лет показатель физического функционирования составил $90,83 \pm 1,12$ балла, школьного – $88,93 \pm 1,2$ балла, эмоционального – $95,93 \pm 1,2$ балла, социального – $92,19 \pm 1,1$ балла. При сравнительном анализе у детей с легким течением акне показатель физического функционирования составил $92,32 \pm 1,2$ баллов, школьного – $90,26 \pm 1,4$ баллов, эмоционального – $74,16 \pm 1,3$ баллов, социального – $76,40 \pm 1,4$ баллов. У детей со средней степенью акне показатель физического функционирования составил $90,16 \pm 1,4$ баллов, школьного $89,35 \pm 1,5$ баллов, эмоционального $63,13 \pm 1,2$ баллов, социального $66,20 \pm 1,2$ баллов. При легком течении акне у детей отмечалась достоверная разница в эмоциональном и социальном функционировании, $p < 0,05$. При среднем течении акне достоверно ниже были показатели эмоционального и социального функционирования по сравнению со здоровыми детьми, $p < 0,001$.

Выводы: анкетирование наблюдаемых нами детей с легким и средним течением акне показало, что физическое и школьное функционирование нарушены менее всего, однако эмоциональные проблемы причиняют большие неудобства пациентам как с легким, так и со средним течением болезни. Статистически значимой достоверности данных между школьным и физическим функционированием у наблюдаемых нами детей с акне и группой сравнения здоровых детей получено не было, когда при эмоциональном и социальном функционировании получена достоверная разница, как у детей с легким, так и средним течением акне ($p < 0,05$, $p < 0,001$).

СОВРЕМЕННЫЕ BIOTEХНОЛОГИИ И ПРОБЛЕМЫ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ЧЕЛОВЕКА

Пантелеев А.А.

Национальный исследовательский центр «Курчатовский Институт», Лаборатория тканевой инженерии, Москва

Развитие тканевой инженерии и регенеративных технологий позволяет современной медицине перейти к решению качественно новой задачи – полному восстановлению у пациента функций и структуры органов, утраченных в результате патологического процесса или травмы. В полной мере это относится к коже. Разработка методов стимуляции регенеративных процессов в кожных покровах может внести решающий вклад в терапию обширных ожогов, трофических язв, диабетических кожных патологий, келоидных рубцов и в решение многочисленных косметологических проблем (например, борьба со старением кожи и контроль роста волос). Исследования в этой области включают два основных методологических подхода: разработка методов стимуляции регенеративных процессов непосредственно в теле пациента (например, клеточные, фармакологические, физиотерапевтические методы) и создание биоинженерных аналогов кожи, способных заменить утраченную или нефункциональную ткань. Вторым подходом является единственно возможным при обширных повреждениях кожи. Функциональные кожные эквиваленты, полученные в системе *in vitro*, могут быть использованы не только в кожной трансплантологии, но и в качестве модели для исследования механизмов функционирования кожи в норме и патологии и, самое главное, для тестирования эффективности и токсичности новых лекарственных препаратов и косметологических средств.

Работа в области регенерации кожных покровов включает несколько ключевых направлений:

1. Исследования молекулярно-клеточных механизмов регенерации кожи и кожного органогенеза (*in vitro*, *ex vivo*, на лабораторных животных).
2. Разработка методов управления этими механизмами в экспериментальных условиях.
3. Разработка матриксных носителей, сочетающих требуемые биологические свойства с адекватными механическими характеристиками.
4. Использование этих материалов как для переноса методов стимуляции регенерации непосредственно в тело пациента, так и для создания искусственных кожных эквивалентов.
5. Разработка биореакторов, адаптированных к решению различных биотехнологических и клинических задач (например, создание комплексных тканеинженерных конструкций для ожоговой терапии или моделей кожи для тестирования фармпрепаратов).
6. Решение проблемы васкуляризации и приживления кожных эквивалентов.
7. Решение проблемы контракции дермальной (содержащей фибробласты) составляющей тканевых эквивалентов кожи.
8. Индукция формирования придатков кожи (волос и желёз) в тканевых эквивалентах *in vitro* и в восстанавливающейся коже пациента *in situ*.

В настоящее время по всем этим направлениям удалось достичь определенного прогресса, однако остаются и

значительные нерешенные проблемы. Решение этих проблем позволит разработать совершенно новые, эффективные подходы к активации регенеративных процессов в коже человека и внесёт значительный вклад в практику современной дерматологии, косметологии и ожоговой терапии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ С УЧЕТОМ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВОЙСК НАЦИОНАЛЬНОЙ ГВАРДИИ

Пересадына С.К., Коротков К.А.

7 Клинико-диагностический центр войск национальной гвардии РФ, Москва

Проблема новообразований кожи продолжает оставаться актуальной. Роль ранней диагностики, своевременное и адекватное лечение позволяет снизить вероятность развития злокачественных новообразований.

Основной контингент нашего лечебного учреждения составляют военнослужащие срочной и контрактной службы, в связи с чем приходится сталкиваться с рядом проблем. Первое – отсутствие анамнестических данных, и второе – перманентная механическая травматизация, что является предрасполагающим фактором к развитию злокачественных новообразований кожи, в виду необходимости ношения определенной формы одежды. На данный момент средний призывной возраст составляет 20,5 лет. После прохождения призывной комиссии, на которой зачастую не уделяется должное внимание дерматологической патологии, так как во многих предварительных призывных комиссиях врач – дерматолог отсутствует, а при проведении заключительной комиссии врач резко ограничен во времени для полноценного осмотра, военнослужащий сталкивается с рядом проблем. В первую очередь это травмирующий фактор ношение военной формы одежды, которая отличается от привычной одежды как пошивом, качеством материала, так и правилами ее ношения. Так же проблемой нужно считать специфическую обувь с высоким берцем, твердой подошвой и внешним материалом ее исполнения, исключающим «дышащий эффект».

Цели исследования: - Обозначить травмирующие факторы, влияющие на рост кожных новообразований у военнослужащих; - Проблемные вопросы раннего выявления злокачественных новообразований с учетом специфических травмирующих факторов.

Материалы и методы – в исследовательскую группу вошли военнослужащие срочной службы войск национальной гвардии РФ, проживающие в условиях казарменных помещений, период наблюдения составил 1 год. Количество исследуемых – 74 человека, отмечающих рост новообразований за время прохождения службы с диагнозами: -подозрение на меланому – 1 человек; -сложный невус – 12 человек; -эпидермальный – 17 человек; -интрадермальный невус – 13 человек; -внутридермальный невус – 12 человек; -папилломатозный невус – 6 человек; -дерматофиброма – 8 человек; -ангиома – 5 человек. К

методам исследований отнесено: -Визуальный осмотр; -Пальпация новообразования; -Метод дерматоскопии (с составлением формализованного протокола); -Ультразвуковое исследование; -Патогистологическое исследование после удаления. Применение комплексной методики обследования является информативным для контроля качества лечения. Применялись следующие методы деструкции: -Диодный лазер с длиной волны излучения 970 нм, мощностью излучения от 8 до 10 Вт, с длительностью импульса излучения 1 секунда, в режиме повторяющихся импульсов. В качестве терапевтических мероприятий пациентам применялись: -Криодеструкция аппаратом Криопен М с областью действия от 1 до 8 миллиметров, подачей охлажденного газа под давлением 55 бар при температуре -89°С. Комплексный подход к лечению позволил добиться стойких положительных результатов.

Выводы. При работе в условиях войскового звена войск национальной гвардии РФ врач-дерматолог сталкивается с фактором наличия патологии без предварительного наблюдения заболевания и отсутствием времени для ведения диспансерно-динамического учета пациента. Это в первую очередь связано с необходимостью продолжения несения службы военнослужащим, дальнейшим влиянием травмирующего фактора (формы одежды, обуви). Таким образом, совершенствование учета данных пациентов на предварительных комиссиях, диагностики как до призыва, так и во время прохождения службы, и своевременное лечение позволит исключить наибольшую вероятность развития злокачественных новообразований.

РАЗРАБОТКА ТРЕХМЕРНЫХ КЛЕТОЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ РЕКОМБИНАНТНЫХ СПИДРОИНОВ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОЖИ

Петерсен Е.В., Гурьева С.С., Корниенко И.А., Сидорук К.В., Давыдова Л.И., Богуш В.Г., Фриго Н.В.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии ДЗМ, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Московский физико-технический институт, Государственный научно-исследовательский институт генетики и селекции промышленных микроорганизмов, Москва

Ключевые слова: внеклеточный матрикс; безрубцовое заживление; клеточная культура; клеточные конструкции; спидроин.

В настоящий момент существует необходимость разработки тканеинженерных конструкций для тестирования лекарственных препаратов, моделирования патологических процессов, а также создания биоискусственных трансплантатов для восстановления тканей и органов пациентов [1]. Наиболее перспективными материалами для создания матриксов, имитирующих внеклеточный матрикс ткани, могут стать рекомбинантные спидроины, представляющие собой аналоги белков каркасной нити паутины. Из этих белков могут быть получены различные

структуры – пленки, гидрогели, микрогели, микрокапсулы [2]. Отличительной их особенностью является низкая иммуногенность и биосовместимость, позволяющая использовать данный материал при создании практически любой ткани.

Целью данной работы стало проведение работ по исследованию структур пленочных и гидрогелевых матриц на основе рекомбинантного спидроина и созданию трехмерных клеточных конструкций, пригодных для использования в дерматологии для восстановления поврежденного кожного покрова, путем заселения различных типов матриц клеточными культурами дермальных фибробластов, меланоцитов, кератиноцитов, нейральных клеток.

В работе были использованы образцы, полученные из водного раствора белка спидроина 1F9 в концентрации 1 мг/мл, в виде пленок, полученных высушиванием, сетчатого полотна, полученного методом электроспиннинга, а также микрогель, полученный из 3% раствора спидроина 1F9. В качестве контроля использовался коллагеновый гидрогель 1 типа. Клеточные культуры были получены из биоптата кожи, полученного в ходе пластической операции по стандартным методикам. В качестве исследуемых маркеров использовались AnnexinV/PI, CK10, CK14, Ki67, nestin, GAFF, S-100, vimentin. Для визуализации специфичности клеток использовался метод иммуногистохимии, наблюдения проводили на конфокальном микроскопе Carl Zeiss.

Структуры исследуемых матриц наблюдались с помощью растрового электронного микроскопа FEI Quanta 200. Образцы в виде пленки имели толщину 5-10 мкм, образцы, полученные методом электроспиннинга, имели сетчатое строение, толщина полученных волокон находилась в диапазоне от 0,5 мкм до 1 мкм. Образцы в виде микрогелей представляли собой гомогенные гранулы диаметром от 350 мкм до 450 мкм, имеющие шероховатую поверхность с порами.

Оценка влияния матриц на адгезивные, пролиферативные и тканеспецифичные свойства клеточной культуры была проведена на первичной клеточной культуре кожи (включающей дермальные фибробласты, кератиноциты и меланоциты человека) и культуре первичных нейральных клеток. Клеточные культуры, культивируемые на пленочном покрытии на основе спидроина, обладали более высоким уровнем пролиферации, сохранением тканеспецифических маркеров и уровнем образования 3D клеточных структур в сравнении с контролем.

Таким образом, было показано, что исследуемые матрицы являются подходящими для заселения клеточными культурами, обладают необходимыми для создания тканеинженерных конструкций свойствами – положительными адгезивными характеристиками, обеспечивают высокий пролиферативный и миграционный потенциал клеток, а также способствуют поддержанию тканеспецифичных характеристик клеток, не препятствуя росту и взаимной миграции различных типов клеток. Результаты, полученные в работе, позволяют в дальнейшем использовать данные подходы для создания трехмерных клеточных конструкций с целью лечения дефектов кожи различной этиологии, создавая условия для их безрубцового заживления.

ОКТ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ: НОВЫЕ МОДИФИКАЦИИ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Петрова К.С., Петрова Г.А., Дерпалюк Е.Н., Гаранина О.Е.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Ранее было установлено, что ОКТ может использоваться для прижизненной диагностики и дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи, включая базально-клеточный рак и меланому. При этом метод характеризуется высокими показателями чувствительности, специфичности и диагностической точности. Возможность многократных и многоочаговых ОКТ-исследований позволяет получать произвольное количество изображений поперечного среза новообразования в различных направлениях. На практике подозрительный элемент обычно исследуется в направлении двух перпендикулярных осей с последовательным перемещением зонда, что в зависимости от размера элемента требует определенных временных затрат. При работе с неоднородным объектом может потребоваться дополнительное исследование по другим осям и отдельных участков элемента для обеспечения регистрации начальных участков малигнизации, что значительно увеличивает время исследования. Новая модификация ОКТ-устройства, обеспечивает получение 3D-изображений фрагмента кожи площадью 5x5 мм на глубину до 1,5 мм в реальном времени с возможностью изучения произвольного числа вертикальных и горизонтальных срезов этого фрагмента с детальным изучением каждого из них. Использование ОКТ 3D значительно сокращает время исследования, облегчает, а самое главное увеличивает объективность исследований, снижает вероятность диагностических ошибок, т.к. обеспечивает времени визуализацию любой точки в объеме исследуемого фрагмента кожи, и даже небольших участков начальной малигнизации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОКТ ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

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

Нижегородская государственная медицинская академия, Центр эстетической медицины «Анастасия», Нижний Новгород

Введение. С учетом индивидуальных и возрастных особенностей строения кожи и необходимости персонализации воздействий существует потребность в методах объективного контроля уровня введения препаратов, в частности препаратов гиалуроновой кислоты, в кожу для обеспечения правильности реализации технологии.

Цель исследования. Изучение возможности использования ОКТ для объективного контроля уровня введения в кожу препаратов гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы. Использовали визуализатор-топограф оптико-когерентный компьютеризированный для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК» (регистрационное

удостоверение № ФС 022a2005 /2035-05 от 05.08. 2005 г.). Для внутривенного введения препарата Belotero intense использовали фрагмент кожи бедра с подкожной клетчаткой, полученный в результате плановой ампутации. Осуществляли введение 0,1 мм препарата в эпидермис (образец 1), в средние отделы дермы (образец 2) с последующим ОКТ-исследованием образцов.

Результаты. При ОКТ-исследовании 1 образца введенный в эпидермис препарат визуализировался в пределах 3 слоя ОКТ-изображения в виде однородной зоны сигнала низкой интенсивности округло-овальной формы с четкими границами. В месте введения иглы четко визуализировался канал, так как часть препарата в результате ретроградного движения осталась в канале, препятствуя его спадению. При ОКТ-исследовании брали 2 образца, введенный в дерму препарат визуализировался однородной зоной сигнала низкой интенсивности округло-овальной формы с четкой верхней границей и менее четкими нижней и нижне-боковыми границами.

Выводы. Метод ОКТ позволяет осуществлять контроль уровня введения препаратов, в частности гиалуроновой кислоты, непосредственно в ходе процедуры, что позволит независимо от индивидуальных особенностей кожи избежать технических ошибок при введении препаратов, способных привести к нежелательным последствиям.

ОКТ 3D: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Петрова К.С., Петрова Г.А., Немирова С.В., Симанкина Ж.Д., Миронычева А.М., Сайгина И.Ю.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Ранее было установлено, что ОКТ может использоваться для прижизненной диагностики и дифференциальной диагностики дерматозов, включая злокачественные опухоли. При этом метод характеризуется высокими показателями чувствительности, специфичности и диагностической точности. Возможность многократных и многоочаговых ОКТ-исследований позволяет получать произвольное количество изображений поперечного среза исследуемого элемента в различных направлениях. Обычно объект исследуется в направлении двух перпендикулярных осей с последовательным перемещением зонда, что в зависимости от размера элемента требует определенных временных затрат. При работе с неоднородным объектом может потребоваться дополнительное исследование по другим осям и отдельных участков элемента для обеспечения регистрации, например, начальных участков малигнизации, что значительно увеличивает время исследования. Новая модификация ОКТ-устройства, обеспечивает получение 3D-изображений фрагмента кожи с интересующим элементом площадью 5x5 мм на глубину до 1,5 мм в реальном времени, с возможностью изучения произвольного числа вертикальных и горизонтальных срезов этого фрагмента с детальным изучением каждого из них. Использование ОКТ 3D значительно сокращает время исследования, облегчает, а самое главное, увеличивает объективность исследований, снижает вероятность диагностических ошибок, т.к. обеспечивает визуализацию любой точки в объеме исследуемого фрагмента кожи, и даже небольших участков начальной малигнизации.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ВЫБОР ВАРИАНТА РЕКОНСТРУКЦИИ ПOKPOBНЫХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ

Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Зенкина Е.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра, Москва

Цель. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты восстановления дефектов лицевой зоны при хирургическом лечении злокачественных опухолей кожи лица.

Задачи: 1. Оценить адекватность выбора методов пластики в зависимости от объема поражения кожи головы и шеи. 2. Оценить качество жизни пациентов после выполнения пластических операций покровных тканей головы и шеи.

Материалы и методы. В отделении микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ используются все виды реконструктивно-пластических операций для восстановления косметических и функциональных дефектов, возникающих в результате хирургического лечения при злокачественных новообразованиях кожи головы и шеи. За 25-летний период, вплоть до 2017 года, выполнено 2018 хирургических вмешательств с одномоментной реконструкцией послеоперационных дефектов. Всего прооперировано 938 мужчин и 575 женщин в возрасте от 18 до 87 лет. Базальноклеточный рак кожи встречался у 1513 больных (75,0%), среди них Т1 (68,0%), Т2 (27,0%), Т3 (3,0%), Т4 (2,0%); плоскоклеточный рак – у 443 (22,0%), среди которых Т1 у (76,0%), Т2 (20,0%), Т3 (3,0%), Т4 (1,0%); меланома – у 62 (3,0%), при этом Т1 у (58,0%), Т2 (38,0%), Т3 (3,5%), Т4 (0,5%). Результаты. При распространенности опухоли Т1-2 более чем в 90% случаев использовались перемещенные кожно-жировые лоскуты (по Лимбергу, носогубный лоскут, Z-образный, П-образный, парамедиальный, скользящий лоскут. При распространенности Т4, обширных дефектах, возникающих после резекций опухоли, вовлекающей основание и свод черепа, твердую мозговую оболочку, орбиту, недостатке местного пластического материала, для реконструкции дефекта применялась микрохирургическая пластика в 1,88% (38 пациентов). До и после операции всем пациентам проводилось анкетирование социальной адаптации по системе EORTC. Большинство пациентов отметили улучшения качества жизни после проведенной пластики.

Выводы. При реконструкции дефектов лицевой зоны необходим индивидуальный подход при выборе пластического материала в зависимости от объема пораженных тканей, характеристик окружающих тканей, пол и возраст больных. При локализованном опухолевом процессе кожи лицевой зоны практически любой локализации приоритет отдается реконструкции с использованием местных тканей, т.к. достигается наиболее удовлетворительный косметический эффект. При недостатке местных тканей, ввиду обширных послеоперационных дефектов при распространенных

процессах, с поражением свода черепа, орбиты, требуется микрохирургическая реконструкция в сочетании с местными тканями.

ВЫЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ МАССОВОМ СКРИНИНГЕ: ПРОБЛЕМЫ И ИХ РЕШЕНИЯ

Потапова А.А., Ермолаева М.И., Шульгина М.М., Гусев А.С., Ипатов П.А., Красун Н.В., Моденова О.А.

Клинико-диагностическая лаборатория по диагностике ВИЧ-инфекции, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Цель работы – охарактеризовать проблемы, которые возникают при исследовании маркеров вирусных гепатитов В и С: HBsAg и антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС), и антител к ВИЧ (анти-ВИЧ), а также представить некоторые пути их решения для предотвращения сообщения ложных результатов.

Материалы и методы. В 2016 году исследовано на наличие HBsAg 1169230 проб, анти-ВГС – 1163536 проб, анти-ВИЧ – 1163044 проб сыворотки крови пациентов ЛПУ г. Москвы. Для определения HBsAg и анти-ВГС использованы иммуноферментные скрининговые и подтверждающие тест-системы (ТС): с нейтрализующими антителами при исследовании HBsAg и с отдельным выявлением антител к структурным (Core) и неструктурным (NS) антигенам (АГ) ВГС. Для исследования маркеров ВИЧ-инфекции использованы ТС для ИФА с выявлением анти-ВИЧ и p24 АГ. Полученные результаты. 1. Выявление HBsAg. После первичного скрининга в 2016 г. проб с положительными результатами было 1,51%, а окончательно положительных – 1,21% от всех исследованных проб. Количество проб, которые необходимо протестировать дополнительно для получения достоверного результата, определено с 3 по 19 января 2017 г. На наличие HBsAg исследована 45151 проба, из них положительными в первичном скрининге было 589 проб (1,3%), выдано положительными 545 проб (1,21%). Из них положительные результаты по 285 пробам (52,29% всех положительных проб) сообщены после первого подтверждающего исследования; по 136 пробам (24,95%) – после дополнительных исследований проб, разведенных в 100 и более раз. В работе использованы новые способы измерения оптической плотности (ОП) и интерпретации результата (содержатся в сертифицированных ТС), которые позволили без дальнейшего разведения сообщить положительный результат еще для 115 проб (21,1%). Т.о. проблемы при исследовании высокопозитивных в скрининге проб решаются относительно просто – разведением пробы, причем с использованием новых возможностей ТС количество разведений пробы минимизируется. Проблемы при исследовании низкопозитивных проб с ОП менее 0,35 (17 проб, 2,89% из общего количества условно-положительных проб) решаются сложнее, поскольку причиной низкой позитивности может быть действительно низкий уровень HBsAg либо ложнопозитивная реакция сыворотки. Окончательно позитивный результат был

сообщен по 9 из 17 проб, в том числе полученных от беременных женщин; среди окончательно негативных были пробы сыворотки беременных женщин и новорожденных детей. Оптимальным вариантом решения проблемы низкопозитивных проб является использование ТС (производства РФ) с большей чувствительностью (определение HBsAg 0,01 нг/мл), которые требуются для исследования всего 0,02% проб пациентов.

2. Выявление анти-ВГС. За последние годы наблюдается снижение количества анти-ВГС-положительных результатов (с 2014 г. по 2016 г. – с 4,69 до 4,18%, $p < 0,012$), отчасти за счет того, что существенную долю окончательных результатов составляют неопределенные результаты. Так, в 2016 г. неопределенных результатов было 5,52%, отрицательных 12,9%, положительных 81,84% от положительных в первичном скрининге проб. Критерии неопределенного результата в настоящее время содержатся в ТС с определением антител к Core АГ и к комплексу NS АГ. В то же время нельзя отказываться от использования в практике скрининговой лаборатории ТС «спектр» с отдельным выявлением антител, поскольку, во-первых, только эти ТС дают возможность избежать сообщения ложноположительного результата при отдельном определении антител к неперекрывающимся АГ. Во-вторых, исследование в ТС «спектр» способствует снижению количества неопределенных результатов, поскольку при отдельном выявлении антител к двум NS АГ результат исследования интерпретируется как положительный. ТС «спектр» требуются для исследования примерно 0,4% всех обследованных лиц.

3. Проблемы выявления маркеров ВИЧ-инфекции решаются с участием Московского городского Центра профилактики и борьбы со СПИДом, в котором исследование ИФА+ проб проводится в иммуноблоте (ИБ). В январе 2017 г. из 10215 исследованных проб отправлены в МГЦ СПИД 759 проб, из них в ИБ 14 проб были с неопределенными, 100 – с отрицательными и 645 проб с положительными результатами; при сообщении отрицательного в ИБ, но положительного в ИФА результата, или неопределенного результата в ИБ в ряде случаев были добавлены комментарии: повторить исследование через 2 недели либо через 2 месяца. Это связано с тем, что ТС ИФА 4-го поколения имеют большую чувствительность, чем ИБ. В последние годы активно обсуждается вопрос о том, что для подтверждения наличия ВИЧ-инфекции необходимо использовать не ИБ, а выявление РНК ВИЧ для более раннего начала лечения.

Заключение. Проблемы выявления при массовом скрининге маркеров социально-опасных заболеваний: ВИЧ-инфекции (АГ и антител к ВИЧ), гепатитов В (HBsAg) и С (анти-ВГС), – отчасти решаются с использованием ТС нескольких производителей. Для правильной интерпретации окончательных результатов исследования HBsAg и анти-ВГС для некоторых проб в первом случае необходимо использовать ТС с чувствительностью 0,01 нг/мл, во втором – ТС с отдельным выявлением антител к нескольким NS АГ. Проблема выявления маркеров ВИЧ-инфекции может быть решена окончательно не в скрининговой лаборатории, а на уровне референсных лабораторий.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВЕРИФИКАЦИИ ДЕРМАТОЗОВ И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

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

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Качественная и адекватная лабораторная диагностика – один из ключевых факторов контроля над распространением дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Для осуществления верификации диагноза при дерматозах, а также при поздних формах сифилиса, помимо классического метода патоморфологического исследования биоптатов кожи, в настоящее время применяются методы гистохимии, иммуногистохимии, иммунофлуоресценции, *in situ* гибридизации, *in vitro* конфокальной микроскопии. Эти методы позволяют изучать разнообразие молекул и продукты их метаболизма, характерные для отдельных дерматозов, а также определять присутствие возбудителя сифилиса непосредственно в измененных болезнью тканях. При необходимости верифицировать диагноз дерматоза применяется маркерная диагностика, которая позволяет определять молекулы или их комплексы, выделяющиеся во внутренние среды организма при развитии конкретного заболевания. Так, известны маркеры системной красной волчанки (LE-клетки, волчаночный антикоагулянт, антитела к двуспиральной нативной ДНК, гистонам, Sm-антигену, кардиолипину, β 2-гликопротеину 1) и других диффузных болезней соединительной ткани (аутоантитела против цитоплазматических белков и рибонуклеиновых кислот мышечной ткани, «ферменты мышечного распада» при дерматомиозите, антитела к центромере В и топоизомеразе I при склеродермии, антитела к нейтрофильным цитоплазматическим антигенам, миелопероксидазе и сериновой протеазе при первичных системных васкулитах), маркеры атопического дерматита (специфические IgE/IgG4-антитела к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения), маркеры пузырчатки (антитела к десмоглеинам 1 и 3 типа) и буллезного пемфигоида (IgG аутоантитела к антигенам BP180 и BP230). Верификация дерматозов может осуществляться также методом протеомного анализа кожи, сыворотки крови и интерстициальной жидкости (например, в качестве маркеров псориаза описаны белки-цитокератины 5, 10, 14, 15, 17). Для выявления маркеров лимфом кожи, генодерматозов, злокачественных новообразований кожи применяются молекулярно-генетические и иммуногенетические методы.

Неоценима роль лабораторных исследований при верификации диагноза инфекций, передаваемых половым путем. Это тем более актуально, что многие ИППП в настоящее время протекают скрыто или малосимптомно, и только лаборатория может дать окончательный ответ об этиологии того или иного заболевания и позволить обосновать адекватную этиотропную терапию. Для прямой верификации возбудителей ИППП в настоящее время применяют прямые методы исследования, как классические

(микроскопия, бактериологическое исследование), так и инновационные молекулярные методы «быстрой» микробиологии (мультипраймерная ПЦР, технология биочипов, прямая протеомная идентификация патогенов, инновационная биосенсорная технология PLEX-ID, методы секвенирования, в том числе NGS). С целью подтверждения диагноза при развитии восходящего процесса в урогенитальном тракте и контроля эффективности терапии ИППП применяются известные и инновационные, в том числе многопараметрические, методы иммунного анализа (иммуноблоттинг, биосенсорная технология xMAP, иммуночипы). Данные технологии дают возможность детекции микроорганизмов без их предварительного культивирования, позволяют идентифицировать широкий спектр сопутствующей бактериальной флоры (технологии прямого анализа); выявления антител разной специфичности к одному или нескольким микроорганизмам (технологии непрямого анализа) и позволяют существенно сократить время обследования пациентов.

В условиях широкого распространения во всем мире антибиотикорезистентных штаммов возбудителей заболеваний лабораторные методы исследования (как классические микробиологические, так и молекулярные) позволяют: определять чувствительность возбудителей ИППП к антимикробным препаратам, выявлять локусы генов, ассоциирующиеся с развитием резистентности возбудителей к определенным антимикробным препаратам, отслеживать и прогнозировать распространение антибиотикорезистентных штаммов, оптимизировать схемы лечения ИППП.

С применением лабораторных методов осуществляется определение рисков развития отдельных заболеваний и их осложнений, составляющее основу так называемой предиктивной медицины. К числу достижений предиктивной медицины в дерматовенерологии может быть отнесена частичная расшифровка структуры наследственной предрасположенности к псориазу (локусы PSORS, ген TNF-A, RAGE-ген), атопическому дерматиту (ген DEFB1, rs1800795 гена IL6, генотип CC, мутации в гене филагрина), многим генодерматозам (врожденный буллезный эпидермолиз, нейрофиброматоз, ихтиоз вульгарный, X-сцепленный и др.), прогнозирование риска развития нарушений репродуктивной функции, ассоциированных с ИППП (полиморфизмы генов IL-6, IL-10, TGF β 1 и др.).

Лабораторные методы позволяют прогнозировать эффективность и безопасность терапии дерматозов и ИППП путем изучения ассоциаций отдельных генотипов с тем или иным ответом пациентов на применяемую терапию, а также полиморфизма генов, определяющего вариабельность ответа разных индивидуумов на прием лекарственного препарата. К настоящему времени установлены: прогностическая значимость определения полиморфизма гена TNF-R-II у больных псориазом в отношении эффективности терапии генно-инженерным препаратом инфликсимаб, значимые ассоциации между полиморфизмами генов эксцизионной системы репарации ДНК (XPF, XRCC1, XPD) и риском развития УФ-индуцированной эритемы, диффузной необратимой гиперпигментации кожи и злокачественной меланомы кожи у больных псориазом, получающих фототерапию, предрасположенность к развитию серорезистентности после лечения сифилиса у

больных скрытыми формами заболевания, несущими в своем генотипе ген гистосовместимости HLA-B7 и гаплотип A2B7. Таким образом, на настоящий момент современная лабораторная база располагает обширным арсеналом технологий, которые могут быть с успехом использованы для верификации, определения рисков и прогнозирования эффективности терапии дерматозов и ИППП. Рациональное и целенаправленное использование этих технологий, а также материальных, кадровых, методологических ресурсов и подходов позволяет осуществлять своевременное выявление и контроль над распространением этих заболеваний.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ: АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗА ПЕРИОД С 2011 ПО 2015 ГОД

Потекаев Н.Н., Фриго Н.В., Новожилова О.Л., Скворцова А.И., Маева И.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Актуальность. Гонококковая инфекция (ГИ) относится к социально значимым заболеваниям и болезням, представляющим опасность для окружающих. Актуальность изучения эпидемиологической ситуации по ГИ определяется серьезными последствиями данного заболевания в виде осложнений (орхиты, эпидидимиты у мужчин, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин), нередко приводящих к развитию бесплодия и другим нарушениям репродуктивной функции (самопроизвольное прерывание беременности, внематочная беременность), а также в виде инфицирования новорожденных.

Целью исследования явилась оценка эпидемиологической ситуации в отношении заболеваемости ГИ в городе Москве за 2011-2015 годы.

Материал и методы: проведен сравнительный анализ заболеваемости ГИ в городе Москве за пятилетний период на основании данных, представленных в формах федерального статистического наблюдения №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями», №34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой».

Результаты. В результате сравнительного анализа заболеваемости ГИ в городе Москве за пятилетний период (2011-2015 годы) установлено, что официально регистрируемая заболеваемость ГИ на протяжении пяти лет в городе Москве снизилась на 63,5%. Минимальный показатель заболеваемости отмечен в 2015 году (471 случай, или 3,87 случаев на 100 000 населения). Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости (50,7%) на протяжении указанного периода составили лица в возрасте 18-29 лет. Соотношение лиц мужского и женского пола, больных ГИ, в 2015 году составило 6,1:1. Тенденция к преобладанию среди больных ГИ лиц мужского пола наблюдалась также и в период 2011-2014 годов.

Анализ заболеваемости ГИ среди детей и подростков показал невысокий уровень ГИ среди детей 0-14 лет (0,06 случая на 100 000 детского населения в 2015 году и 0,08 случая в 2011 году). Заболеваемость ГИ среди подростков 15-17 лет в 2015 году составила 2,7 случаев на 100 000 подросткового населения; при этом выявлено снижение уровня заболеваемости ГИ среди подростков на 50,4% по сравнению с 2011 годом и на 70,9% в сравнении с 2012 годом.

Выводы. Анализ данных официальной статистики в отношении заболеваемости ГИ в городе Москве за 2011-2015 годы показал стабильную тенденцию к снижению уровня заболеваемости ГИ среди всех возрастных категорий. Однако наблюдаемая тенденция может полностью не отражать действительный уровень распространения заболевания, поскольку в настоящее время в городе Москве отсутствует законодательная основа для регистрации и учета заболеваемости ГИ и других ИППП в медицинских организациях частной формы собственности. Данное обстоятельство диктует необходимость разработки законодательных актов, обязывающих такие организации вести полноценный учет больных ИППП, в том числе ГИ, и передавать получаемые данные в Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, а также в отдел медицинской статистики МНПЦДК.

Установленное в ходе проведения исследования преобладание лиц мужского пола среди больных ГИ в городе Москве свидетельствует о явно недостаточном выявлении ГИ у женщин, которые остаются потенциальными носителями инфекции; при этом своевременно не выявленная ГИ может привести у них к тяжелым последствиям в виде развития восходящего процесса и нарушений репродуктивной функции. Это вызывает настоятельную необходимость более широкого внедрения в практику медицинских организаций, занимающихся обследованием и лечением больных ИППП, методов культуральной и, в особенности, высокочувствительной и специфичной молекулярно-биологической диагностики.

РОЛЬ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КРУПНОБЛЯЩЕЧНОГО ПАРАПСОРИАЗА И Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Денисова Е.В., Бобров М.А., Невозинская З.А., Плиева К.Т., Платонова Д.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва

Термином «парапсориаз» объединяет группу заболеваний кожи, обладающих рядом общих признаков. Несмотря на то, что парапсориаз был выделен еще в 1902 году, этиология данного дерматоза до сих пор продолжает оставаться не до конца изученной. Важную роль в развитии заболевания играют как вирусные инфекции (ретровирусы, вирусы простого герпеса), так и хроническая эндогенная

интоксикация (вещества, применяемые в сельском хозяйстве, строительстве), а также другие факторы: стресс, инсоляция, гиповитаминозы, а также генетические факторы. В настоящее время не существует единой классификации данного дерматоза. В то время как отечественная литература подразделяет параспориазы на каплевидный, бляшечный, лихеноидный, зарубежные специалисты выделяют только бляшечный и лихеноидный параспориазы.

Безусловно, в практике врача-дерматовенеролога наибольшее внимание уделяется бляшечному параспориазу, так как одна из его форм (крупнобляшечный параспориаз) в ряде случаев может трансформироваться в 10-30% случаев в Т-клеточную лимфому. Важно учитывать и тот факт, что в последнее время на амбулаторном приеме все чаще встречаются больные с крупнобляшечным параспориазом. Дифференциальная диагностика данного дерматоза проводится с вульгарным псориазом, токсидермией, розовым лишаем Жибера, сифилитической розеолой, очаговой склеродермией, аллергическим дерматитом, себорейным дерматитом и экземой.

Клиническая картина крупнобляшечного параспориаза представлена множественными пятнами или очень тонкими бляшками с четкой границей красновато – коричневого или лососево – розового цвета, которые могут быть покрыты мелкими чешуйками, а поверхность очага в боковом освещении выглядит слегка морщинистой, напоминая смятую папиросную бумагу. Высыпания чаще локализируются на коже внутренней поверхности верхних конечностей и бедер, а также туловища. Процесс протекает с периодами обострений и неполных ремиссий от нескольких лет до нескольких десятков лет.

Гистологическое исследование зернистый слой истончен, шиповатый слой – отечен. В верхнем слое дермы отмечается выраженный отек и пролиферация фибробластов. Кровеносные и лимфатические сосуды расширены, вокруг сосудов отмечается умеренно выраженная инфильтрация, состоящая из лимфоцитов, гистиоцитов и тучных клеток. За период с января по декабрь 2016 к нам в МНПЦДК ДЗМ обратилось 37 больных с входящим диагнозом «Крупнобляшечный параспориаз». Возраст больных колебался от 46 до 72 лет. Длительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 8 лет. Четверо больных обратились в медицинское учреждение впервые (длительность заболевания – 3, 4, 4 и 5 месяцев соответственно). Все остальные (33 пациента) состояли на учете в филиалах МНПЦДК ДЗМ и были госпитализированы как минимум один раз. Количество госпитализаций колебалось от 1 до 4 раз за период болезни. Всем больным была проведена биопсия с целью исключения трансформации процесса в Т-клеточную лимфому. Гистологическое исследование позволило выявить Т-клеточную лимфому у 7 больных из 37. Таким образом, при помощи гистологического исследования мы обнаружили у 20% пациентов злокачественную трансформацию процесса. В связи со всем вышесказанным мы бы хотели обратить внимание коллег на вероятность злокачественной трансформации очагов крупнобляшечного параспориаза и необходимость проведения гистологического исследования всем больным с диагнозом «Крупнобляшечный параспориаз».

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Пурцхванидзе В.А., Орлова П.Г.

Медицинский центр высоких технологий «ЛазерВита», Москва

Введение. Фотодинамическая терапия (ФДТ) широко применяется в онкологии, гинекологии, урологии и других областях медицины. Метод ФДТ показал свою высокую эффективность в лечении не только дерматологических заболеваний (акне, розацеи, псориаза, витилиго) и эстетических дефектов (купероза, гиперпигментаций, фотостарения), но и предраковых заболеваний кожи (актинический кератоз), а также кожных форм рака (особенно на так называемых «неудобных участках» кожи лица: в носогубной складке, на ушной раковине, носу, в углах и на веке глаза, на волосистой части головы). Применение фотодинамической терапии в дерматологии и косметологии основано на способности препаратов-фотосенсибилизаторов избирательно накапливаться в патологически измененных и раковых клетках кожи с последующим развитием в них (под действием лазерного излучения) фотохимических реакций, в результате которых выделяется большое количество активного (синглетного) кислорода, который мгновенно вступает в реакции окисления. Следствием этого является:

- гибель дефектных, атипических и раковых клеток,
- стимуляция деления стволовых клеток базального слоя кожи,
- стимуляция местного продуцирования коллагена и эластина,
- иммуномодулирующее действие.

Цель исследования. Оценить эффективность фотодинамической терапии в дерматологии и онкологии.

Материалы и методы исследования. Нами была проведена фотодинамическая терапия более 1000 больным раком кожи, акне, розацеа, псориазом, а также фотодинамическая терапия проводилась пациентам с целью омоложения. В качестве фотосенсибилизатора использовали препарат «Фотодитазин» из расчета 0,7-1,2 мг/кг. Также применялся гель «Фотодитазин». В качестве источника излучения применялись лазеры «Милон» и «Биоспек».

Результаты. ФДТ больных раком кожи приводит к полной резорбции опухоли и отличному косметическому эффекту. ФДТ акне, розацеи приводит к положительной динамике. ФДТ псориаза приводит к длительной и стойкой ремиссии заболевания.

Заключение. Фотодинамическая терапия является высокоэффективным методом лечения рака кожи и других дерматологических заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКОВ ТЕЛА ПРИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЕ

Разнатовский К.И., Вашкевич А.А., Котрехова Л.П., Резцова П.А., Аликбаев Т.З.

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

Микробиота кожи – комплексное понятие, включающее в себя весь спектр микроорганизмов, присутствующих

на поверхности кожи в норме, который, в сочетании с элементами эпидермиса, дермы и иммунной системы, выполняет основную функцию кожи – защитную. Однако при многих дерматозах (в частности при экзематозных процессах) кожный барьер не может полноценно функционировать, что приводит к вторичному инфицированию. Продолжительное присутствие патогенных микроорганизмов в качестве суперинфектантов может значительно увеличивать длительность патологического процесса и отрицательно влияет на прогноз заболевания. В связи с этим актуальным остается проведение типирования вторично инфицирующих микроорганизмов в максимально ранние сроки. В 2015 году в дерматологическом отделении НИИ медицинской микологии имени П.Н. Кашкина было пролечено 1929 больных. Третьей по численности группой (после больных псориазом и атопическим дерматитом) стали больные микробной экземой – 203 человек, 10,5%.

Цель исследования: изучить спектр бактериальной, грибковой флоры, а также спектр бактериально-грибковых ассоциаций при микробной экземе для таргетной терапии дерматоза.

Методы и материалы. В исследование было включено 33 пациента в возрасте от 18 года до 79 лет, 19 мужчин и 14 женщин, с диагнозом «микробная экзема». У всех пациентов было проведено культуральное исследование микробиоты кожи.

Основные результаты. В результате исследования установлено, что спектр ассоциаций возбудителей при локализации экзематозных высыпаний на коже головы, шеи, туловища, верхних конечностей отличен от спектра возбудителей при локализации высыпаний на нижних конечностях. Важно заметить, что различия как бактериальные, так и грибковые культуры. При локализации высыпаний на коже головы, шеи, туловища, верхних конечностей (21 случай) среди возбудителей бактериальных инфекций наиболее часто выделяли *Staphylococcus aureus* (52%, 11 из 21), *Staphylococcus epidermidis* (29%, 6 из 21), *Streptococcus pyogenes* (β-гемолитический стрептококк) (19%, 4 из 21); а среди грибов – грибы рода *Candida albicans* (52%, 11 из 21), *Malassezia* spp. (48%, 10 из 21). Наиболее часто выявляемой ассоциацией при данной локализации патологического процесса была отмечена: золотистый стафилококк в сочетании с грибами рода *Malassezia* (29%, 6 из 21). При локализации высыпаний на нижних конечностях (12 случаев) среди возбудителей бактериальных инфекций выделяли *S. aureus* (67%, 8 из 12), *Pseudomonas aeruginosa* (синегнойная палочка) (25%, 3 из 12), *Протеи* (*Proteus* spp.) (8%, 1 из 12); среди грибов – *Trichophyton rubrum* (58%, 7 из 12), *Trichophyton interdigitale* (17%, 2 из 12), грибы рода *Кандида* (*C. Albicans*) (25%, 3 из 12). Наиболее часто встречаемая ассоциация при данной локализации патологического процесса – *Staphylococcus aureus* с *Trichophyton rubrum*.

Выводы. 1. В результате исследования выявлено, что у больных микробной экземой имеется различия спектра ассоциаций бактериально-грибковых инфекций в зависимости от локализации патологического процесса. 2. Перед назначением адекватной терапии больным микробной экземой актуально проведение микробиологических исследований из очагов поражения, что позволит повысить эффективность лечения этих больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

Разнатовский К.И., Вашкевич А.А., Кривоконева А.И., Максимова М.Д., Котрехова Л.П.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург

Введение. Витилиго – это хроническое мультифакториальное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся образованием депигментированных пятен и обесцвеченных волос, в то время, как при патоморфологическом исследовании отмечается отсутствие меланоцитов. На сегодняшний день отмечается тенденция к увеличению роста заболеваемости витилиго. Частота его распространения в мире достаточно вариабельна и среди различных стран составляет от 0,5 до 8%, среди населения России – 1-2%. Половой предрасположенности не отмечается, заболевание встречается как у мужчин, так и у женщин, хотя, как правило, чаще обращаются к дерматологу женщины, что связано с беспокойством по поводу косметического дефекта. Наиболее характерно появление заболевания в возрасте 10-30 лет, хотя может встречаться и в более раннем возрасте, а также у пожилых. На данный момент патогенез окончательно не изучен, тем не менее, основными механизмами данного заболевания могут выступать: аутоиммунный, цитотоксический механизмы, нарушение баланса антиоксидантных и прооксидантных систем, изменение иммунного статуса, нейрогенный механизм, а также генетическая предрасположенность. В связи с этим на всем протяжении изучения патологии предлагались различные методы лечения, направленные на предполагаемые этиопатогенетические звенья процесса, которые не часто удовлетворяли своими результатами. Главной терапевтической задачей в лечении витилиго является репигментация очагов и/или замедление темпов прогрессирования заболевания. Несмотря на то, что данное заболевание не вызывает физического дискомфорта, косметический дефект, возникающий у больных витилиго, вызывает психоэмоциональные расстройства вплоть до депрессивных и суицидальных состояний. Поэтому необходима разработка и применение эффективных и безопасных методов лечения, а иногда и смежное наблюдение у психотерапевта.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности монотерапии ультрафиолетовым излучением и комплексной терапии ультрафиолетовым излучением с 0,1% мазью Такролимуса (Протопик).

Материалы и методы. В сравнительном исследовании участвовали 38 больных витилиго с различными участками поражения. Каждому пациенту 3 раза в неделю проводили УФ-облучение с длиной волны 311 нм в комбинации с мазью «Протопик» в суммарном количестве 15 процедур; 19 пациентам из группы дополнительно был назначен препарат Такролимуса в форме мази и концентрации 0,1% 2 раза в день. Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер».

Результаты исследования. Для адекватной клинической оценки эффективности терапии витилиго перед началом работы

депигментированные участки кожи были сфотографированы. Через 8 недель систематического облучения УФ-лампой в режиме 3 раза в неделю очаги фотографировали повторно, сравнивая их с участками депигментации до начала терапии. При этом было отмечено, что в группе монотерапии у 8 больных (42%) наблюдалось значительное восстановление пигментации, у 7 (37%) больных – маловыраженный эффект, у 4 больных (21%) эффекта отмечено не было. При оценке результатов второй исследуемой группы (комбинация УФ-излучения с мазью Такролимуса) были получены следующие данные: у 11 больных (58%) наблюдалось значительное восстановление пигментации, у 8 (42%) больных – маловыраженный эффект. Отсутствия эффекта не было ни в одном исследуемом случае группы. Выводы. Узкополосная УФ-В-терапия 311 нм оказывает значительный эффект в лечении как генерализованных, так и ограниченных форм витилиго. Данный метод является достаточно эффективным и безопасным, вызывает минимум побочных эффектов. Необходимо помнить, что лечение данного заболевания длительное, и клинический эффект от терапии оценивается через 3 месяца терапии. На эффективность и длительность проводимой терапии может оказать влияние локализация и давность существования отдельных очагов. Описанные выше наблюдения о значительном увеличении эффективности терапии витилиго и скорости репигментации отдельных очагов при комбинации УФ-терапии лучами длиной 311 нм с топическими ингибиторами кальциневрина подтверждаются рядом исследований, как зарубежных, так и отечественных. В настоящее время не существует «золотого стандарта» терапии витилиго, имеют место быть множество методик, имеющих свои достоинства и недостатки, но ни одна из них не является универсальной. Главной задачей в терапии дерматоза является улучшение качества жизни пациента.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ

*Рождественская Е.А., Дударева Л.Н., Ларионова Е. В., .
Заторская Н.Ф.*

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Лечение отдельных дерматозов у детей нередко сопряжено с определенными трудностями. К таким заболеваниям в последнее время можно отнести атопический дерматит – хроническое, воспалительное поражение кожи, которое развивается у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, ассоциированный с микробной инфекцией, имеющей торпидное, часто рецидивирующее течение. Мы проанализировали эффективность лечения 27 детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно, получавших лечение в детском дерматовенерологическом отделении (круглосуточный стационар), а также течение дерматоза после выписки из стационара. Кроме общепринятого лечения, соответствующего стандартам, назначали физиотерапевтические процедуры: УФО, ультразвуковая терапия, магнитотерапия. После разрешения островоспалительных явлений, детям в возрасте от 3-7

лет назначалась широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с диапазоном 280-320 нм, детям после 7 лет – узкополосная фототерапия 311 нм. Начальную дозу облучения подбирали исходя из индивидуальной чувствительности больного к фототерапии и в зависимости от типа кожи пациента, на курс 7-10 процедур. При сопутствующем дерматозу зуде к лечению добавляли курсы ультразвуковой терапии на паравертебральные ганглии в дозе 0,1-0,2 Вт/см² соответственно сегментам, на курс от 3-5 процедур. Магнитотерапия, низкочастотное переменное магнитное поле – на рефлекторно-сегментарные зоны и очаги поражения, интенсивность 10-25 мТл, суммарно 10-15 мин., на курс от 8-10 процедур. Клинические наблюдения выявили выраженный терапевтический эффект у 20 детей, улучшение у 5 пациентов, незначительное улучшение – 2 пациента.

Во время наблюдения за пациентами в постгоспитальной стадии нами сделано заключение, что проделанный комплекс стандартной медикаментозной терапии и физиотерапевтических воздействий имеет выраженный терапевтический эффект, характеризующийся противовоспалительным, гипосенсибилизирующим и иммунокорректирующим действием, благоприятно влияющим на психоэмоциональное состояние детей, кожный воспалительный процесс и купирование зуда.

ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЯ ГИГАНТСКОЙ БАЗАЛИОМЫ

Румянцев С.А., Молочков А.В., Хлебникова А.Н.

Вологодский областной кожно-венерологический диспансер, Московский областной клинический научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, Вологда, Москва

Настоящее время характеризуется огромным количеством методов лечения базалиомы – наиболее часто встречающейся злокачественной эпителиальной опухоли кожи. Выбор того или иного способа терапии зависит от многих факторов и обусловлен клинической формой, локализацией, первичным или рецидивным характером процесса, его морфологией. Результаты лечения напрямую зависят от первоначального размера опухоли. Поэтому эффективность терапии базалиомы в стадии T1N0M0 выше, чем в стадии T2-3N0M0. С другой стороны хирургические методы при крупных размерах новообразования ведут к формированию грубых, а в ряде случаев обезображивающих рубцов. В этой связи наше внимание привлекли интерфероны.

Целью исследования явилось изучение эффективности интерферонотерапии в лечении больных первичной солитарной базалиомой T2N0M0.

Материалы и методы. В исследование было включено 62 больных первичной солитарной базалиомой в стадии T2N0M0. Пациенты были разделены на две группы: I (основная) группа включала 25 человек, которые получали лечение интерфероном-α2в внутриочагово, II группа (контрольная) – 37 человек, пролеченных криодеструкцией. Среди больных основной группы было 16 женщин и 9 мужчин в возрасте от 44 до 77 лет (средний возраст 63,5±7,4

года). Поверхностная форма была у 10 больных, в том числе у 3 была язвенная разновидность. Базалиомы локализовались на коже туловища (2), виске (2), нижних конечностях (1), лба (2), шеи (1), подбородка (1), в околоушной области (1). Нодулярная форма была у 15 больных (в том числе нодулярно-язвенная разновидность была у 5 пациентов, нодулярно-инфильтративная – у 1), опухоли локализовались на коже щеки (3), носа (1), виска (2), туловища (4), в заушной (1) и периорбитальной областях (2), на нижних конечностях (2).

Контрольную группу составили 37 больных первичной солитарной базалиомой в стадии T2N0M0, которые были пролечены методом криодеструкции. Среди них было 22 женщины и 15 мужчин в возрасте от 55 до 79 лет (средний возраст 67,3±6,1 лет). Поверхностная форма была диагностирована у 18 больных, нодулярная – у 19 (в том числе у 7 нодулярно-язвенная). На коже лба локализовалось 4 базалиомы, на коже виска – 4, щеки – 7, подбородка – 4, в периаурикулярной области – 1, на шее – 3, на коже туловища – 14. Больные обеих групп были сходны по полу, возрасту, длительности заболевания.

Для лечения больных основной группы использовали препарат рекомбинантного интерферона-α2b (интрон А), который вводился в дозе 2,0-3,0 млн МЕ. Общекурсовая доза препарата составляла 18-27 млн МЕ. Разовую дозу рассчитывали по следующей схеме: 2,0 млн МЕ при размере очага от 2 до 2,5 см², 2,5 млн МЕ – 2,6 – 3,0 см², 3,0 млн МЕ – 3,1-3,5 см². Результаты лечения оценивали через 8 недель после окончания курса интерферонотерапии. В лечении больных контрольной группы использовался аппликационный метод криотерапии с помощью медных дисков (двойное замораживание с оттаиванием, экспозиция 60 секунд). Исходом лечения являлся рубец. Излеченность подтверждали результатами цитологического исследования материала, взятого с кожи в области рубца.

Результаты. I группа. После окончания первого курса интерферонотерапии у всех больных была отмечена положительная динамика, проявлявшаяся в уменьшении очага поражения, рубцевании язвенных дефектов, уменьшении инфильтрации опухоли. После второго курса интерферонотерапии опухоль полностью регрессировала у 21 (84%) больного. На месте очага поражения остался участок легкой рубцовой атрофии. В 4 случаях для регресса новообразования был необходим третий курс интерферонотерапии. После его проведения констатировали регресс очагов с формированием легкой рубцовой атрофии. Отдаленные результаты лечения, прослеженные в сроки от 1 года до 4 лет, указывали на отсутствие рецидива заболевания.

В контрольной группе после заживления язвенного дефекта, образовавшегося в результате криодеструкции, у всех больных отмечалось формирование рубца. Однако у двух пациентов по краю рубца наблюдались единичные эрозии и корочки, что свидетельствовало о продолжении роста опухоли. Излечение было констатировано у 35 (94,5%) больных. Отдаленные результаты были прослежены в сроки от 1 года до 5 лет. Рецидивы отмечали у 12 (32,4%) больных. После криодеструкции поверхностной базалиомы рецидивы развились у 5 (27,7%) больных на коже виска

(1), лба (1), периаурикулярной области (1) и туловище (2). При лечении нодулярной базалиомы рецидивы развились у 7 (36,8%) больных, рецидивировали базалиомы на коже лба (1), виска (2), щеки (2), подбородка (2).

Заключение. Внутриочаговая интерферонотерапия базалиом T2N0M0 в курсовой дозе 18-27 млн МЕ позволила добиться излечения в 100% случаев. Для достижения результата в 84% случаев потребовалось 2 курса интерферонотерапии, в 16% – 3 курса. Наблюдение за больными в течение нескольких лет позволило убедиться в стойкости полученных результатов. Эффективность криотерапии базалиом в стадии T2N0M0 недостаточна, т.к. в сроки до 5 лет у трети больных развивались рецидивы. Кроме того, интерферонотерапия позволяет добиваться хорошего косметического результата, заключающегося в формировании вполне удовлетворительной в косметическом отношении легкой рубцовой атрофии.

ТЕСТ-СИСТЕМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ НА ОСНОВЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНО-ФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА

*Свирицкая Е.В., Матушевская Е.В., Фаттахова Г.В.,
Коцарева О.Д., Махнева Н.В.*

Институт биоорганической химии РАН, Институт повышения квалификации ФМБА России, Московский областной клинический научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Введение. Вульгарная пузырчатка (ВП) является редким тяжелым хроническим пузырным аутоиммунным дерматозом, вызванным формированием антител G4 класса (IgG4) к белку межклеточной адгезии десмоглеину 3 (ДСГ3). Дифференциальная диагностика проводится с себорейной пузырчаткой (СП), дерматитом Дюринга (ДД), буллезным пемфигоидом (БП) и другими кожными заболеваниями. В России отсутствует скрининговая тест-система для диагностики ВП. Нами ранее разработана тест-система на основе рекомбинантного дрожжевого ДСГ3, однако чувствительность является недостаточной.

Цель. В данной работе создана тест-система на основе клеточного иммуно-ферментного анализа (ИФА) для диагностики ВП и изучения патогенеза заболевания.

Методы. Тест-система разработана на основе клеток линии кератиноцитов человека HaCaT. Клетки засеивали в планшеты по 5 тыс. на лунку 96-луночного планшета и наращивали в течение 2 и 5 дней. По окончании инкубации в лунки вносили 1% параформальдегид и инкубировали 20 ч при +40С. ИФА проводили по стандартному протоколу. В качестве блокирующего буфера использовали фосфатный буфер (ФБ) с 10% бычьей сыворотки. Сыворотки больных ВП, СП, ДД и БП титровали от 30 до 10000 и инкубировали на планшетах 1 ч, после чего планшеты отмывали 0.05% Tween-20 в ФБ и вносили мышиные антитела к IgG4 человека на 30 мин. После отмывки добавляли антитела против мышиных IgG, меченных пероксидазой хрена, на 30 минут. После отмывки реакцию проявляли ТМВ субстратом.

Результаты. Клетки линии HaCaT экспрессируют ДСГ3, что показано методом конфокальной микроскопии с

использованием коммерческих антител к ДСГЗ. Для определения серой зоны ИФА тест-системы использовали 30 сывороток больных с клинически установленным диагнозом ВП и 20 сывороток здоровых доноров. Показали, что часть сывороток здоровых доноров распознает ДСГЗ при разведении до 1:40, соответственно, положительный сигнал учитывали при титрах сывороток больных больше 50. Из 30 отобранных сывороток больных ВП ДСГЗ распознавали 12 (30%). При этом титры варьировали от 90 до 10000 (средний титр 870). Данные были воспроизведены трижды с коэффициентом корреляции до 0,9 ($p < 0,0001$). Для анализа зависимости титра антител к ДСГЗ от количества антигена отобрали 15 положительных сывороток с разными титрами и провели анализ на планшетах, культивированных 2 и 5 суток (разное количество клеток и, соответственно, разное количество ДСГЗ на них). Показали, что титры сывороток снижались примерно в 5 раз, однако уровень корреляции данных составил 0,8 ($p < 0,001$), что показывает возможность использования низкой концентрации ДСГЗ, однако при этом 2 сыворотки из 15 оказались негативными. Соответственно, предпочтительно использование высокой концентрации клеток для идентификации всех положительных сывороток. Сравнение разработанной тест-системы с имеющимися аналогами на основе бакуловирусного рекомбинантного ДСГЗ показало увеличение детектируемых титров в 5 раз, что имеет значение в постановке диагноза. С помощью данной тест-системы провели анализ сывороток больных СП ($n=6$), ДД ($n=14$) и БП ($n=6$). У двух больных ДД (14%) выявили антитела к ДСГЗ в титре 810, что показывает возможный диагноз ВП.

Выводы. Разработана высокочувствительная и высокоспецифичная тест-система для диагностики ВП.

ВОЗМОЖНА ЛИ УДАЛЕННАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ?

Сергеев Ю.Ю., Сергеев В.Ю.

Общество дерматоскопии и оптической диагностики кожи, Москва

Введение. Удаленная диагностика новообразований кожи – одно из перспективных направлений развития дерматологии, способное решить задачу предоставления экспертного уровня диагностики в любых, в том числе непрофильных учреждениях.

Цель исследования. Изучить возможность удаленной диагностики новообразований кожи, основываясь на данных обращаемости на дерматоскопический осмотр [Сергеев Ю.Ю. и соавт., 2016].

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 3 эксперта ведущих как практическую, так и заметную научно-педагогическую деятельность в области дерматоскопии, и 3 врача-дерматолога, применяющих дерматоскопию в повседневной работе. Для анализа были взяты по 3 случая наиболее часто встречающихся доброкачественных (меланоцитарные невусы, себорейный кератоз, дерматофиброма) и злокачественных новообразований кожи (базальноклеточный рак, меланома). Для всех случаев злокачественных новообразований кожи имелось

морфологическое подтверждение диагноза. Участники были разделены на парные группы (эксперт-врач), которым посредством сети Интернет были направлены изображения 15 новообразований кожи. Группе «К» было предложено поставить диагноз на основании клинической картины, группе «Д» – дерматоскопической картины, группе «К+Д» были доступны клинические и дерматоскопические изображения. Участники заполняли анкету, в которой указывали основной и дифференциальный диагноз, выбирали тактику ведения образования и оценивали качество присланных изображений. Клинические изображения были получены при помощи цифрового фотоаппарата Nikon Coolpix P340, дерматоскопические при помощи дерматоскопа Heine Delta 20 и цифрового комплекса РДС-1.

Результаты. В группе «К» как эксперт, так и врач правильно указали диагноз в 60% случаев. Доли доброкачественных и злокачественных образований, рекомендованных к удалению как экспертом, так и в врачом составили 11% и 67%. Для 40% образований эксперт указал, что представленных данных недостаточно для выбора лечебной тактики, в то время как врач-дерматолог указал вдвое меньше таких образований – 20%. В группе «Д» эксперт правильно указал диагноз в 93%, врач в 53% случаев. Доля доброкачественных образований, рекомендованных к удалению экспертом, составила 11%, врачом – 56%. Доля направленных на удаление злокачественных новообразований экспертом составила 83%, врачом – 67%. В отношении 20% образований эксперт указал, что представленных данных было недостаточно для выбора лечебной тактики. В группе «К+Д» эксперт правильно указал диагноз в 93%, врач в 73%. Ни одно доброкачественное образование не было рекомендовано экспертом к удалению, а врач рекомендовал удаление в 22% случаев. Доля направленных на удаление злокачественных новообразований экспертом составила 83%, врачом – 100%. В отношении 7% образований врач не смог указать диагноз и предложить тактику лечения. Оценивая качество изображений, все эксперты отметили хорошее качество всех присланных для анализа изображений.

Выводы. Удаленный анализ дерматоскопических изображений превосходит по информативности результаты осмотра клинической картины новообразований кожи. Во избежание увеличения числа биопсий доброкачественных новообразований в качестве консультанта должен выступать врач с большим опытом в дерматоскопии. Предоставление цифровых дерматоскопических изображений вместо или вместе с клиническими фотографиями существенно сокращает число случаев, в которых удаленная диагностика оказывается затруднительной.

Обсуждение. Ограничения удаленной диагностики заключаются в нестандартизованном подходе к получению клинических и дерматоскопических изображений, отсутствию критериев выбора образований для получения консультации и низком уровне приверженности пациентов к выполнению рекомендаций врача относительно удаления/динамического наблюдения за новообразованиями кожи, о котором мы сообщали ранее. Широкое внедрение качественных цифровых дерматоскопов могло бы решить проблему стандартизации получаемых дерматоскопических изображений и упростить процедуру получения «второго мнения» за счёт прилагаемого программного обеспечения.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК: АНАЛИЗ МИРОВОГО ОПЫТА

Скворцова А.И., Халдин А.А., Новожилова О.Л., Лопухов П.Д., Исаева Д.Р., Лупашко О.В.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии ДЗМ, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. Аногенитальные бородавки (АБ) – высококонтагиозное заболевание, 90% случаев которого ассоциировано с вирусом папилломы человека (ВПЧ) 6, 11 типов. Заболеваемость АБ в Российской Федерации в 2010-2015 годах составляла 32,5-21,2 случаев на 100 000 населения, а в городе Москве в тот же период превышала общероссийские показатели (44,9-22,5 случаев на 100 000 населения). АБ не относятся к угрожающей жизни патологии, однако их наличие оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов, требует длительного и дорогостоящего лечения. Учитывая высокую частоту клинических рецидивов на фоне существующих методов терапии, особую важность приобретают методы первичной профилактики АБ. Мировое медицинское сообщество располагает значительным опытом применения четырехвалентной вакцины против ВПЧ. К декабрю 2016 года 69 стран включили профилактическую вакцинацию против ВПЧ в национальные программы вакцинации.

Цель исследования: оценка результатов мировых национальных программ вакцинации четырехвалентной вакциной против ВПЧ в отношении заболеваемости населения АБ как раннего критерия эффективности вакцинопрофилактики ВПЧ.

Материал и методы: на основе опубликованных популяционных исследований, представленных в базах данных PubMed, MedLine, проведен анализ тенденций эпидемиологического процесса в отношении заболеваемости АБ населения Австралии, США, некоторых стран Европы, Новой Зеландии на фоне реализации национальных программ иммунизации четырехвалентной вакциной в период 2006-2011 годов.

Результаты. Заболеваемость АБ мужчин и женщин (включая впервые выявленные и рецидивирующие случаи) варьирует от 160 случаев на 100 000 населения в Испании до 289 случаев на 100 000 населения в Великобритании, со средним значением 194,5 случая на 100 000 населения (Н. Patel et al., 2013). Австралия в 2007 году внедрила национальную программу вакцинации против ВПЧ. Целевая группа – девочки 12-13 лет, наверстывающая вакцинация женщин 13-26 лет проводилась в 2007-2009 годах. В 2013 году в программу включены мальчики 12-13 лет, наверстывающая вакцинация юношей 14-15 лет проводилась в течение двух лет. Охват трехдозовой схемой вакцинации женщин в возрасте 12-17, 18-26 и 27-30 лет в 2011 году составил 71%, 45% и 25% соответственно. Снижение заболеваемости АБ в период с 2006-2007 до 2010-2011 годов составило 89,9% для женщин в возрасте 12-17 лет, 72,7% для женщин в возрасте 18-26 лет и 38,3% среди мужчин в возрасте 18-26 лет. Вакцинация против ВПЧ четырехвалентной вакциной в рамках Национального календаря вакцинации США

осуществляется с 2006 года. Основная когорта – девочки 11-12 лет, наверстывающая когорта – женщины 13-26 лет. В 2011 году в программу вакцинации включены мальчики 11-12 лет, наверстывающая когорта – мужчины до 21 года. В 2014 году охват трехдозовой схемой составил 40% девочек в возрасте 13-17 лет и 22% мальчиков того же возраста. В 2007-2010 годах показатель распространенности АБ среди женщин до 21 года снизился на 35%. В Германии с 2007 года проводится вакцинация против ВПЧ девочек 12-17 лет. В 2008-2009 годах охват вакцинацией в возрастной группе от 16 до 18 лет составлял около 40%. Отмечалось снижение заболеваемости АБ среди женщин в возрасте 15-19 лет на 23% (316 случаев на 100 000 населения в 2007 году и 242 случая на 100 000 населения в 2008 году). В Дании четырехвалентная вакцина применяется с 2006 года. С 2009 года вакцинация девочек 12 лет осуществляется в рамках программы вакцинации. Охват составил 85%. Среди женщин 16-17 лет заболеваемость достигла пика во второй половине 2008 года (381,5 случаев на 100 000 населения) с последующим резким снижением (на 90%) в первом полугодии 2011 года (39,8 случаев на 100 000 населения). В Новой Зеландии Национальная программа иммунизации существует с 2008 года, вакцинация на базе школ осуществляется с 2009 года. Целевая группа – девочки 11-12 лет, наверстывающая когорта – женщины 13-20 лет. Охват вакцинацией в Окленде составил 52% среди женщин до 20 лет. В период 2007-2010 годов отмечено снижение частоты возникновения АБ на 63% у женщин до 20 лет, снижение на 40% среди мужчин в возрасте до 20 лет.

Выводы. Применение четырехвалентной вакцины значительно снижает заболеваемость АБ при условии высокого уровня охвата вакцинацией в рекомендованной ВОЗ первичной целевой группе девочек в возрасте 9-13 лет до полового дебюта. Национальные программы вакцинации против ВПЧ продемонстрировали эффективность, безопасность и целесообразность в отношении снижения заболеваемости АБ.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С УЧЕТОМ РОЛИ МЕТЕЛИРОВАНИЯ В ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Соболев В.В., Денисова Е.В., Пирузян А.Л., Соболева А.Г., Корсунская И.М.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии, Москва

Псориаз является мультигенным и многофакторным заболеванием с гетерогенным генетическим наследованием. На сегодняшний день не существует единого подхода к терапии псориатической болезни. Современные методы лечения направлены лишь на достижение и увеличение сроков ремиссии, снижению частоты рецидивов и предотвращение развития осложнений псориатической болезни.

В нашей работе мы ставили цель – разработать алгоритм терапии псориаза с учетом роли метелирования в патологическом процессе. Для этого был использован современный комплекс клинических (сбор и подробный

анализ данных анамнеза, определение степени тяжести псориаза, оценка эффективности терапии), лабораторных (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, забор крови для изучения процессов метилирования) методов исследования. Был проведен биоинформационный анализ лекарственных средств с помощью реферативной базы данных ResNet® и программы PathwayStudio® компании AriadneGenomics (США). Проведенный биоинформационный анализ с помощью реферативной базы данных ResNet и программы PathwayStudio позволил отобрать лекарственный препарат (S-аденозилметионин), принимающий участие в реакциях переноса метильных групп, и ранее не использовавшийся в терапии псориаза.

В исследовании все пациенты были разделены на две группы. Первая группа из 145 человек помимо стандартной терапии (физ. раствор, 10% глюконат кальция, наружная терапия), в качестве гепатопротектора был выбран адеметионин. Вторая группа из 108 человек получала аналогичную стандартную терапию, в качестве гепатопротектора применялся Эссенциале-Н-Форте (фосфолипиды). Сравнительный анализ действия адеметионина и фосфолипидов на течение псориазического процесса показал, что адеметионин повышает эффективность комплексной терапии, что видно по динамике данных биохимии крови. У пациентов, получавших адеметионин, уровень АЛТ снизился на 36%, значения АЛТ снизились на 22%, содержание АСТ уменьшилось на 11%, приблизившись к верхней границе нормы. Применение адеметионина в комплексной терапии псориаза снизило индекс PASI более чем в 3 раза, увеличило межрецидивный период.

В результате сравнительного анализа действия адеметионина и фосфолипидов на течение псориазического процесса показана более высокая эффективность комплексной терапии с адеметионином на биохимические анализы крови и клинические проявления, качество жизни и степень тревожности у больных псориазом.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕНИТАЛЬНОГО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА У ДЕТЕЙ

Соколова А.А., Гребенюк В.Н., Гришко Т.Н., Урпин М.В., Заторская Н.Ф.

Поликлиника №2, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Генитальный склероатрофический лихен (ГСАЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи гениталий, характеризующееся мелкоочаговой атрофией кожи и слизистых оболочек. В настоящее время ГСАЛ у детей описан недостаточно. Отмечается тенденция к увеличению случаев его заболеваемости. Статистически ГСАЛ встречается примерно у 0,5% мальчиков и девочек в возрасте от 3 до 15 лет, чаще у девочек. Так, по данным статистики филиала «Коломенский», диагноз: «ГСАЛ» диагностирован в 2016 г. в дерматовенерологическом отделении (детское) (круглосуточный стационар) – у 21 больного, что составило 2,4% от всех пролеченных, в детском дневном стационаре – 3 (0,4%), в консультативно-диагностическом Центре детской дерматологии и косметологии – 33 (0,2%).

Клинические проявления и течение заболевания у детей имеют ряд особенностей. У девочек высыпания располагаются в области вульвы в виде ограниченной эритемы без четких очертаний и беловатых склеротических бляшек, нередко образующих фигуру «восьмерки», а также отдельных участков поверхностной атрофии. У части больных наблюдаются эскориации в области клитора и малых половых губ, обычно ассоциированные с зудом. При ГСАЛ у мальчиков чаще поражается крайняя плоть, что обычно обуславливает развитие фимоза. Высыпания в перианальной области у мальчиков не характерны. Отягчающим фактором течения генитального лихена могут служить глистные инвазии, аллергические проявления, сопровождающиеся зудом, инфекции мочевыводящих путей. ГСАЛ отличается длительным хроническим течением с повторяющимися обострениями.

Диагноз ГСАЛ основывается на результатах клинического обследования. В круг дифференциальной диагностики включены красный плоский лишай, витилиго, ограниченная склеродермия, синехии крайней плоти, врожденный и приобретенный фимоз. При атипичных формах ГСАЛ и затрудненной его диагностике показан патоморфологический анализ.

Основным средством местной терапии ГСАЛ в настоящее время являются топические глюкокортикостероиды, в частности 0,05% клобетазола пропионат в виде крема или мази. Но отдается предпочтение комплексному лечению с применением антибактериальных и ферментативных препаратов. Терапия проводится с целью замедления прогрессирования болезни, достижения стабилизации процесса. Лечение проводят повторными курсами (не менее 3-х курсов) антибиотиков (пенициллином, цефалоспорином), сосудистыми препаратами, улучшающими микроциркуляцию (ксантинола никотинат, никошпан, теоникол). Местно применяются противовоспалительные мази, стимулирующие репаративные процессы (актовегин, солкосерил).

Течение и прогноз: заболевания волнообразное. Заболевание нередко протекает многие годы и остается незамеченным. Возможно спонтанное выздоровление. ГСАЛ может приводить к атрофии вульвы у женщин, у мужчин – к фимозу. Поэтому важно не запускать болезнь.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ МИКОЗОВ СТОП

Соколова Т.В., Монтез Росель К.В., Малярчук А.П., Саверская Е.Н.

Институт медико-социальных технологий – Московский государственный институт пищевых производств, Москва

Микозы стоп (МС) – одна из наиболее актуальных междисциплинарных проблем медицины.

Цель исследования – оценить роль смежных специалистов в выявлении МС и направить усилия дерматологов на совершенствование данного раздела работы.

Материалы и методы исследования. Для выяснения роли смежных специалистов в выявлении МС проведены целевые

медицинские осмотры различных контингентов населения РФ: 73 военнослужащих учебного центра, прибывших в часть в течение 2 последних месяцев (г. Переславль, 2014 г.) и 38 больных, госпитализированных в соматические отделения многопрофильного госпиталя (2016 г.).

Результаты собственных исследований. Практически каждый третий военнослужащий имел вторичную пиодермию (35,6%) и/или микоз кожи (30,1%). В структуре микозов кожи преобладала дерматофития (77,3%), а в ее структуре – МС (64,7%). Основной причиной возникновения, как пиодермии, так МС являлись потертости кожи стоп плохо подогнанной обувью. Это иллюстрируется тем, что 67,1% новобранцев имели потертости на стопах, в том числе практически все с МС. Следует учитывать, что заражение военнослужащих происходило от источников микотической инфекции, не выявленных своевременно медицинскими работниками военкоматов. После осмотра 38 стационарных больных, госпитализированных в соматические отделения многопрофильного госпиталя, клинически МС выявлены почти в половине (42,1%) случаев. Нити септированного мицелия обнаружены у 94,4% пациентов. Среди них преобладали лица мужского пола (88,8%). В историях болезни у всех пациентов с МС имелась стандартная запись «кожа и видимые слизистые не изменены» или описание кожных покровов вообще отсутствовало. При беседе с пациентами установлено, что они сами не информировали врача о наличии грибкового поражения стоп даже при наличии онихомикоза.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что одно из основных направлений общественной профилактики МС – активное их выявление у населения – недооценивается врачами смежных специальностей. С другой стороны, следует отметить и низкую санитарную грамотность населения. Информация о МС в интернете и средствах массовой информации, в основном, касается рекламы антимикотических препаратов. Не случайно МС становятся для населения эпидемиологически значимой проблемой. Для повышения приверженности врачей смежных специальностей в выявлении МС авторами подготовлено учебное пособие для врачей «Микозы топ: как правильно помочь больному?». В нем нашли отражение ответы на вопросы, цель которых обосновать актуальность проблемы МС и объяснить врачам причины ее недооценки в практической деятельности. Смежным специалистам дана максимально адаптированная информация о возбудителях микозов стоп; источниках, путях и обстоятельствах заражения; контингенте населения, наиболее подверженном инфицированию микотической инфекцией. Освещены клинические проявления МС, в том числе осложненных вариантов, общие принципы лечения заболевания; основные топические антимикотики с торговыми и международными непатентованными названиями. Дана характеристика причин возможной неэффективности специфической терапии. Впервые приведен алгоритм дерматологического сопровождения пациентов с МС в соматическом стационаре. Значимы и систематизированные методы профилактики МС. В пособии подробно отражены самоконтроль за состоянием кожи стоп, правила личной гигиены, способы борьбы с потливостью стоп, профилактические мероприятия при микротравматизме, правильность ухода за ногтями и т.п.

Особый акцент сделан на советы, которые должен дать врач пациенту с МС. Детально освещены методы дезинфекции обуви. Второе пособие «Что надо знать о микозах стоп?» подготовлено для широких слоев населения РФ.

КЛИМАКТЕРИЙ И ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Соколовская Т.А.

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва

Климактерический период является ступенью между репродуктивной и пострепродуктивной фазами жизни и не всегда негативно отражается на сексуальном здоровье женщины. Более того, в последние десятилетия (Nappi R.E., Palacios S., 2014) отмечается рост сексуальной активности среди 70-летних (до 68,0% у женатых мужчин и до 56,0% у замужних женщин) в странах Европейского региона, в США и Австралии. Согласно представленному Ромащенко О.В. (2008) исследованию, ощущение сексуальной востребованности является критерием жизненной активности и молодости для женщин старше 60 (33,45%) и 70 лет (18,7%). Кроме этого, экспертами University of Maryland and Konkuk University (Сеул) в 2015 г. было доказано, что сексуальные отношения улучшают когнитивные способности и замедляют процессы стрессорной потери памяти. В свою очередь, имеющаяся тенденция, привела к увеличению заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем лиц старших возрастных групп Европейского региона за период 2004-2010 гг. на 11,0-32,0% (Lusti-Narasimhan M. et al., 2013; Bozicevic I., Donoghoe M.C., 2015). В нашей стране регистрируется не столь однозначная динамика.

Материалы и методы исследования: источником информации послужили формы статистического наблюдения №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями». Анализ данных осуществлялся с помощью лицензионных компьютерных программ Excel 2013-2016 с применением методов описательной статистики. Результаты и их обсуждения: с 2005 по 2015 гг. произошло снижение регистрации сифилиса (все формы) среди женщин, находящихся в пери-, пре- и менопаузальном периоде (возрастная категория 40+ лет) на 46,24% (с 22,46 до 12,07 на 100 000 соответствующего населения) При этом за последние два года (2014-2015 гг.), наоборот, зафиксирован рост данного показателя на 3,00% у женщин старше 40 лет. Наряду с этим, с 2011 по 2015 гг. отмечается нарастание показателей позднего сифилиса и других его неутраченных форм (на 49,19 и 84,72%, соответственно, то есть с 2,42 и 1,48% в 2011 г. до 3,60 и 2,73% в 2015 г.) среди исследуемой группы населения с максимальными темпами прироста в 2014-2015 гг. (+21,57 и +25,75%). В противовес этому значительно и планомерно снизилась регистрация гонококковой, хламидийной инфекций, трихомоноза и аногенитальных (венерических) бородавок среди женщин, вступающих в период менопаузы (на 70,67; 68,76; 66,28 и 18,47% за 2005-2015 гг.). Показательным является процентное соотношение

отдельных социальных групп по распространенности различных инфекций, передаваемых половым путем. Так, несмотря на то, что лица пенсионного возраста не являются лидерами в общей структуре нозологий, темпы прироста показателей у данной категории населения (включая и женщин) превышают значения всех остальных. Особенно это выражено в отношении сифилиса: +65,87% за период 2011-2015 гг. (дошкольники: -13,60%; учащиеся: -40,98%; студенты: -29,63% и работающие: -0,97%).

Заключение. Таким образом, проведенный анализ показал, что при имеющейся общей положительной динамике, среди женщин возрастной категории 40+ лет отмечается увеличение заболеваемости поздним сифилисом и другими неуточненными его формами. В дальнейшем происходит постепенное увеличение доли лиц старшего возраста в общей структуре нозологий, что справедливо для всех инфекций, передаваемых половым путем, но в особенности для сифилиса и соответствует общемировыми тенденциями.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА В КОЖЕ

Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ахматова Н.К., Кузьминская М.А.

Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Институт медико-социальных технологий – Московский государственный институт пищевых производств, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Общепризнано, что кожа формирует самое внешнее звено врожденной иммунной системы посредством передачи сигналов опасности при появлении PAMPs через TLRs и другие PRRs. TLRs экспрессируются на клетках, осуществляющих первую линию защиты – нейтрофилах, макрофагах, ДК, эндотелиальных и эпителиальных клетках слизистых тканей, в коже – на кератиноцитах (TLR-1,2,3,4,5,9,10), меланоцитах (TLR-2,3,4,7,9), клетках Лангерганса (TLR-2,3,4,8,10) – в эпидермисе и дермальные дендритные клетки, макрофаги, тучные клетки и лимфоциты в дерме. На ранней стадии иммунной защиты одним из основных механизмов является синтез антимикробных пептидов (АМП) активированными кератиноцитами, их экспрессия и высвобождение. Измененная экспрессия АМП играет также важную роль в патогенезе некоторых дерматозов. Нарушения координированного взаимодействия факторов врожденного и адаптивного иммунитета приводят к нарушению элиминации патогена, развитию патологического процесса и формированию хронических рецидивирующих торпидных к терапии форм инфекционных, инфекционно-аллергических, а также аутоиммунных дерматозов.

Цель исследования: определение роли факторов врожденного иммунитета в патогенезе многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ), фиксированной эритемы (ФЭ), мигрирующей эритемы, кольцевидной центробежной эритемы Дарье (ЭКЦ), микробной экземы (МЭ) и инверсных акне (ИА).

Материалы и методы. Обследован 41 больной МЭЭ, 11 – ФЭ, 13 –

мигрирующей эритемой, 12 – ЭКЦ, 23 – микробной экземой (МЭ) и 12 – ИА, 15 здоровых доноров. Всем обследованным проведено исследование экспрессии TLRs на кератиноцитах и в эпителии зева с помощью мАТ к TLR2, TLR3, TLR4, TLR7, TLR8, TLR9 (CaltagLaboratories, США) на проточном цитометре FC-500 (BeckmanCulter, США); уровней α -дефенсинов HNP1-3 в коже с помощью твердофазной ИФА тест системы (HNP1-3, LF, ElisaKit, Hycultbiotech, Netherlands).

Результаты. В клетках из очагов МЭЭ выявлены более высокие значения экспрессии TLR9 – (18,4±4,4) % и TLR8 – (16,6±5,2). В эпителии слизистой зева у больных МЭЭ в период рецидива заболевания отмечались относительно низкие уровни экспрессии TLR2 и TLR9, средние значения которых составили (5,0±1,4) % и (5,8±1,3) % и высокие уровни экспрессии TLR7 (37,8±9,3) % и TLR8 (58,5±8,7) %, уровни экспрессии TLR4 составили (11,7±4,1) %, TLR3 – (18,9±6,0) %. В ходе проведения анализа выявлена высокая прямая корреляционная связь между частотой рецидивов МЭЭ и экспрессией TLR8 (коэффициент корреляции – 0,613), ($p < 0,05$) на клетках кожи в очагах МЭЭ. При изучении уровней экспрессии TLR на клетках кожи в очагах ФЭ выявлена невысокая экспрессия TLR8 (12,5±2,8)%. На клетках кожи из очагов МЭ выявлена высокая экспрессия TLR2 (12,6±2,9)% и TLR4 (10,2±3,2)%. При МЭ выявлена высокая обратная корреляционная зависимость между длительностью существования очагов эритемы и экспрессией на клетках кожи в очагах TLR2 ($r = -0,946$), TLR4 ($r = -0,944$), ($p < 0,05$). Снижение экспрессии TLR2 по мере развития заболевания в длительно существующих очагах может отражать дисфункции в системе TLR, частично объясняя хронизацию и рецидивирование инфекции в результате нарушения кооперации клеток врожденного и как следствие - адаптивного иммунитета. В очагах МЭ выявлена повышенная экспрессия TLR2 (4,5±0,9)% и TLR4 (5,0±1,3)%, TLR7,8,9 (12,0±1,7%, 12,5±2,8% и 9,5±1,1% соответственно). В области длительно существующих очагов ЭКЦ выявлена высокая экспрессия TLR8 и TLR7 (78±8,1% и 25,9±3,1% соответственно) по сравнению с более свежими очагами (31,8±4,3% и 13,8±3,8%). В отделяемом из очагов ИА выявлены высокие концентрации HNP1-3 (64,8±11,6) нг/мл, наиболее высокие значения (до 83,6 нг/мл) наблюдались при остром течении. У больных с длительным затяжным, часто рецидивирующим течением отмечались низкие уровни α -дефенсинов (до 17,5 нг/мл) по сравнению с показателями в сыворотке крови. Чтобы использовать TLRs в клинике и для диагностики, необходимо воздействовать на их активность через антагонисты, агонисты рецепторов, или посредством ингибиторов трансдукции сигнала. Кроме того, нейтрализующие антитела, монотерапия и адьюванты также могут использовать TLRs в качестве мишени. Избирательное воздействие на отдельные TLR может привести к разработке новых средств терапии для аутоиммунных, онкологических и воспалительных заболеваний. В последние годы изучается возможность потенциального применения TLR, их агонистов и антагонистов, а также их эффективность и безопасность в терапии различных дерматозов.

УЗ-ДИАГНОСТИКА В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Софинская Г.В., Талыбова А.П., Полонская Н.А.

АО «Институт пластической хирургии и косметологии», Корпорация эстетической медицины «Оптимед», Москва

Введение. В настоящее время в практику врачей косметологов и дерматологов внедряется широкий ассортимент средств и методов аппаратных терапии. Эффективность новых методов лечения нуждается в подтверждении путем проведения клинических исследований. Для оценки результата в практике исследований широко используются клинические шкалы, позволяющие субъективно оценить результат. А именно субъективно ощущаемый положительный эффект является целью косметологической коррекции. Тем не менее для объяснения достигнутого результата необходим анализ морфо-функциональных показателей кожи, изучение динамики структурных изменений, т.е. объективные показатели. Такие данные получают с использованием методов аппаратной диагностики кожи, ведущее место среди которых занимает УЗ-сканирование кожи.

Цель. Обоснование необходимости проведения УЗ-сканирования кожи в практике клинических исследований в области косметологии.

Материалы и методы. В течение 2016 г. на базе отделения косметологии ИПХиК проведено 4 клинических исследования косметических продуктов и медицинских изделий (биоревитализантов). Одно из исследований было контролируемым. Для оценки структурных изменений кожи в курсе проводимой косметологической коррекции использовали ультразвуковой сканер DUB (Taberna pro medicum, Германия) с датчиком 22 МГц.

Результаты. В исследовании эффективности и безопасности нанесения косметического масла Bio-Oil в сочетании с лазерной процедурой в лечении рубцов разной природы установлено: в области гипертрофических рубцов уменьшение эхоплотности дермы и выравнивание ее поверхности, в области атрофических рубцов (стрий) – достоверное увеличение толщины эпидермиса и дермы, соответственно на 40% и 14%. При этом плотность дермы достоверно не изменялась. Клинически это выражалась в уплощении и размягчении гипертрофических рубцов, и в выравнивании рельефа кожи в области рубцов атрофических. УЗ-исследования эффективности двух биоревитализантов, один из которых вводился с помощью мезороллера, второй – путем интрадермальных инъекций, позволило выявить повышение эхоплотности дермы на 32%. При введении ревитализанта с помощью мезороллера толщина дермы увеличилась на 5,3% (недостоверно), в случае курса множественных интрадермальных инъекций – на 13,6% (достоверное отличие по сравнению с исходным уровнем). В обоих случаях можно предположить структурную перестройку кожи с повышением присутствия в дерме белковых волокон. Влияние метода введения биоревитализанта на эффективность терапии, безусловно, нуждается в уточнении. Использование косметических средств, содержащих факторы роста и пептиды, в восстановительный период после лазерной процедуры, по данным объективного обследования способствует достоверному увеличению толщины дермы на 5% и ее эхоплотности – на 16,7%. При этом в контрольной группе (лазерная процедура плюс традиционный уход за кожей

на протяжении месяца) также достоверно увеличилась эхоплотность дермы, но не ее толщина. Косвенно это может свидетельствовать о том, что применение препаратов, содержащих факторы роста и их аналоги, способствует синтезу ГАГ, отвечающих за гидратацию, структуру и толщину кожи.

Выводы. УЗ-диагностика кожи является важным элементом объективной оценки результата проведения косметологических процедур. Полученные данные дают основания для трактовки наблюдаемых клинических эффектов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПИННОЙ СУХОТКИ: ЛЕЧЕНИЕ ЦЕФТРИАКСОНОМ

Стрибук П.В.

Институт медико-социальных технологий – Московский государственный университет пищевых производств, Москва

Пациент Л., 60 лет, поступил 12.04.2014 в терапевтическое отделение городской больницы г Дубна с жалобами на слабость в левых конечностях.

Из анамнеза: инвалид 2 группы (невропатия нижних конечностей, предположительно алкогольного генеза), сифилис в анамнезе отрицает, на сифилис раньше не обследовался. Сегодня появилась слабость в левых конечностях, осмотрен неврологом, направлен на госпитализацию.

Осмотр при поступлении. Неврологический статус: сознание ясное. Поведение адекватное, в контакт вступает. Ориентация сохранена полностью. Интеллект снижен. Память снижена. Речь не изменена. Со стороны ЧМН без особенностей. Двигательно-рефлекторная сфера: монопарез левой стопы. Рефлексы со стоп снижены, чувствительность стоп снижена. Диагноз: ОНМК, левосторонний гемипарез на фоне невропатии нижних конечностей.

Серологические тесты в крови: РМП 4+ 1:8, РПГА 4+ 1:2560, ИФА сумм. КП=11,7, ИФА (IgG) КП=11,7 ИФА (IgM) отр.

Исследование СМЖ:

РМП 1+, РПГА 1+, т. 1:160, ИФА сумм. КП= 2,7, ИФА (IgG) сомнит., ИФА (IgM) отр. Белок 0,9 г/л, цитоз 1; реакция Панди 1+.

МРТ шейного отдела позвоночника и головного мозга.

Заключение. Распространенный остеохондроз шейного отдела позвоночника с наличием протрузий межпозвоночных дисков, различной степени выраженности. Данных за наличие задней грыжи дисков и органическое поражение спинного мозга не выявлено. Данные за наличие атеросклероза сосудов шеи.

Заключение: МР данных за интракраниальный объемный процесс, очаги демиелинизации, видимые проявления НМК не выявлено. Признаки смешанной гидроцефалии. Тромбоз правой внутренней сонной артерии (атеросклероз). Гипоплазия интракраниального сегмента правой позвоночной артерии. Ослабление периферического кровотока. Вариант развития Вилизиева круга.

Офтальмолог: гипертоническая ангиопатия. ОУ – нарушение венозного оттока.

Невролог: в сознании, менингеальных знаков нет. Глазные щели D=S. Зрачки OS>OD. С-м Аргайла-Робертсона-положительный. Когнитивные расстройства. Память, способность к концентрации внимания снижены. Стойкий мелкокорзинчатый горизонтальный нистагм. Не доводит глазные яблоки в стороны на 1-2 мм. Лицо симметрично. Язык с девиацией влево со следами атрофии справа. Речь с дизартрией.

Глубокий парез в левой стопе. Сухожильные рефлексы D=S живые. С-м Маринеску-Радовичи(+) с 2-х сторон. Подошвенные по N типу, оживлены. ПНП – с интенцией и промахиванием с 2 сторон. КПП – с грубой атаксией и дисметрией с 2 сторон. Вялый парез в левой стопе, грубая атаксия нижних конечностей, нарушение глубокой чувствительности. В позу Ромберга встает с поддержкой с широкой опорой, во 2-ю фазу – падение. Походка с грубой атаксией, не может передвигаться без дополнительной поддержки.

Диагноз. Основной: Поздний нейросифилис. Энцефаломиелополирадикулоневрит (трепонемной этиологии). Спинальная сухотка. Глубокий парез в левой стопе. Сопутствующий: Смешанная гидроцефалия. Посттуберкулезный пневмосклероз в верхних долях легких. Стенозирующий атеросклероз БЦА. Тромбоз правой внутренней сонной артерии. Гипертоническая болезнь 2 стад., 2 степ. риска, ССО 3. Назначено лечение цефтриаксоном 2,0 в/в капельно 2 раза в сутки 20 дней, через 2 недели проведен 2-й курс по 2,0 в/в 1 раз в сутки 20 дней.

Через 14 месяцев повторная госпитализация. Отмечается умеренная положительная динамика: Снижение выраженности с-ма Аргайла-Робертсона (справа реакция на свет отсутствует, слева низкая). Снижение выраженности дизартрии. Уменьшение глубины пареза в левой стопе. Восстановление глубокой чувствительности.

Сохраняются стойкий мелкокорзинчатый горизонтальный нистагм. Не доводит глазные яблоки в стороны на 1 мм. С-м Маринеску-Радовичи (+) с 2 сторон.

ПНП – с интенцией и промахиванием с 2-х сторон. КПП – с грубой атаксией и дисметрией с 2 сторон, больше слева. Походка с грубой атаксией.

Анализ крови на сифилис: РПМ 3+ 1:2, РПГА 3+ 1:640, ИФА сумм. КП= 7,6, ИФА (IgG) КП=6,4, ИФА (IgM) отр.

Исследование СМЖ 06.2015: РМП отр., РПГА отр., ИФА сомнительный. Белок 0,35 г/л, цитоз 1 кл., реакция Панди отр. Комментарий.

Поздние формы нейросифилиса, особенно такие, как спинная сухотка, встречаются сегодня достаточно редко, поэтому настороженность врачей-неврологов в отношении этой патологии достаточно низкая. Пациент в течение 3 лет 2 раза в год осматривался неврологом, и сифилитическое поражение НС заподозрено не было. Кроме того, на МСЭ, в момент установления группы инвалидности, анализ крови на сифилис не был представлен. Возможно, при ранней диагностике удалось бы получить более выраженный регресс неврологической симптоматики. У данного больного регресс был частичным, что при лечении спинной сухотки уже может расцениваться как неожиданный успех. Через 14 месяцев после лечения отмечено снижение титров НТТ и ТТ в 4 раза. Произошла санация ликвора. В данном клиническом случае лечение цефтриаксоном показало высокую эффективность.

ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ

Суворов С.А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

В терапии заболеваний мочеполовой системы все большее применение находит электромагнитное излучение (ЭМИ) миллиметрового диапазона (ММД). Практически важным представляется изучение особенностей механизма лечебного действия волн крайне высокой частоты. Нами в терапии 146 больных хроническим простатитом (в возрасте от 17 до 69 лет) использовался аппарат «ЯВВ-1» с фиксированными длинами волн: 5,6 и 7,1мм. До и после курса лечения электромагнитным излучением ММД (или КВЧ-терапии) в периферической крови пациентов исследовали суммарную фибринолитическую активность (СФА), активность церулоплазмينا (ЦП) и глюкоза-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ). В качестве контроля обследовано 20 здоровых лиц (доноров). До начала лечения в периферической крови больных установлено угнетение СФА до 63,7+- 2,3 (соответственно у доноров 95,6+- 6,6 мм²; P<0,001, активности ЦП – 13,1 +-0,31 (18,4 +-1,4 мг%; P<0,001) и Г-6-ФДГ – 3,55 +- 0,13 (4,9 +- 0,32%; P<0,001). Больные были распределены на 3 группы. В 1 группе использовали ЭМИ ММД длиной волны 5,6 мм, во 2 группе – 7,1мм, в 3 группе применяли последовательное чередование (через день) волн длиной 5,6 и 7,1мм. Поток падающей мощности составлял 10мВт/мм². Облучали область надлобковую и промежности по 20-25 мин. ежедневно. На курс 8-10 процедур. Результаты статистического анализа полученных результатов свидетельствуют, что после курса КВЧ терапии у больных 1 группы возросла активность ЦП (с 13,7 +-0,68 до 17,2 +-1,4 мг%; P<0,05). Г-6-ФДГ (с 3,35 +-1,4 до 4,35 +- 0,22%; P<0,001). Изменения СФА были незначительными (соответственно до и после лечения 62,4 +-11 и 65,3 +-5,35 мм²; P>0,05). У пациентов 2 группы, наоборот, отмечалось повышение СФА (с 65,0+- 2,86 до 78,3+-5,54 мм²; P<0,05). При этом незначительными оставались сдвиги активности ЦП (с 14,0 +-0,5 до 14,5+-1,65 мг%; P>0,05) и Г-6-ФДГ (с 3,67 +-0,45 до 3,63+-0,33%; P>0,05). У больных 3 группы повышалась СФА (с 65,7+-4,2 до 86,9+-9,4 мм² P<0,05), активность ЦП (с 13,1+-0,43 до 16,7+-0,57 мг%; P<0,001) и Г-6-ФДГ (с 3,54 +-0,14 до 4,19+-0,25%; P<0,05). Следовательно, механизм корректирующего влияния ЭМИ ММД при хроническом простатите определенным образом зависит от длины используемой волны. Миллиметровые волны длиной 5,6 мм, повышая активность ЦП, оказывают, тем самым, положительное действие на антиоксидантное обеспечение тканей и способствуют стабилизации интенсивности окислительно-восстановительных реакций в липидах мембран клеток. В результате активности Г-6-ФДГ – ключевого фермента пентозофосфатного цикла (основного поставщика пентозофосфатов для синтеза нуклеиновых кислот и многих ферментов) создаются оптимальные условия для трофического обеспечения тканей. ЭМИ длиной волны 7,1 мм активизирует фибринолиз, что особенно важно в

условиях гиперкоагуляционных сдвигов в системе гемостаза, развивающихся по мере хронизации воспалительного процесса в мочеполовом тракте. КВЧ-терапия с использованием ЭМИ ММД длин волн 5,6 и 7,1 мм у одного больного, сопровождающаяся повышением СФА, активацией ЦП и Г-6-ФДГ, патогенетически более обоснованно при хроническом простатите. Клинический эффект лечения в этом случае более отчетливый.

ГЕРПЕСАССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Сюч Н.И., Гришина Т.И., Шляпников К.А.

Центральный военный клинический госпиталь им. П. В. Мандрыка, Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, клиника «Эхинацея»

Герпесвирусы – лимфопротрофические, нейротропные, системные иммунодепрессанты, обладающие пантропностью, поддерживающие хроническую персистенцию или существующие в латентной форме, вызывающие при реактивации продуктивную клиническую манифестацию. Вирус Эпштейна-Барр (HHV-4, ВЭБ) и цитомегаловирус (HHV-5, ЦМВ) вызывают полиорганную патологию, ВЭБ служит моделью для изучения вирусного канцерогенеза. Герпесвирусы персистируют в очагах хронического воспаления в ассоциации с бактериальной, вирусной и грибковой флорой, индуцируют «патологическое воспаление» и развитие локальных реакций гиперчувствительности и гиперпластических процессов.

Цель и задачи исследования – обследовать пациентов многопрофильного стационара старших возрастных групп на наличие ЦМВ и ВЭБ и выявить связанную с этим патологию. Материалы и методы: обследовано 159 пациентов в возрасте от 20 до 90 лет (2013-2016 годы), преимущественно старших возрастных групп от 51 до 90 лет (60%), часто болеющих ОРВИ или тяжелым течением основного заболевания, трудно поддающегося лечению. ЦМВ и ВЭБ-специфические антитела определяли в сыворотке крови на автоматическом иммунохимическом анализаторе «LIAISON» (Италия). Диагностика ЦМВ инфекции включала выявление CMV IgM, CMV IgG и CMV IgG (авидность), ВЭБ-инфекции – Ig M-VCA и Ig G-VCA к вирусному капсидному антигену, Ig G-EA к раннему антигену и Ig G-EBNA к ядерному антигену вируса. Использованы наборы реагентов DiaSorin (Италия). Результаты исследования: у пациентов старших возрастных групп (150 чел., 94%) преобладает сочетанная ЦМВ- и ВЭБ-инфекция. ЦМВ- и ВЭБ-моноинфекция наблюдается в 1% и 4% случаев, соответственно. ЦМВ-инфекция выявлена у 151 (95%) пациентов старших возрастных групп. Слабоположительные титры IgG АТ при высокой авидности Ig G более 0,524 свидетельствуют о давности инфекционного процесса. Реактивация инфекции (высокие титры CMV IgM и высокая степень авидности – более 0,250) выявлена у 10 (7%) пациентов. ВЭБ-инфекция диагностирована у 157 (98%) пациентов. Хроническая инфекция (титры IgG к капсидному белку более 100 ЕД/мл) выявлена у 132 (84%) пациентов. Высокие титры Ig G-EBNA, признак ранее

перенесенного заболевания, диагностированы у 141 (90%) пациента. Реактивация инфекции наблюдалась у 9 пациентов (отсутствие Ig G-EBNA при высоких – от 165 до 750 ЕД/мл и выше титрах Ig G к капсидному АГ). Серологические маркеры активной фазы инфекции (ранние EA-IgG и IgM к капсидному АГ) выявлены у 2% и 4% больных, часто болеющих ОРВИ. Обострение хронической ВЭБ-ассоциированной инфекции диагностировано у 9 (6%) больных (возраст от 55 до 76 лет). Многообразная клиническая симптоматика включала: частые ОРВИ (20%), синдром хронической усталости (СХУ, 6%), патологию ЛОР органов – хронические тонзиллит, гайморит или носовые кровотечения (6%), боли в суставах (6%), длительный субфебрилитет (6%), патологию сердечно-сосудистой системы в виде нарушения сердечного ритма (4%), аутоиммунную патологию (аутоиммунные миокардит, тиреоидит, активацию аутоиммунных реакций) – 4%. В единичных случаях: острый панкреатит (отечная форма), гепатита В в стадии обострения, тяжелое течение ЖДА, реактивный васкулит, ревматическую полимиалгию и диабетическую полиневропатию. При выборочном исследовании биоматериала пациентов с признаками активации ЦМВ – (8 чел., 5%) и ВЭБ – инфекции (4 чел., 3%), методом ПЦР определялась ДНК ВЭБ, ЦМВ, а также вирусы герпеса 1, 2, 6 и 7 типов, респираторно-синцитиального вируса, вируса гепатита В, Chlamydomphila pneumoniae, Mucorplasma pneumoniae, Toxoplasma gondii.

Выводы: 1. Пациенты старших возрастных групп составляют группу риска, обусловленную разными видами иммунодефицита на фоне полиморбидности и хронических заболеваний. Инфицированность ЦМВ и ВЭБ среди лиц старших возрастных групп составляет 95 и 99%, соответственно. 2. Серологические маркеры активной фазы инфекции обнаружены у 7% пациентов на фоне ЦМВ- и 6% при ВЭБ-инфекции, возможна ассоциация с другими возбудителями инфекционных заболеваний (5%). 3. При обследовании лиц преклонного возраста с множественными инфекциями и ослабленной иммунной системой для определения прогноза заболевания и вариантов течения в алгоритм исследования необходимо включать определение степени авидности CMV-IgG при ЦМВ-инфекции и АТ к ядерному антигену ВЭБ.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Толмачев Д.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Для повышения эффективности лечебно-диагностических процессов актуальным является внедрение в практику новых медицинских технологий. В связи с этим все большее значение приобретают функциональные методы исследования. Функциональная диагностика широко применяется с целью раннего выявления патологии, дифференциальной диагностики различных заболеваний и контроля эффективности проводимого лечения [1]. Компьютеризация и интеграция высокотехнологичных

методов исследования в дерматовенерологии способствуют расширению номенклатуры функциональных исследований, в основном за счет высокоинформативных методик. Большинство несвоевременно выявленных случаев заболеваний связано как с низкой медицинской активностью пациентов, так и несовершенной организацией своевременной диагностики в медицинских учреждениях [4]. В современных условиях с учетом увеличения материально-технических возможностей медицинских организаций необходимо повышать качество оказания дерматовенерологической помощи [3]. Все это позволяет совершенствовать дерматовенерологическую службу за счет применения научно-обоснованных, точных методов функциональной диагностики.

Цель изучить эффективность применения методов функциональной диагностики в дерматовенерологии.

Материалы и методы Работа службы функциональной диагностики в 2015 году проводилась в 79 учреждениях здравоохранения Удмуртской Республики, имеющих в своем составе 131 подразделение (или кабинет) функциональной диагностики. В 2015 году в медицинские организации было приобретено дополнительно 63 единицы диагностической техники [5]. Пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в дерматовенерологическую службу, подвергаются полному физикальному, лабораторному исследованию. По официальной статистической отчетности, в 2016 году в Удмуртской Республике число посещений врачей дерматовенерологов составило 276 340. В зависимости от заболевания и прогрессирования деструктивного процесса, наряду с порядком оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 924н) [2] объем исследования расширяется и включает применение систем визуализации и функциональной диагностики. Системы визуализации позволяют на принципиально новом уровне изучать микроциркуляцию и цветовые характеристики кожи, без какого-либо контакта, используя технологию поляризационной спектроскопии, где регистрирующая система нечувствительна к артефактам движения и изменениям внешнего освещения, а также не требует калибровки. А системы функциональной диагностики использующие неинвазивные методы позволяют определить физиологические параметры, как при проведении диагностики кожи, так и в научных исследованиях при оценке и контроле эффективности лечения. Из 276 340 посещений к врачам дерматовенерологам ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено 4681 пациенту на 100 посещений. Из числа всех УЗИ на УЗИ женских половых органов приходится 22,6%, УЗИ предстательной железы 38,2%, УЗИ органов брюшной полости 13,4%, УЗИ надпочечников, почек, мочевыводящих путей 14,7%, УЗИ щитовидной железы 4,7%, прочие исследования составили 6,4%. В условиях дневного стационара число исследований составило 268, что составляет 5,7%.

Вывод. Таким образом, методы функциональной диагностики, УЗИ применяются в 1,7 случаев на 100 пациентов и должны способствовать эффективному оказанию дерматологической медицинской помощи населению Удмуртской Республики.

Литература 1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.11.1993 №283 «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». 2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. №924н «Об утверждении Порядка

оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология». 3. Иванова М.А. Нормирование труда в дерматовенерологической помощи в условиях внедрения эффективного контракта / М.А. Иванова, Т.А. Соколовская // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. - №6. – С. 4-6. 4. Канюков В.Н. Применение методов функциональной диагностики в дооперационной подготовке пациентов с кардиопатологией в офтальмохирургии / Г.Г. Багирова, А.Н. Узенева // Вестник ОГУ. – 2007. - №78. - С. 106-107. 5. О состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2015 году: государственный доклад. – И.: РМИАЦ МЗ УР, 2016. – 271 с.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПРОТЕКТИВНОЙ ФУНКЦИИ В-СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Трофимова И. Б., Гевондян Н. М., Ковалева Т. В., Ковалева Е. В., Земсков М. Д.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,

Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; Российский университет дружбы народов, медицинский институт, Москва

Актуальность. Липоидный некробиоз (ЛН) – особое поражение кожи, встречающееся при сахарном диабете 2 типа (СД2) с макро и микроангиопатией. Причинно-следственная связь между ними точно не установлена, но четко прослеживается общность патогенеза – нарушение углеводного и липидного обмена. Важная роль отводится дисфункции иммунной системы, однако взаимосвязь между показателями до сих пор остается недостаточно изученной. Сдвиги, наблюдаемые в иммунной системе на стадии клинически выраженной манифестации болезни, рассматриваются как следствие длительности течения СД2 и его осложнений. В связи с чем, крайне актуальным является разработка и внедрение в практическую медицину новых технологий для изучения ранее неизвестных механизмов сопряжения адаптивного иммунитета с показателями метаболического синдрома и разработки на этой основе альтернативных подходов профилактики и коррекции осложнений.

Цель исследования – изучение сопряженности протективной функцией В-системы иммунитета с показателями метаболического синдрома у больных СД2 с проявлениями ЛН при включении в базисную терапию ВЛОК – внутрисосудистое воздействие лазера красного спектра (длина волны излучения – 0,63 мкм) на кровь. Под наблюдением находились больные СД2 (15 ж. и 6 м., возраст 35-65 лет) с проявлениями ЛН на передних поверхностях голени – у 10 пациентов, бедер – у 5, передней стенке живота – у 6. У 18 больных это были крупные единичные очаги поражения (5-10 см в диаметре),

у трех – более мелкие (3-5 см в диаметре). Элементы представляли собой бляшки средней плотности, овально-полициклических очертаний, красно-сиреневого цвета, с небольшим западением в центре, окрашенным в желто-бурые тона.

Методическая часть исследования включала определение: степени супрессии протективной функции В-системы иммунитета на основании интенсивности и эффективности антителогенеза иммуноглобулинов G с учетом относительного содержания функционально активных высокоavidных (норма 75-100%) и низкоavidных неполных антител (норма 0-25%) с помощью тест системы для экспресс диагностики доклинических и клинически выраженных форм вторичной иммунологической недостаточности (патент РФ, 2196333); определение выраженности метаболического синдрома на основании углеводного и липидного профиля, статистическая обработка полученных результатов.

В группу исследования входили больные средней степени тяжести, принимавшие таблетированные формы сахаропонижающих препаратов, в фазе субкомпенсации углеводного обмена и наличия синдрома дислипидемии. При первичном анализе больных установлено наличие супрессии протективной функции В-системы иммунитета при гиперактивации антителогенеза, обусловленной повышенной (в 4-32 раза в сравнении с нормой) секрецией исключительно низкоavidных иммуноглобулинов G, не способных к реализации эффекторных функций антител и активации IgG зависимых механизмов защиты, направленных на разрушение и выведение антигенов и патогенов из организма, что ведет к развитию патологии. После проведения курса внутривенной лазерной терапии у большинства пациентов было отмечено достоверное увеличение содержания высокоavidных антител: у 40% пациентов до 75%, у 35% – до 50%, у 25% – до 36%. При этом отмечалось снижение интенсивности антителогенеза (в 2-4 раза), что характерно для нормализации протективной функции В-системы иммунитета. При исследовании липидного профиля было обнаружено: снижение ЛПНП – на 13,1%, ТГ – на 13,2%, ЛПОНП – на 9,6%, соотношения ЛПНП/ЛПВП – на 16,2%, КА – на 7,67%, ОХС – на 0,8% и увеличение ЛПВП (на 11%). Стабилизировались показатели углеводного обмена. Отмечалось уменьшение клинических проявлений заболевания. В кожном статусе через месяц после окончания лечения было отмечено незначительное побледнение кожи в пораженных участках с менее крупными бляшками. Спустя три месяца после облучения размеры очагов не изменились, однако кожа в их пределах приобрела синюшно-бурый оттенок. В группе сравнения существенных изменений не наблюдалось. Таким образом, на фоне нормализации протективной функции В-системы иммунитета в результате применения ВЛОК повышается эффект таблетированной сахароснижающей терапии, улучшается липидный спектр, состояние микроциркуляции. Полученные данные расширяют представление о роли адаптивного иммунитета в патогенезе липоидного некробиоза у больных сахарным диабетом 2 типа и открывают новые возможности для разработки стратегии персонализированной терапии на основе определения протективной активности В-системы иммунитета.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУВА-ВАНН У ДЕТЕЙ С ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫМ ПСОРИАЗОМ

Турбовская С.Н., Круглова Л.С.

Европейский медицинский центр, Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва

Псориаз является одним из самых распространенных хронических дерматозов. По данным многочисленных исследований от 1 до 3% населения всего земного шара страдает этим заболеванием. Ладонно-подошвенный псориаз у детей встречается примерно в четверти случаев всех форм псориаза и доставляет неудобства как пациентам, так и врачам-дерматовенерологам, в связи с торпидностью течения патологического процесса и резистентностью к проводимой терапии. Наиболее эффективным методом физиотерапевтического воздействия при псориазе гладкой кожи является ПУВА-терапия (фотохимиотерапия). Эффективность данного метода по наблюдениям и опыту разных авторов составляет 90-97%. Однако применение фотохимиотерапии в детской практике ограничено по причине возможности оказания ранних и отдаленных побочных реакций. В связи с этим в детской практике при торпидно протекающих формах псориаза применяется метод ПУВА-терапии с водным раствором фотосенсибилизатора, называемый также ПУВА-ваннами. Фотосенсибилизаторы фурукумаринового ряда, при использовании их в виде ванн, обладают высокой терапевтической эффективностью. Данный метод позволяет избежать побочных эффектов, возникающих при приеме фотосенсибилизаторов внутрь. Применение препарата в виде ванн позволяет равномерно распределять фотосенсибилизатор на пораженной и окружающей здоровой коже и тем самым уменьшить риск развития гиперпигментации и фототоксических реакций на участках свободных от высыпаний.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 22 ребенка в возрасте от 12 до 18 лет с диагностированным ладонно-подошвенным псориазом с торпидным течением и резистентным к стандартной терапии. До начала терапии все пациенты прошли тщательное обследование. Все пациенты получили локальные ПУВА ванны с водным раствором аммифурина. Концентрация в ванне составляет 1 мг/л, температура воды 37°C, продолжительность ванны 15 мин. Облучения длинноволновым УФ-светом осуществлялось непосредственно после ванны. Для определения МФД проводилось фототестирование, облучая кожу возрастающими дозами УФА. Начальная доза облучения УФА составляет 20-30% от МФД, или 0,2-0,4 Дж/см². Облучения проводились 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу увеличивали каждую 2-ю процедуру на 30%, или на 0,2-0,4 Дж/см². При появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляли постоянной. На курс проведено 10-15 процедур. Результаты: эффективность лечения и положительный эффект наблюдали у всех пациентов. Клиническая ремиссия (уменьшение индекса PASI более чем на 95% от исходного значения) достигнута у 11 пациентов (50%). Значительное улучшение (уменьшение индекса PASI более чем на 75% от исходного значения) у 11 пациентов (50%). Лечение всеми

пациентами переносилось хорошо. У 2 пациентов (9%) больных наблюдали преходящую эритему, у 2 (9%) – зуд кожи. Указанные побочные реакции носили кратковременный характер и самостоятельно регрессировали после уменьшения дозы облучения или временной отмены процедур. Длительность ремиссий после окончания курса ПУВА-ванн составляла от 2 до 18 мес. (медиана 7 мес).

Выводы: локальное применение ПУВА-ванн с водным раствором аммифурина является высокоэффективным методом терапии детей от 12 до 18 лет с торпидно протекающим ладонно-подошвенным псориазом, позволяющим достичь быстрого регресса симптоматики и реализовать долгосрочный контроль заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ШИРОКОПОЛОСНОЙ (УФВ 280-320НМ) ФОТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ

Турбовская С.Н., Круглова Л.С.

Европейский медицинский центр, Центральная Государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва

Среди методов физиотерапии, используемых в детской дерматологической практике, основное место занимает фототерапия, патогенетическая направленность которой обусловлена непосредственным воздействием на функциональное состояние кожи и возможностью влиять на адаптивные и регуляторные системы организма. Широкополосная средневолновая фототерапия в лечении многих хронических кожных заболеваний обладает достаточно высокой эффективностью при минимальных побочных эффектах, что позволяет рассматривать возможность ее применения при псориазе у пациентов детского возраста.

Материалы и методы: под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 5 до 18 лет с распространенной формой псориаза. Во всех случаях кожный процесс носил торпидный характер, что проявилось в недостаточной эффективности традиционных методик. Перед началом лечения для выявления противопоказаний всем детям проводилось клинико-лабораторное обследование. Начальная доза общей УФВ 280-320 нм терапии определялась без МЭД. Средняя начальная доза облучения составила 0,01-0,02 Дж/см². Процедуры проводили 2-3 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышали каждую процедуру или через процедуру на 5-10%, при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляли постоянной. На курс назначали 20-24 процедуры.

Результаты: у детей с псориазом клиническая ремиссия (уменьшение индекса PASI более чем на 90% от исходного значения) достигнута у 17 пациентов (60%). Переносимость УФВ 280-320 нм оценивалась как очень хорошая. Побочные реакции в виде преходящей эритемы отмечались у 4 пациентов (14,2%), сухости – у 5 (17,8%). При появлении эритемы делали перерыв в лечении на 2-3 дня. При возобновлении процедур дозу облучения уменьшали на 50% от имеющейся и через 1-2 сеанса постепенно увеличивали

на 0,5 начальной дозы. Незначительное усиление сухости носит временный характер, в этом случае пациентам рекомендовалось дополнительно наносить смягчающие и /или гидратирующие средства.

Выводы: применение УФВ 280-320 нм фототерапии у детей с распространенными формами псориаза позволяет достичь клинической ремиссии и значительного улучшения кожного процесса с минимальными побочными эффектами.

РОЛЬ ГИПОКСИИ В РЕГУЛЯЦИИ ЭКСПРЕССИИ КЕРАТИНА 1 И ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ КЕРАТИНОЦИТОВ КОЖИ

Усакин Л.А., Соловьева Е.В., Рудяк С.Г., Клайн О.И., Пальцев М.А., Пантелеев А.А.

Курчатовский институт, Институт биохимической физики им. Н.М. Эмануэля РАН, Институт биохимии им. А.Н.Баха РАН, Москва

Выявление роли гипоксии в регуляции дифференцировки эпидермальных кератиноцитов человека – фундаментальная проблема биологии и патологии кожи. Основной тип клеток эпидермиса – кератиноциты, постоянная пролиферация и дифференцировка которых в течение жизни обеспечивает формирование многослойной структуры и, как результат, выполнение защитных функций кожи. Известно, что пониженное содержание кислорода характерно для эпидермальных кератиноцитов. Основными компонентами гипоксического каскада являются белки Hif1a и Arnt. При нормоксии Hif1a – короткоживущий цитоплазматический белок, однако в условиях низкой концентрации кислорода происходит его стабилизация, связывание с Arnt и переход димера в ядро, где комплекс Hif1a-Arnt выполняет функцию транскрипционного активатора и вызывает экспрессию генов, содержащих в промоторе участки связывания Hif1. Активация Hif1a – характерный признак ряда заболеваний кожи, однако функциональная значимость этого эффекта остаётся неясной. Ранее были получены данные (in vivo и in vitro) о роли функционального Hif1a-Arnt гипоксического каскада для индукции экспрессии филаггрина, маркера поздних этапов дифференцировки кератиноцитов, однако для маркеров ранних этапов дифференцировки, включая кератин 1, показаны противоречивые результаты.

Цель исследования – изучить механизмы воздействия гипоксии на дифференцировку кератиноцитов.

Материалы и методы. Использована клеточная линия кератиноцитов с подавленной экспрессией гена Arnt, и проанализирована экспрессия генов дифференцировки стандартными методами молекулярной биологии.

Результаты. Согласно нашим результатам, полученным in vitro на клеточной линии кератиноцитов человека N-TERT со стабильно введенной шпилечной конструкцией, подавляющей экспрессию гена Arnt, гипоксический каскад позитивно регулирует экспрессию кератина 1, одного из основных белков регуляции ранних этапов дифференцировки. Увеличение экспрессии K1, вызванное гипоксией, усиливается в присутствии кальция, известного активатора дифференцировки кератиноцитов in vitro. В клетках с нарушенным гипоксическим каскадом этих эффектов

не наблюдается. Профилирование экспрессии первичных кератиноцитов человека подтверждает эти результаты. Выводы. Таким образом, наши данные выявляют новые механизмы воздействия гипоксии на дифференцировку кератиноцитов и, соответственно, позволяют по-новому оценить патогенез некоторых распространенных кожных заболеваний.

ДИАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В СТАЦИОНАРЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.

Устьян А.А., Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Маляренко А.Е.

Российский университет дружбы народов, Москва

Введение. Многогранные проблемы псориаза продолжают оставаться весьма актуальными и в высочайшей степени волнуют мировое дерматологическое сообщество и близких к нему специалистов. В понимании большинства людей псориаз – это заболевание только кожных покровов. Бесспорно, основное его проявление представлено патологическими изменениями кожи в виде характерных высыпаний и шелушения. Однако это заболевание проявляется разными клиническими формами. Одна из них – псориатический артрит (ПсА), представляющий собой воспалительное поражение суставов. Псориатическое поражение кожи и ее придатков являются важными диагностическими критериями ПсА – наиболее тяжелой формы поражения опорно-двигательного аппарата при псориазе и нередко требующей дифференциальной диагностики с другими видами патологии суставов.

Цель исследования: проанализировать особенности выявления ПсА в дерматологическом стационаре.

Материал и методы. Группу исследования составили 40 стационарных пациентов, страдающих псориазом. Всем пациентам проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование. Для всех пациентов рассчитан псориатический индекс тяжести и площади поражения кожи (PASI). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета анализа Excel.

Результаты и обсуждение. Проанализированы результаты клиничко-лабораторного обследования 40 (100%) пациентов (из них 19 мужчин/21 женщина). Средний возраст больных составил $50,3 \pm 29$ лет. Среднее значение PASI > 10 . Продолжительность заболевания составила 30 ± 29 лет. Наследственность была не отягощена у 34 (85%) пациентов. При осмотре пациентов помимо оценки распространенности кожных высыпаний оценивался и характер поражения ногтевых пластин. Так, изменение ногтевых пластин отмечено у 20 (50%) пациентов. В структуре вариантов ониходистрофий преобладали типы онихолиза в сочетании с типом «масляного пятна» или без такового, и пунктиформный вариант. У 7 (17,5%) пациентов ранее был подтвержден диагноз ПсА (пациенты консультированы ревматологами и имели на руках заключение). Однако, жалобы на боли в суставах предъявляли 17 (42,5%) пациентов. Из группы с ранее не диагностированным ПсА к ревматологу обратилось 2 (5%) пациента, у одного по данным консультации ревматолога выявлено: Генерализованная деформация, остеоартроз, с

преимущественным поражением коленей и голеностопных суставов на фоне поперечного плоскостопия. Функциональная недостаточность 0-1. Распространенный остеохондроз позвоночника, небольшой склероз грудного отдела позвоночника. Убедительных клинически-лабораторных признаков ПсА и спондилита нет. У второго по заключению ревматолога: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с хронической радикулопатией левого седалищного нерва. ПсА?

Выводы: на сегодняшний день диагностическими критериями ПсА от других воспалительных артритов является одновременное наличие серонегативного артрита и псориатических высыпаний на коже. При дерматологическом наблюдении за группой больных псориазом было установлено, что ПсА ранее установленный был у 17,5% всех исследуемых больных, у 5% – при совместном ревматологическом осмотре убедительных клинически-лабораторных признаков ПсА не выявлено. При этом еще 20% пациентов с суставными болями вообще не были классифицированы ни в один тип артрита, так как не были консультированы ревматологом, и лишь у 23% пациентов был изолированный псориаз без суставной симптоматики. Таким образом, у части больных может наблюдаться сочетание псориатического артрита с другими суставными заболеваниями. Все это говорит о том, что точная диагностика суставных поражений при псориазе весьма сложна и требует комплексного многоцентрового подхода и дальнейших исследований.

ДЕРМАТОМИКОЗЫ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СЕКЦИЯХ КОНТАКТНЫХ ВИДОВ СПОРТА

Уфимцева М.А., Антонова С.Б., Голубкова А.А.

Уральский государственный медицинский университет, Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург

Введение. Наиболее распространенными инфекционными заболеваниями кожи у занимающихся в секциях контактных видов спорта являются дерматомикозы (*tinea gladiatorum*). Возникновение *tinea gladiatorum* у спортсмена приводят к перерыву в тренировочном процессе, дисквалификации в соревнованиях, что не позволяет добиваться высоких спортивных достижений. Факторами риска *tinea gladiatorum* у спортсменов-борцов являются: тесный контакт с источником или носителем инфекционного заболевания во время соревнований/тренировок; контакт с зараженными поверхностями (матами, борцовскими коврами, спортивным инвентарем); травмы, ссадины, полученные во время соревнований и тренировок, которые могут служить входными воротами для инфекции; особенности спортивной экипировки с большой площадью открытых участков тела; несоблюдение гигиенических требований к чистоте спортивной одежды, обуви, тела; отсутствие надлежащей обработки спортивного инвентаря.

Цель исследования. Разработка медико-профилактических мероприятий на основании изучения эпидемической ситуации, особенностей клинического течения *tinea gladiatorum* у детей, занимающихся в секциях контактных видов спорта.

Материалы и методы исследования. В г. Екатеринбурге в период с 2014 г. по 2016 г. зарегистрировано девять эпидемических очагов дерматомикозов (79 человек): пять очагов в секциях греко-римской борьбы школы олимпийского резерва, два очага в спортивных секциях самбо и по одному очагу в секциях карате и дзюдо. Анализ показал, что две трети инфицировавшихся в этих очагах, являются детьми мигрантов, прибывших из стран ближнего зарубежья, а именно Киргизии, Узбекистана, Таджикистана. При эпидемиологическом расследовании очагов источник заражения был установлен у 78,8% заболевших, в том числе в 71,4% случаев предполагаемым источником инфекции был больной человек, в 7,4% контакт с бездомными котятками и у 21,2% больных источник заражения не был установлен. Передача инфекции во всех случаях происходила контактным путем. *Tinea gladiatorum* у данных пациентов клинически протекала с поражением гладкой кожи и/или микоза волосистой части головы. Очаги на гладкой коже располагались асимметрично на открытых участках тела: коже лица, шеи, верхней половины туловища и верхних конечностей. Кожный процесс был представлен очагами гиперемии с четкими границами, с периферическим валиком, с явлениями шелушения. При дерматомикозе, обусловленном *M. canis*, клиническая картина была более яркой, у части пациентов очаги приобретали форму *iris* – кольцо в кольце. *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton rubrum*, являющиеся антропофильными, явились причиной поверхностных слабовоспалительных форм микотической инфекции. Микозы волосистой части головы были обусловлены *T. tonsurans*. Очаги розового цвета, с четкими границами, склонные к периферическому росту локализовались асимметрично преимущественно в височной или затылочной областях. С течением времени гиперемия становилась менее выраженной и волосы обламывались на уровне выхода стержня волоса из фолликула, в результате чего формировался участок алопеции с характерными «черными точками». Клинические наблюдения за 79 пациентами позволили установить у 12% атипичные формы микроспории и трихофитии в виде волчаночно-подобной, псориазiformной, себорейной, «трансформированных» вариантов и атипичную локализацию высыпаний в пограничной зоне роста волос на голове, внутри ушной раковины. Формирование атипичных форм дерматомикозов в дальнейшем приводило к диагностическим ошибкам, увеличению размеров очагов и распространению грибковой инфекции. Для подтверждения клинического диагноза *tinea gladiatorum* использовали КОН-тест кожных чешуек и пораженных волос и культуральную диагностику. При культуральном исследовании у 68,0% пациентов был выявлен *Trichophyton tonsurans*, у 21,4% пациентов *Microsporum canis*, у 5,6% пациентов *Trichophyton rubrum*, в 5% случаев роста не было. Лечение при *tinea gladiatorum* проводили в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями (РОДВК, 2015 г.). Выводы. Учитывая особенности современной эпидемической ситуации, разработка мер профилактики *tinea gladiatorum* является актуальной. В качестве профилактики первичного и повторного заражения *tinea gladiatorum* мы рекомендуем соблюдение гигиены спортивной одежды, обуви, тела, а также использование средства топического воздействия с противогрибковым свойством (гель «БиоПокров»).

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ МОЛЕКУЛ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ

*Хамаганова И.В., Свитич О.А., Ганковская Л.В.,
Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г.,
Гюльалиев Дж.*

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

В настоящее время склероатрофический лихен большинством дерматологов рассматривается как разновидность очаговой склеродермии, однако ряд исследователей считают болезнь белых пятен самостоятельным заболеванием. В связи с этим представляет интерес различных патогенетических аспектов склероатрофического лихена и других очаговых поражений, относящихся к ограниченной склеродермии.

Целью настоящего исследования было изучение экспрессии генов молекул врожденного иммунитета у пациентов со склероатрофическим лихеном и сравнение с показателями при других очаговых поражениях, относящихся к ограниченной склеродермии.

Нами было обследовано 57 пациентов с различными клиническими формами очаговой склеродермии, в том числе 8 (14%) со склероатрофическим лихеном. РНК была выделена из соскобов с поверхности кожи в районе очага и в районе нормальной ткани с использованием комплекта реагентов «RNeasy Mini Kit» (QIAGEN), строго в соответствии с инструкцией фирмы-производителя. Далее на полученной РНК проводили реакцию обратной транскрипции с использованием «Набора реагентов для проведения реакции ОТ» (Синтол, РФ), строго согласно инструкции. Общий объем реакционной смеси для проведения реакции ОТ составлял 30 мкл в расчете на одну пробирку. В качестве отрицательного контроля в пробирку вносили деионизированную воду. С помощью метода ПЦР-РВ определялась экспрессия генов TLR2, HBD1 и TNF α . Последовательность праймеров и зондов для определения уровня экспрессии данных генов подбирали с помощью программы Vector NTI 8,0 (последовательности мРНК были получены в базе данных Gene Bank). Определение уровня экспрессии исследуемых генов проводилось относительно экспрессии гена β -актина. Уровень TLR2 в очаге поражения склеродермией был достоверно ($p < 0,05$) ниже у пациентов со всеми формами очаговой склеродермии по сравнению со здоровыми донорами, при склероатрофическом лихене составлял 972. Уровень экспрессии гена HBD1 в патологическом очаге при склероатрофическом лихене составлял 52163 (медиана), что достоверно выше нормы, как и при других формах очаговой склеродермии. Уровень экспрессии гена TNF α также был достоверно выше нормы, как и при других формах очаговой склеродермии. Таким образом, характер изменений показателей врожденного иммунитета при склероатрофическом лихене достоверно не отличался от других форм очаговой склеродермии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПАПУЛЕЗНО-БЛЯШЕЧНОГО ПСОРИАЗА

Хачикян Х.М., Карапетян Ш.В.

Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераци, Ереван

Цель исследования. Псориазная болезнь (ПБ) – это широко распространенное аутоиммунное заболевание с хроническим течением, в развитии которого значительную роль играют наследственные и средовые факторы. ПБ оказывает значительное влияние на качество жизни больных (характеристика физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного). Исследование было проведено с целью изучения тяжести заболевания у больных с ПБ и степени его воздействия на качество жизни при помощи дерматологических индексов – PASI (Psoriasis Area and Severity Index) и DLQI (Dermatological life quality index).

Материалы и методы исследования. В каждом отделении НМЦД и СПИ МЗ Республики Армения под нашим наблюдением находились 50 больных, в том числе 37 мужчин и 13 женщин в возрасте от 18 до 75 лет ($45,1 \pm 14,3$ года) со среднетяжелыми формами папулезно-бляшечного псориаза с длительностью заболевания от 6 месяцев до 50 лет ($18,9 \pm 11,6$ года). Для объективной оценки состояния больного применяли индекс PASI (изучение площади пораженной поверхности тела, интенсивности главных симптомов ПБ – эритемы, инфильтрации и шелушения и локализации процесса; изменения – в диапазоне от 0 до 72). Для оценки степени воздействия ПБ на различные аспекты жизни больного в течение определенного времени (последняя неделя) применяли индекс DLQI (субъективные ощущения, повседневная активность, отношения с родственниками, друзьями и коллегами, социальная активность и т.д.; изменения – в пределах от 0 до 30). Опросники индексов были адаптированы и переведены на армянский язык. Статистическую обработку результатов проводили с помощью статистического пакета SPSS 16.0. Результаты и обсуждение. Среднее значение индекса PASI составило $16,4 \pm 2,5$ (средняя степень тяжести), а среднее значение индекса DLQI – $18,6 \pm 4,0$ (выраженное снижение качества жизни). Установлена достоверная коррелятивная связь между клинической формой, тяжестью ПБ и степенью его воздействия на качество жизни больных.

Выводы. Таким образом, получены убедительные доказательства того, что ПБ существенно влияет на качество жизни больных. Полученные результаты в дальнейшем будут использованы для сравнения с параметрами, которые будут получены по окончании лечения и разработки новых терапевтических подходов в комплексном лечении больных ПБ.

ОСОБЕННОСТИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Хлебникова А.Н., Селезнева Е.В., Белова Л.А.

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

Введение. Ультразвуковая диагностика является неинвазивным методом исследования тканей, в основе которого лежит отражение ультразвуковой волны от границы раздела двух сред с различными акустическими свойствами. Высокочастотный ультразвук обеспечивает высокую разрешающую способность, позволяет получить информацию о глубине распространения, характере роста и границе опухолей кожи.

Цель исследования. Выявление ультразвукографических признаков различных клинических форм базальноклеточного рака (БКР).

Материалы и методы. В исследование были включены 20 больных в возрасте от 56 до 73 лет, 6 мужчин и 14 женщин, у которых диагностировали 33 очага БКР. Для ультразвукографической оценки патологических очагов у наблюдавшихся пациентов была использована специализированная цифровая ультразвуковая система высокого разрешения DUB (фирма «TPM GmbH», Германия), оснащенная УЗ-датчиком частотой 75 и 30 МГц, позволяющая сканировать кожу в глубину от 4 до 8 мм соответственно. Для расчета количественных показателей применяли программное обеспечение, разработанное совместно фирмами «TPM GmbH», Германия и «Анта-Мед», Россия. Для обработки полученных данных использовалась специализированная программа Axio Vision Rev 4.8.

Результаты. Среди очагов БКР, поверхностная форма встречалась в 23 случаях (70%), нодулярная – в 8 случаях (24%) и склеродермоподобная – в 2 случаях (6%). В зависимости от клинических проявлений, опухоли имели различную ультразвукографическую картину. На сканограмме поверхностная форма БКР имела вид экзонегативных очагов, расположенных непосредственно под эпидермисом, чаще продолговатой формы, с четкими контурами, толщиной от 281 мкм до 1023 мкм, в среднем 531 ± 160 мкм. Очаги БКР нодулярной формы представляли собой гипозоногенные образования, округлых или овальных очертаний, возвышающихся над поверхностью неизменной кожи, диффузно-неоднородной структуры с четкими латеральными и нижними границами. Толщина их составляла от 1137 мкм до 5633 мкм, среднее значение которой равнялось $3035,4 \pm 969,8$ мкм. Сканограмма склеродермоподобной формы базалиомы, в одном случае, была представлена несколькими гипозоногенными очагами в дерме, определяющимися на глубине до 1371 мкм, между которыми визуализировались гиперэхогенные прослойки. В другом случае – опухоль отмечалась в виде образования неправильной звездчатой формы, инфильтрирующего дерму на протяжении 1260 мкм. В среднем толщина очагов составила $1316,5 \pm 54,5$ мкм. В структуре поверхностных и нодулярных форм БКР регистрировались точечные, гиперэхогенные включения, которые встречались в 2 (8%) и 8 (100%) случаях соответственно. На сканограммах склеродермоподобных базалиом подобных комплексов отмечено не было. В поверхностных образованиях гиперэхогенные структуры располагались в верхних и

средних отделах опухолей. Их количество варьировало от 1 до 2 и составило в среднем 1,5. В большинстве очагов БКР нодулярной формы (50%) наблюдали диффузное распределение включений, в остальных случаях они располагались поровну (по 25%) в верхних и нижних отделах базалиом. При этом их численность находилась в пределах от 1 до 12, в среднем равнялась 5,75. Средний размер гиперэхогенных структур в очагах нодулярной и поверхностной форм БКР составил $0,023 \pm 0,014$ мм², сравнительный анализ которых выявил статистически достоверное различие ($p < 0,05$).

Заключение. УЗИ позволяет дифференцировать БКР как диффузно-неоднородные, гипозоногенные образования в дерме с четкими контурами. В зависимости от клинической картины они отличаются по форме, глубине залегания, а также наличию и количественному соотношению в них точечных, гиперэхогенных структур.

АЛГОРИТМ ПОДБОРА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ДОЗ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С УЧЕТОМ СПЕКТРА КОМОРБИДНОСТЕЙ

Хлыстова Е.А., Львов А.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

По данным проведенного анализа коморбидных патологий у больных псориазом и псориатическим артритом, получавших стационарное лечение в МНПЦДК (127 больных), у подавляющего большинства (96%) пациентов псориаз сочетался с коморбидными состояниями. В большинстве случаев псориаз ассоциировался с наличием ожирения (у 74% пациентов) и метаболического синдрома (66,1% пациентов), псориатического артрита (54,3% пациентов), с сердечно-сосудистой (53,5% пациентов) и эндокринной (22,8%) патологией. В исследовании доказана прямая корреляция индекса массы тела и тяжести псориатического процесса. В сочетании с дислипидемией, выявленной у 74% больных и артериальной гипертензией (10% больных), метаболический синдром был выявлен у 23% больных псориазом, что является неблагоприятным прогностическим признаком. Установлено, что частота встречаемости коморбидной патологии значительно выше у больных псориазом с сопутствующим псориатическим артритом, чем в группе больных с псориатическим поражением лишь кожи. Настоящие данные подтверждаются многочисленными российскими и зарубежными исследованиями и позволяют выявить ключевые основы оценки тяжести псориатического процесса и эффективности терапии: индекс массы тела и выраженность метаболических нарушений, степень активности псориатического артрита и тяжесть поражения кожи. Согласно рекомендациям EULAR и GRAPPA, диагноз псориатический артрит устанавливают на основе критериев CASPAR, применение которых возможно при наличии признаков воспалительного заболевания суставов у больных псориазом: периферический артрит, энтезит, дактилит, спондилит. Степень активности ПсА оценивается с помощью стандартизированных индексов - PsARK, DAS, BASDAI, LEI, HAQ. Использование комплексных индексов

предполагает более качественную оценку индивидуальных различий по причине использования нескольких параметров и, таким образом, снижает в динамике вариабельность измерений при сравнении эффектов двух видов лечения у одного пациента или в группе. Так, например, индекс DAREA/DAPSA, разработанный изначально для оценки тяжести ревматоидного артрита, по данным последних исследований, доказал свое превосходство и в отношении ПсА за счет оценки не только количества пораженных суставов и клинических признаков артрита, но и оценки выраженности системного воспаления и боли. Эти критерии наиболее актуальны в ранней диагностике ПсА, а также наиболее точно отражают эффективность терапии. Однако однозначно достоверного инструмента для оценки тяжести псориатического процесса в целом, с учетом активности ПсА, тяжести поражения кожи, наличия и выраженности коморбидных патологий, до настоящего времени нет. Это особенно важно для планирования системной терапии у данной группы больных. В выборе препаратов системной терапии для больных псориазом и псориатическим артритом, золотым стандартом остается препарат Метотрексат. Доказано, что применение метотрексата снижает уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у больных псориазом и ПсА. В настоящее время не существует четких методических рекомендаций по дозированию данного препарата у больных псориазом. Так, средняя дозировка метотрексата, назначаемая как ревматологами, так и дерматологами, варьирует от 10 до 15 мг в неделю. Доказано, что эффективность метотрексата повышается при увеличении дозы до 20-25 мг в неделю при тяжелых формах псориаза. Однако отсутствие алгоритма применения Метотрексата у больных псориазом, псориатическим артритом с наличием коморбидных патологий в виде ожирения, метаболического синдрома в разных степенях выраженности каждого, составляют трудности в подборе дозы препарата, что сказывается в виде недостаточной эффективности лечения. В настоящее время ведется разработка нового индекса тяжести псориатического процесса, учитывающего тяжесть поражения кожи, степень активности суставного процесса и выраженность метаболических нарушений, что позволит предложить алгоритм применения метотрексата у больных псориазом с учетом персонифицированных данных, оптимизировать системную терапию в зависимости от наличия коморбидных патологий и повысить эффективность лечения, снижая риски сердечно-сосудистых осложнений.

ОСЛОЖНЕНИЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ И ТРЕДЛИФТИНГА, СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Чеботарева Н.В., Чеботарев В.В., Асхаков М.С.

Институт красоты «Сенсави», Москва

Цель: минимизация осложнений, возникающих в работе врача-косметолога при применении метода контурной пластики с использованием иглы, канюли и осложнений, связанных с выполнением тредлифтинга.

Материалы и методы: 20 пациенток обратились в Институт красоты «Сенсави» с жалобами на осложнения, возникшие после проведения контурной пластики и применения

мезонитей в различных косметологических учреждениях Москвы и Московской области.

Результаты: возраст 20 женщин был в пределах от 30 до 52 лет (средний – 41±2). У 5 пациенток после применения филлеров разных производителей возникли осложнения инфекционной природы. Из них три случая были связаны с проведенным стоматологическим вмешательством спустя 2 недели после инъекций филлеров. Два случая произошли на фоне перенесенной острой вирусной респираторной инфекции (ОРВИ). Лечение осложнений заключалось в применении антибиотиков широкого спектра действия, энзимных препаратов и иммуномодуляторов. У 10 пациенток после применения филлеров на основе гиалуроновой кислоты наблюдались сосудистые осложнения. Большинство из них было вызвано манипуляциями в области носогубной складки и глассы. Из них 8 осложнений возникли в день процедуры, 2 – на следующий день. Наиболее частым клиническим проявлением было побледнение кожи в зоне инъекции и отек. В других случаях отмечено ливедо. Лечение было проведено сразу после возникновения симптомов. Оно заключалось в инъекции лонгидазы в зону нахождения филлера, активном массаже этой области, использовании физиопроцедур. Далее назначали препараты, улучшающие кровообращение, трофику тканей, а также противоотечные и противовоспалительные средства. У 5 пациенток произошли осложнения после применения мезонитей. У 2 из них отмечено «сборение» кожи по ходу нитей. С целью ускорения расправления тканей использовали плазматерапию. Процесс разрешился в течение трех недель. У 2 женщин наблюдали контурирование гладких нитей в результате миграции. Лечение заключалось в удалении нитей. У одной пациентки произошло воспаление мягких тканей лица в месте нахождения нити. Для коррекции этого состояния необходимо удаление нити, назначение антибиотикотерапии и нестероидных противовоспалительных препаратов. Выводы: введение филлеров и проведение тредлифтинга может сопровождаться рядом осложнений, которые при своевременном обращении к врачу-косметологу устраняются без серьезных последствий.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОНИХОМИКОЗАМИ

Шарова Н.М., Кукало С.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цели: изучить приверженность к лечению больных с онихомикозами разных возрастных групп. Материал и методы. Изучили амбулаторные карты 156 больных онихомикозами, которые находились под наблюдением в МНПЦДиК филиал «Черемушкинский» с 2015 по 2016 год. Были сформированы 3 возрастные группы пациентов: от 30 до 45 лет (42 больных), от 46 до 60 лет (51 больной) и старше 61 года (63 больных). В 1-ой возрастной группе (42 больных) отмечалось поражение 2-4 ногтевых пластин у 26 человек, ≥ 5 ногтевых пластин – 16 человек. Во 2-ой возрастной группе (51 больной) поражение 2-4 ногтевых пластин наблюдалось у 24 человек, ≥ 5 ногтевых пластин – 27 больных. В 3-ей

возрастной группе (63 больных) у 17 поражены были 2-4 ногтевые пластины и у 46 больных ≥ 5 ногтевых пластин.

У пациентов с поражением 2-4 ногтевых пластин назначалась наружная терапия в среднем продолжительностью около 6 месяцев. У больных с поражением ≥ 5 ногтевых пластин назначалась наружная терапия на фоне системного применения антимикотиков.

Всем пациентам давали разъяснения о необходимости использования наружных средств и мер профилактики распространения грибковой инфекции (соблюдение санитарно-гигиенических норм, обработка обуви).

Результаты. В 1-ой группе пациентов более молодого возраста до 45 лет, которые получали только наружную терапию, мы наблюдали четкое выполнение всех рекомендаций, что привело к положительным результатам и выздоровлению. Во 2-ой группе пациентов от 46 до 60 лет, в первые месяцы терапии наблюдалось улучшение, но, несмотря на это 45% больных прекратили лечение самостоятельно, объясняя это отсутствием быстрого результата и высокой стоимостью препаратов. В 3-ей возрастной группе (≥ 61 года) 62% больных отказались от лечения, объясняя это трудностями самостоятельной обработки ногтевых пластин, длительностью терапии, а также высокой стоимостью препаратов.

Таким образом, наиболее привержены к лечению лица молодого возраста. Это может быть связано с экономическими возможностями больных и высокими эстетическими требованиями. Лица старшего возраста, имеющие ограниченные финансовые возможности и не предъявляющие высоких эстетических требований к себе, не критично относящиеся к наличию онихомикоза, не имеют приверженности к лечению и стремления к избавлению от грибковой инфекции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА КОМФОДЕРМ М2 У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Шарова Н.М., Кукало С.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цели исследования: определить клиническую эффективность и безопасность применения препарата Комфодерм М2.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 16 больных атопическим дерматитом в возрасте от 10 до 16 лет. В группе наблюдаемых больных, у всех отмечались поражения в виде эритемы, сухости, шелушения кожи лица. Больные предъявляли жалобы на чувство стянутости кожи и ощущение зуда. Крем Комфодерм М2 назначался на очаги воспаления с локализацией на лице 2 раза в день в течение 7 дней, затем 1 раз в день в течение 7 дней.

Результаты. На 2-е сутки после назначения препарата Комфодерм М2 улучшались субъективные показатели, больные отмечали уменьшение чувства стянутости кожи, исчезновения зуда. Дальнейшие наблюдения показали, что на 4-ый день у 5 больных исчезла эритема, а у 11 больных эритема значительно уменьшилась. На 7-8-е сутки мы наблюдали полное исчезновение воспалительных

признаков у всех 16 больных. После исчезновения жалоб и клинических проявлений, мы продолжали применение крема Комфодерм М2 1 раз в сутки на протяжении 7 дней в качестве проактивного препарата.

Таким образом, наши наблюдения показали, что наличие в составе дополнительного компонента мочевины, входящего в состав крема, давало выраженный увлажняющий эффект и способствовало регрессу высыпаний. Препарат Комфодерм М2 крем является высокоэффективным и безопасным, так как не дает никаких побочных эффектов и осложнений. Препарат может быть использован для купирования воспалительных явлений на коже лица при атопическом дерматите.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ МЕЛАЗМЫ

Шаруханова А.А., Гладько В.В., Флакс Г.А., Масюкова С.А., Ильина И.В.

Институт медико-социальных технологий – Московский государственный университет пищевых производств, Москва

Актуальность. Лечение мелазмы, наиболее распространенной в группе дисхромий кожи, на сегодняшний день остается трудной задачей, а косметические дефекты обуславливают снижение качества жизни у большинства пациентов. Основным препятствием при разработке эффективной терапии является риск развития чрезмерной воспалительной реакции и истончения кожи в результате использования сильнодействующих процедур и препаратов, направленных на подавление активности меланоцитов в дерме и эпидермисе, что в свою очередь может усугубить течение заболевания. Цель исследования: провести клинико-лабораторную оценку эффективности дифференцированной терапии мелазмы у женщин.

Материал и методы. Обследованы и пролечены 97 женщин с мелазмой. в возрасте от 31 до 57 лет (средний возраст $39,54 \pm 5,67$ лет) На всех этапах наблюдения за пациентками производилась оценка выраженности пигментации при помощи индекса MASI (Melasma Area and Severity Index), являющимся количественным индексом тяжести меланодермии. Определение типа мелазмы проводилось при помощи осмотра кожи лица под лучами Вуда. На основании получаемого результата различали три гистологических типа мелазмы: эпидермальный тип, при котором очаги поражения под люминесцентным светом становятся ярче и приобретают выраженную контрастность; дермальный тип, характеризуется отсутствием контрастирования пигментных очагов на фоне здоровых участков кожи; смешанный тип, при котором одни пораженные участки пятна не контрастируются, другие, наоборот, приобретают яркость и контраст, что свидетельствует о том, что избыточный пигмент расположен как эпидермально, так и глубоко в дерме. Концентрацию свободного фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) определяли в сыворотке крови исходно до проведения терапии и после окончания лечения. В зависимости от уровня маркёров ангиогенеза, а также путем рандомизации пациентки были разделены на три терапевтические группы.

Лечение проводилось в течение 4 месяцев. Во всех группах использовался дерматологический отбеливающий крем и фотопротектор. В первой (n=30) и третьей (n=24) группах (с ангиогенезом без дифференцировки и нормальным ангиогенезом соответственно) был применен IPL (Intensive Pulse Light – интенсивный импульсный свет) в диапазоне 590 нм, во второй группе (n=43) (с усиленным ангиогенезом) в диапазоне 480 нм.

Результаты исследования. Оценка терапевтической эффективности в каждой группе показала достоверные различия по результатам лечения. Так в первой группе количество пациенток с выраженным улучшением составило 8/26,67%, хорошее улучшение было установлено у 18/60,00% женщин, средняя эффективность была констатирована у 4/13,33% больных. Во второй и в третьей группах не было женщин со средней эффективностью проводимой терапии, и преобладали в абсолютном большинстве больные с высокой эффективностью: 34/79,07% и 21/87,50% соответственно. Переносимость проводимой терапии во всех группах была хорошей. Нежелательных явлений не было зарегистрировано. Эритема, которая формировалась после процедуры воздействия интенсивного импульсного света, разрешалась в течение 3-4 часов у всех больных. Таким образом, наилучшие результаты лечения были получены во второй и в третьей группах больных, где был применен дифференцированный метод лечения больных на основании уровня маркёров ангиогенеза с использованием различных длин волн IPL-терапии.

Выводы. Дифференцированная фототерапия мелазмы в зависимости от активности процессов неоангиогенеза способствует повышению клинической эффективности проведенного лечения.

РОЗАЦЕА. ЕЩЕ ОДИН СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВНЕШНЕГО ОБЛИКА (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Шугунина Е.А., Рассохина О.И., Моргачева А.А., Пашкин И.И., Иванова Л.И.

Российский университет дружбы народов, Москва

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных розацеа РОДВК 2013 г. рассматривают розацеа как заболевание не являющееся полностью излечимым. Целями лечения считают уменьшение выраженности симптомов заболевания; профилактику обострений процесса; продление сроков ремиссии. Стандарт лечения розацеа, утвержденный МЗ РФ в 2007 г., регламентирует системное применение антимикробных, антибактериальных, противовоспалительных и противомаларийных средств, а также ароматические ретиноиды и адапален гель, назначение лечебно-оздоровительного режима и диетотерапии. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных розацеа РОДВК 2013 г. отдают предпочтение наружному лечению всех форм розацеа, за исключением гипертрофической, при которой наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные синтетические ретиноиды. Международный консенсус по лечению розацеа дополнил список наружных

лекарственных средств кремом ивермектин – с выраженным противовоспалительным и антипаразитарным действием. В целях профилактики обострений розацеа предложено избегать триггерных факторов заболевания, в том числе агрессивных косметологических процедур: физические и химические пилинги, дермабразию. С целью расширения спектра методов профилактики рецидивов розацеа и восстановления внешнего облика этих пациентов исследована эффективность мультикислотного химического пилинга. Пилинг азелаиновый (20%) с глюконовой (30%) кислотой, в состав которого введен мощный капилляропротекторный биокомплекс и гликолан – органический комплекс лантана с выраженным противовоспалительным, антимикробным и регенерирующим действием. Процедуры проводили 8 пациенткам зрелого возраста для восстановления внешнего облика больных розацеа. Курс процедур состоял из 3-5 процедур, каждая из которых включала очищение кожи, нанесение сыворотки для гиперчувствительной кожи, затем массажа кожи лица по пилингу кремю и при появлении ощущения жжения – маска «Активированные морские водоросли». Общая продолжительность процедуры 40-50 мин. В результате проведенного курса процедур отмечено разрешение воспалительных элементов, значительное уменьшение количества телеангиэктазий, восстановление микрорельефа кожи и гидролипидной мантии.

Таким образом, косметологические процедуры мультикислотного химического пилинга азелаинового (20%) с глюконовой (30%) кислотой представляют новую генерацию поверхностных химических пилингов. Состав этого пилинга соответствует международным рекомендациям по наружному лечению розацеа, а благодаря включению в его состав гликолана удалось регулировать скорость и глубину проникновения пилинга, устранить риск постпилингговых осложнений, ингибировать провоспалительные цитокины, обеспечить лифтинговый эффект, что делает перспективным применение профессионального азелоинового пилинга с глюконовой кислотой в системе реабилитации кожи больных розацеа.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОЭКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ЛЕВИНУ

Эсаулова Т.А., Шариков Ю.Н., Волик А.П.

Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. Хронические рецидивирующие дерматозы – это полиэтиологические заболевания, развивающиеся в результате комплексного воздействия нейроэндокринных, аллергических, обменных и экзогенных факторов. Эндотоксемия при дерматозах обусловлена нарушением функции органов детоксикации или экскреции; бактериальными экзо- и эндотоксинами; конечными метаболитами, промежуточными продуктами обмена, биоактивными веществами различных классов в повышенных концентрациях; перекисными продуктами, протеолитическими ферментами в высоких концентрациях. В комплексном лечении заболеваний кожи традиционно

используются методы сорбционной детоксикации: гемосорбция, лимфосорбция, плазмаферез, энтеросорбция. Однако их отличает недоступность внесосудистого сектора – интерстициального пространства. Решение этой проблемы было предложено проф. Ю.М. Левиным в программе эндоэкологической реабилитации – ЭРЛ. В ее основе лежит учение о транспортной функции воды в интерстиции и возможность управлять ее трансмембранным переносом и транспортом. ЭРЛ – это система лечебно-оздоровительных воздействий, обязательным элементом которых является цито- и лимфосанация, осуществляемая посредством нормализации или усиления интерстициального гуморального транспорта и лимфатического дренажа тканей. Материалы и методы. Нами изучены показатели эндогенной интоксикации(ЭИ) у больных хроническими дерматозами и их динамика под воздействием ЭРЛ. 60 пациентам с токсикоаллергодермией проводилось: определение гематологического показателя интоксикации (ГПИ) по формуле: $ГПИ = (4 \text{ ми} + 3 \text{ ю} + 2 \text{ п} + \text{с}) \cdot (\text{пл} + 1) / (\text{л} + \text{мо}) \cdot (\text{э} + 1) \cdot \text{Кл} \cdot \text{КСоэ}$, где ми – миелоциты, ю – юные, п – палочкоядерные, с – сегментоядерные нейтрофилы, пл – плазматические клетки, л – лимфоциты, мо – моноциты, э – эозинофилы; Кл – поправочный коэффициент на лейкоцитоз, КСоэ – поправочный коэффициент на СОЭ. Исследовалась тяжесть патологического процесса на коже по визиту (ТВ), когда оценивались в баллах жалобы, интенсивность зуда, вегетативная дисфункция, площадь пораженной зоны и активность патологического кожного процесса. Количественная оценка тяжести течения кожного заболевания в данном году (ТГ) учитывала течение процесса, длительность лечения и нетрудоспособности в течение года, число рецидивов за год, наличие инвалидности и соп. заболеваний. Иммунологические исследования выполнялись по тестам 1 уровня: содержание в крови лейкоцитов, лимфоцитов, Т- и В-популяций лимфоцитов, уровень сывороточных иммуноглобулинов (G, A, M) и циркулирующих иммунных комплексов, фагоцитарная активность нейтрофилов (индекс фагоцитоза, фагоцитарное число, количество активных фагоцитов).

Полученные результаты. Изучение показателей ГПИ выявило наличие признаков ЭИ у всех пациентов. Значения ГПИ у 80% больных в среднем составили $1,15 \pm 0,1$, а у 20% этот показатель в среднем составил $0,29 \pm 0,02$, что расценивалось нами как отклонение от нормы. Выявлена прямая корреляционная связь ТВ и ТГ с уровнем ГПИ, обратная зависимость длительности предшествовавшей последнему рецидиву от степени эндотоксемии. Корреляционный анализ в системе «иммунологические показатели – выраженность ЭИ» показал, что с нарастанием тяжести эндотоксемии достоверно изменялся уровень общих лимфоцитов и количество активных фагоцитов как в сторону его повышения (состояние напряженности иммунной системы), так и в сторону его уменьшения (угнетение иммунного статуса), увеличивалось содержание IgG и циркулирующих иммунных комплексов, снижался индекс фагоцитоза. Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек, одна из них получила курс ЭРЛ в составе комплексной терапии, вторая группа получала традиционное лечение. После лечения существенная положительная динамика клинической картины заболевания отмечена в группе, получившей ЭРЛ. У 78% из них достигнуто

состояние клинического выздоровления, у 21,5% пациентов констатируется улучшение. В 0,5% случаев применение ЭРЛ оказалось неэффективным. В группе без ЭРЛ клиническое выздоровление наступило в 45,7%, улучшение – в 40% случаев, отчетливого клинического эффекта не было у 14,3%. В первой группе в 95,9% случаев период ремиссии после лечения в среднем увеличился на $3,9 \pm 0,4$ мес. Сроки достижения выраженного клинического эффекта сократились до $7,1 \pm 0,2$ дней у больных первой группы, при $12,1 \pm 0,4$ днях во второй группе.

Выводы. Полученные результаты подтвердили эффективность ЭРЛ как метода детоксикации в лечении больных хроническими токсикоаллергодермитами.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИММУННОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В КОЖЕ

Яковлев А.Б., Савенков В.В., Бурова С.А.

*Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Московский городской центр глубоких микозов, Москва*

Прошло ровно 80 лет со времени открытия в нашей стране феномена аутолиза актиномицетов. Тогда же из актиномицетного лизата был получен лекарственный препарат Актинолизат – отечественный иммуномодулятор с противовоспалительным и заживляющим действием, который хорошо зарекомендовал себя при лечении бактериальных, грибковых, гнойно-воспалительных заболеваниях кожи, подкожной клетчатки и внутренних органов, и применяется до настоящего времени. Лекарственное средство отмечено хорошей переносимостью и минимумом побочных эффектов. Целью настоящей работы являлось изучение клинической эффективности препарата Актинолизат в комплексной терапии язвенных поражений кожи, осложненных гнойными процессами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 57 пациентов с язвенными поражениями кожи: с трофическими венозными язвами голени (ТВЯ) – 34, с хронической язвенно-вегетирующей пиодермией (ХЯВП) – 23. Распределение по гендерному признаку: мужчин – 19, женщин – 38. Давность заболеваний составила от 5 до 22 месяцев. В исследование вошли только больные с признаками хронического вялотекущего гнойного процесса, без признаков обострения. Всем пациентам с ТВЯ диагноз хронической венозной недостаточности был подтвержден консультацией хирурга-флеболога, УЗИ вен голени, доплерографией сосудов нижних конечностей. Величина язвенных дефектов на голених у пациентов колебалась от 2 до 8 см. Всем пациентам с ХЯВП диагноз был подтвержден консультативно. Сроки наблюдения за пациентами после лечения составили от 2,5 до 7 лет. Все пациенты были разделены на две группы. Пациентам первой группы (31 человек) лечение проводилось в соответствии с «Клиническими рекомендациями» по ведению больных с соответствующими нозологиями: при ТВЯ – венотонизирующие средства, детралекс, антибиотики, пентоксифиллин; при ХЯВП – преднизолон или инъекции

дипроспана в сочетании с антибиотиками системно. Пациенты второй группы (26 человек) получали лечение в соответствии с теми же «Клиническими рекомендациями», но дополнительно им назначался Актинолизат, по 2 – 3 мл (в зависимости от веса пациента), 2 раза в неделю, на курс до 20 инъекций.

Результаты. Полное заживление ТВЯ у пациентов, получивших полноценный курс Актинолизата, проходило в сроки от 8 до 10 месяцев; отсутствие эффекта не отмечено. У пациентов первой группы с ТВЯ отмечено замедленное наступление эффекта в 5 случаях. У пациентов с ХЯВП в первой группе в 6 случаях отмечено упорное течение. Во второй группе при ХЯВП у всех пациентов удавалось получить обратное развитие процесса в сроки от 10 до 18 недель.

Выводы. Актинолизат – препарат, в полной мере проявляющий свои свойства иммуномодулятора и адаптогена в составе комплексной терапии ТВЯ и ХЯВП. По-видимому, при ТВЯ препарат выступает в роли стимулятора реакции фибробластов, а при ХЯВП – в роли неспецифического адаптогена. Включение этого препарата в программы лечения ТВЯ и ХЯВП обеспечивает стойкую тенденцию к заживлению язвенных дефектов.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – КЛЮЧ К КРАСОТЕ, ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ И ДОЛГОЛЕТИЮ

Якушина Т.В., Воронцова Л.Д., Некрасова Л.В.

Институт ДПО «Институт пластической хирургии и фундаментальной косметологии», Москва

«Здоровье и благосостояние тела дороже всякого золота, и крепкое тело лучше несметного богатства» – древнеримский поэт Publilius Syrus.

Питание – одна из главных составляющих здорового образа жизни. Возможно, именно в правильном и сбалансированном рационе кроется главный секрет долголетия. Всем известно, что для того, чтобы сохранить здоровье на долгие годы, человеку необходимо рационально питаться и быть физически активным. Продолжительность жизни зависит на 30-40% от генетической предрасположенности и на 60-70% от образа жизни, то есть сна, физической деятельности, питания, режима, сна, труда и отдыха. Современными исследованиями доказано, что с помощью правильно подобранного рациона продуктов питания в необходимом и достаточном количестве, можно реально продлить свою жизнь на значительные годы. В своем труде «О диете» в конце V века до нашей эры греческий философ и врач Гиппократ впервые высказал идею профилактического питания, а также писал о возможности возврата болезни при нарушении питания. Диета (от греч. *diáita* – образ жизни, режим питания), специально разработанный режим питания в отношении количества, химического состава, физических свойств, кулинарной обработки и интервалов в притме пищи. Концепция рационального питания впервые была сформулирована М.Н. Шатерниковым в 1930 г. Внешняя привлекательность, рост, развитие, работоспособность находятся в теснейшей зависимости от достаточности и рациональности питания, которое должно основываться на физических потребностях организма с определенной его коррекцией, в зависимости от выявленных соматических заболеваний. В основе любой диеты

лежит анализ составляющих ее ингредиентов: химический состав (белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества), энергетическая ценность (калорийность), физические свойства пищи (объем, масса, температура), режим питания, рекомендуемые или нежелательные продукты, пищевая непереносимость и пищевые привычки...

Наряду со специальными диетами в программах рационального питания традиционно используются разгрузочные дни. Особенно они актуальны в программах снижения и коррекции веса. Назначая пациенту разгрузку, необходимо тщательно собирать анамнез, учитывать наличие хронических заболеваний. Спектр показаний для разгрузочных дней в эстетической медицине достаточно широк. Особые разгрузочные дни требуются для устранения эффекта «плато», осложняющего программы стабильного снижения веса. Необходимо добавить, что одно только соблюдение диеты, без адекватной физической нагрузки, без увеличения энергозатрат, не всегда приводит к желаемому результату. При всей кажущейся простоте оздоровительное питание должно применяться по назначению грамотного специалиста.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ АКНЕ

Шульгина И. Г., Лиса Е. М.,

ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиал «Первомайский»

Цель: оценить эффективность комплексной терапии акне, включающей стандартные методы лечения в комбинации с косметологическими методиками.

Материалы и методы: 22 пациента с различными формами акне, 16 женщин, 6 мужчин, от 18 до 30 лет, 15 имели среднюю степень акне, 5-средне-тяжелую, 2-конглобатные угри.

Все пациенты получали стандартную терапию (местно адапален – 1 раз в день или через день, на очаги воспаления – адапален в комбинации с антибиотиком; 7 пациентов с тяжелыми формами акне получили 10-дневный курс системных антибиотиков). После купирования воспалительных симптомов к стандартной терапии присоединяли 5-7 сеансов криомассажа по 10 минут через 1-2 дня, далее механическую чистку кожи лица 1-2 процедуры 1 раз в неделю, затем ультразвуковую чистку 2-4 процедуры 1 раз в неделю, через 2 дня после каждой УЗ-чистки проводился ионофорез с 5% раствором витамина С. Далее присоединяли мезотерапию с использованием коктейлей из микроэлементов и витаминов 1 раз в неделю №3-5, чередуя с мезотерапевтическим введением плазмы, обогащенной тромбоцитами, 1 сеанс в 2-3 недели №2-5. Количество процедур зависело от степени тяжести угревых высыпаний, выраженности элементов постакне и финансовой возможности пациентов. Для УЗ-чистки и электрофореза использовался косметологический комбайн «Галатей» А К Ф -01.

Результаты: У пациентов, получивших комплексную терапию, в сравнении с пациентами, получающими традиционное лечение, отмечалось меньшее количество комедонов, более быстрое разрешение элементов постакне, длительная ремиссия (до 1 года). Кроме того, отмечалось выравнивание текстуры и улучшение цвета кожи лица. Все пациенты исследуемой группы были удовлетворены результатами лечения.

Выводы: Таким образом, комплексное лечение средне-тяжелых форм акне, включающее использование стандартной терапии в сочетании с косметологическими методиками, приводило к выравниванию текстуры кожи лица, уменьшению количества комедонов, значительному регрессу или исчезновению элементов постакне, длительной ремиссии воспалительных высыпаний.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ИХ КОРРЕКЦИЯ.

Васенова В.Ю., д.м.н., профессор, ГБОУ ВПО РМИМУ им. Н.И. Пирогова

Каирова А.Н., заведующий филиалом «Кутузовским» врач дерматовенеролог, МНПЦДК ДЗМ филиала «Кутузовский»

Атопический дерматит (АД) является хроническим рецидивирующим дерматозом развивающимся в раннем детстве и сохраняющим те или иные свои проявления в течение всей жизни. Он проявляется гиперчувствительностью замедленного типа к экзогенным и эндогенным факторам. Важным аспектом развития заболевания является генетическая детерминированность – у пациентов с АД семейная атопия встречается в 3 – 5 раз чаще, чем в среднем в популяции. Чаще связь с атопическими заболеваниями наблюдается по материнской линии – в 60-70%, реже – по отцовской – примерно в 20%. При наличии атопических заболеваний у обоих родителей, риск развития АД у ребенка достигает 80%, в случае заболевания у одного из родителей риск снижается до 45-50%.

В патогенезе АД важную роль играют изменения в иммунном статусе в виде активации фагоцитарно-макрофагального звена и увеличения популяции «наивных» Т-клеток за счет их перехода в активированные. Также выявлено снижение популяции NK-клеток и CD8+ Т-клеток памяти, коррелирующее с тяжестью течения АД, характером и распространенностью высыпаний.

Важным фактором патогенеза при АД является недостаточность функции печени и желчевыводящих путей, что приводит к накоплению в организме эндотоксина и формированию эндотоксемии. Выявленное повышение уровня эндотоксина (в среднем в 11 раз) и снижение показателей антиэндотоксинового иммунитета на 45% обуславливают развитие «эндотоксиновой агрессии», которая поддерживает хроническое течение дерматоза.

ОПУХОЛЬ-АССОЦИИРОВАННЫЕ СИСТЕМНЫЕ АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Ломакина Е.А., заведующий филиалом «Пролетарский» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, к.м.н.

Зарубина Е.В., заведующая II дерматовенерологическим отделением ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Пролетарский»

Чермошнцева О.М., врач-дерматовенеролог ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Пролетарский»

На сегодняшний день выделяют достаточно обширную группу дерматологических синдромов, называемых паранеопластическими, которые являются сигналами развития отдаленного злокачественного новообразования и могут развиваться до постановки диагноза, связанного с онкологией, таким образом, облегчая задачу в ранней диагностике злокачественных опухолей. Особый интерес представляют системные, аутоиммунные заболевания (САЗ), ассоциированные с опухолевыми процессами. В большинстве случаев опухоль-ассоциированные системные заболевания развиваются на фоне уже существующей злокачественной опухоли, но клинически доминирует, особенно в начальный период злокачественного неопластического процесса. Для таких состояний характерно торпидность к проводимому лечению, быстрое прогрессирование, как в отношении клинических периферических проявлений, так и опухолевого процесса. Существование САЗ и неопластических заболеваний может принимать различные формы. В многочисленных клинических исследованиях доказано, что такие аутоиммунные заболевания, как системная склеродермия, склеродермоподобные синдромы и болезнь Рейно могут провоцироваться веществами, секретируемыми опухолевыми клетками, и иммунологическими нарушениями связанными со злокачественными процессами. При этом клинические симптомы аутоиммунных заболеваний доминируют, особенно в начальный период заболевания и зачастую предшествуют клинической манифестации неоплазии, начинаясь одновременно или до диагностики новообразований. Описаны случаи, когда хроническое течение ряда аутоиммунных заболеваний (синдром Шегрена, системная склеродермия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, дерматомиозит), изменяя иммунологическую реактивность организма, в свою очередь стимулировали канцерогенез. Не вызывает сомнения и тот факт, что противоопухолевая терапия может вызывать ревматические болезни, а иммуносупрессивная терапия, применяемая при аутоиммунных системных болезнях, может оказывать канцерогенный эффект. Таким образом, пациенты с длительным или атипичным течением САЗ, с онкологическими болезнями в семейном

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА.

Ломакина Е.А., заведующий филиалом «Пролетарский» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, к.м.н.

Зарубина Е.В., заведующая II дерматовенерологическим отделением ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Пролетарский»

Краснощечкая В.Б., врач-дерматовенеролог ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Пролетарский»

Псориаз является одним из самых распространенных хронических дерматозов, по данным многочисленных исследований до 3% - 7% населения всего земного шара страдает этим заболеванием, при этом отмечается постоянная тенденция к росту заболеваемости. На

сегодняшний день общепризнано определение псориаза, в котором рассматривается аутоиммунная, генетически детерминированная природа заболевания, с многообразием клинических форм и коморбидностей. Не смотря на большое количество современных методов лечения, кардинальной проблемой остается вопрос терапии данного дерматоза. Современные возможности лечения включают четыре направления: наружная терапия, системное лечение, физиотерапевтические воздействия и использование антицитокиновых биологических препаратов. В соответствии с принципом «третьей», предложенным американскими исследователями – две трети приходится на псориаз легкой и среднетяжелой степени тяжести, что в большинстве случаев подразумевает возможность назначения только наружной терапии и одна треть приходится на тяжелый псориаз, когда необходима системная иммуносупрессивная терапия. Безусловно «золотым» стандартом лечения распространенных форм вульгарного псориаза является метотрексат. На основании критериев доказательной медицины метотрексат относится к эффективным препаратам «первой линии» при артропатическом псориазе.

Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов - 11 женщин и 7 мужчины в возрасте от 29 до 60 лет с диагнозом: вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, тяжелое течение: индекс PASI в среднем по группе составил $31,6 \pm 4,3$ балла. У всех пациентов процесс носил торпидный характер, что выражалось в отсутствии эффективности от традиционной медикаментозной терапии. Перед началом терапии все пациенты прошли тщательное обследование: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенологическое исследование грудной клетки, консультации смежных специалистов (терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог). Комплексное лечение включало: инъекции метотрексата в дозе 20мг 1 раз в неделю на протяжении 4 – 5 недель в сочетании с наружной терапией, затем дозу снижали на 5 мг в неделю по 4-5 инъекций.

В результате комплексного лечения у 12 пациентов (66,7%) было достигнуто клиническое излечение - снижение индекса PASI составило 95% и более, у 3 (16,7%) – значительное улучшение - редукция индекса PASI составила 94 - 75 % и у 3 пациентов (16,7%) наблюдалось улучшение процесса - снижение индекса PASI на 74 - 50%. Ни в одном клиническом случае в процессе мониторинга не было выявлено каких-либо побочных эффектов или осложнений от применения комбинированной методики, что говорит о достаточно высокой безопасности метода. Отдаленные результаты наблюдения показали, что у большинства пациентов 55,6% - период ремиссии составил один год и более, у 38,9% - более полугодом.

Таким образом, длительное применение метотрексата с постепенным снижением дозы является высокоэффективным (83,3%), безопасным, патогенетическим методом, позволяющим достичь быстрого регресса симптоматики и осуществлять длительный контроль над заболеванием.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СВЕТОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ (публикация без участия)

Аптикеева Э.Д., Давыдов Ю.В.

Клиника эстетической медицины доктора Обыденнова, Казань

Введение. Инфантильные гемангиомы (ИГ) наиболее распространенные опухоли детского возраста. Встречаются у 1-2% детей в течение первого месяца жизни, отмечается рост в течение первого года жизни. В 70% случаев локализуется на лице и шее, что нередко создает косметический дефект. Многочисленные методы лечения (хирургический, криодеструктивный, радиоволновый, медикаментозный, электрокоагуляция) не всегда высокоэффективны (возможны рецидивы), болезненны, требуют длительного заживления, и часто оставляют различной выраженности рубцовые изменения на коже. В настоящее время передовым и самым эффективным методом лечения сосудистых заболеваний является световая коагуляция. Согласно теории селективного фототермолиза, лазерный луч беспрепятственно проходит сквозь ткань до того момента, пока не достигнет специфического целевого хромофора, чей спектр поглощения соответствует длине волны излучателя.

Цель. Изучение эффективности световых методов лечения ИГ у детей от 2 месяцев жизни до 3 лет.

Материалы и методы. На базе Клиники эстетической медицины доктора Обыденнова за период с 2013 по 2016 год находились на лечении 186 детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет с диагнозом ИГ. Лечение проводилось на лазерном аппарате с помощью излучателя Nd:YAP/Q-sw КТР насадка 3 мм (длина волны 1079/540 нм). Средние параметры плотности энергии составляли 17,07-24,8-31 Дж/см², частота 2-3 Гц, обработка проводилась в сканирующем режиме без перекрытия световых пятен, клинически – до потемнения гемангиомы (фототермический эффект). Интервалы между процедурами составляли 2-3 недели, количество процедур от 5 до 12.

Результаты. Среди обследуемых детей 81% были девочки, 18% – мальчики, из них в возрасте от трех месяцев до одного года 43%, от года до трех лет 57%. Расположение ИГ самое различное, однако чаще на туловище – 67% (в области грудной клетки, на коже рук, ног, на спине, межлопаточной области, на ягодицах), в области головы и шеи в 33% случаев (в затылочной, теменной области волосистой части головы, в области родничка, ротовой области, на коже лба, крыльев носа). Капиллярные гемангиомы составили 12%, сосудистые – 88%. Из них простых оказалось 60%, кавернозных 16% и смешанных 24%. Осветление ИГ было заметно сразу после 1-2 процедур.

Вывод. Световые методы лечения ИГ могут с успехом применяться в любом возрасте, начиная с грудного, при любой кожной локализации сосудистого новообразования, кроме слизистых оболочек, что обусловлено спецификой взаимодействия лазерного излучения с биологической

тканью. Достоинством световых методов лечения ИГ является высокая эффективность, безопасность, безболезненность и малоинвазивность, а также амбулаторные условия проведения процедуры. Важно отметить, что большим преимуществом световых методов лечения является минимальный риск образования рубцовых изменений кожи, травматизации окружающих тканей и сокращение периода реабилитации.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАТТЕРНЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Бизунова М.А., Таганов А.В., Сергеева И.Г.

Новосибирский государственный университет, Новосибирск

В практике врача-дерматолога наиболее распространенными доброкачественными эпителиальными образованиями кожи являются себорейные кератомы, дермальными – акрохордоны, сосудистыми – гемангиомы, разнообразием клинических форм которых приводит к расхождению в диагнозе, определяет важность усовершенствования диагностики и тактики дальнейшего ведения пациентов с новообразованиями кожи. Одним из неинвазивных методов, позволяющим на ранних этапах и без повреждения кожного покрова проводить дифференциальную диагностику, является ультразвуковое сканирование. При этом ультразвуковая картина дает возможность объективного изучения структуры кожного не только качественно, с помощью визуальной оценки ультразвуковой картины, но и количественно, по толщине каждого слоя кожи и уровню его эхогенности.

Цель – выявить ультразвуковые паттерны доброкачественных образований кожи.

Материалы и методы. Методом случайной выборки среди пациентов, обратившихся на прием к дерматологу по поводу образований кожи, были отобраны 65 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет. Проводили осмотр кожных покровов с выявлением всех беспигментных образований. Для подтверждения клинического диагноза проводили обследование с помощью дерматоскопа HeineDelta 20, использовали дерматоскопический алгоритм отличия меланокитарных образований кожи от немеланокитарных, определяли основные дерматоскопические признаки образований. Для дальнейшего ультразвукового исследования использовали образования с однозначной клинической и дерматоскопической картиной, не требующие дифференциальной диагностики. Ультразвуковое сканирование себорейных кератом, акрохордонов и гемангиом проводили на аппарате Skinscanner DUB TPM с датчиком частотой 75 МГц. Глубина сканирования составляла 4 мм, разрешающая способность – 21 мкм. Визуализировали эпидермис и дерму. Измеряли толщину каждого визуализируемого слоя кожи, определяли уровень эхогенности. Определяли топикку залегания образований, характерные ультразвуковые признаки и

преобладание эпидермального, соединительно-тканного или сосудистого компонента. Учитывая индивидуальные особенности ультразвуковой толщины и плотности кожи, для количественной оценки ввели коэффициент соотношения (КС) показателей сканограммы в области образования по отношению к показателям на расположенных рядом здоровых участках кожи.

Результаты и обсуждение. На сканограмме себорейного кератоза визуализируется образование, возвышающееся над поверхностью кожи, с неравномерно утолщенным (КС=1,97±0,45), гиперэхогенным эпидермисом (КС=1,89±0,54), в котором встречаются гипозоногенные участки округлой формы. Под эпидермисом определяется гипозоногенная область (КС=0,43±0,14) на всю глубину дермы (КС=1,25±0,15), отчетливее выраженная в области утолщения эпидермиса, представляющая собой акустическую тень. Визуализируется преобладание эпидермального ультразвукового компонента. На сканограмме акрохордона визуализируется образование на узком основании, расположенное над поверхностью кожи. В области образования определяется утолщенный эпидермис (КС=1,82±0,47) с прерывистым контуром и преимущественно гиперэхогенными участками (КС=2,05±0,67). В пределах образования структура дермы неоднородна с чередованием нормозоногенных и гипозоногенных областей (КС=0,42±0,15). Под образованием на уровне поверхности кожи определяется эпидермис, приближающийся по структуре к эпидермису здоровой кожи, под которым визуализируется гипозоногенная зона, являющаяся акустической тенью. Визуализируется преобладание соединительно-тканного ультразвукового компонента. На сканограмме гемангиомы визуализируется образование, возвышающееся над поверхностью кожи, с четким латеральным отграничением. В области образования эпидермис неравномерно утолщен (КС=1,49±0,25), определяются гиперэхогенные участки округлой формы (КС=1,45±0,29). В дерме определяется неравномерно гипозоногенная область (КС=0,65±0,13), представляющая собой зоны расширенных сосудистых структур. Визуализируется преобладание сосудистого ультразвукового компонента. Выводы. Таким образом, ультразвуковое сканирование с использованием датчика с частотой 75 МГц позволяет дифференцировать эпителиальные, дермальные и сосудистые формы доброкачественных образований кожи за счет определения экзогенности, толщины, топика залегания образования и преобладания эпидермального, соединительно-тканного или сосудистого компонента.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИИ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ

Деева Н.В., Сергеева И.Г.

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

Телогеновая алопеция является гетерогенным заболеванием, среди выпадения волос с преждевременным вступлением в фазу телогена выделяют «аутоиммунную» алопецию. Этиопатогенез телогеновой алопеции при аутоиммунном тиреоидите (АИТ) до конца не изучен. Аппаратная диагностика волос позволяет объективно оценить клиническую картину

заболевания, помогает в мониторинге лечения алопеции и оценке его эффективности.

Цель исследования: изучить особенности телогеновой алопеции у пациенток с АИТ.

Материалы и методы. В исследование включена 51 женщина, средний возраст 31,5 ± 10,0. В 1 группу вошли 22 пациента с телогеновой алопецией и АИТ; во 2 группу – 18 пациентов с телогеновой алопецией, без АИТ; в 3 группу – 11 женщин без телогеновой алопеции, без АИТ. Аппаратную диагностику волос проводили с помощью прибора со встроенной микровидеокамерой с увеличительными линзами x100 и x400. Датчик для измерения устанавливали на кожу волосистой части головы. Густоту и толщину волос измеряли в теменной, височной и затылочной областях. Густота волос в норме больше 100 волос/см², толщина волос в норме больше 50 мкм. Результаты. Густота волос в теменной области в 1, 2 и 3 группах составила 167,7 ± 51,0; 162,3 ± 16,8; 183,7 ± 35,0 волос/см² соответственно; в височной области – 118,3 ± 53,0; 110,9 ± 32,9; 167,3 ± 46,0 волос/см² соответственно; в затылочной области – 178,7 ± 48,8; 153,9 ± 39,3; 189,5 ± 35,1 волос/см² соответственно. Густота волос достоверно меньше у пациентов 1 и 2 групп, чем у пациентов 3 группы в височной области (P < 0,05). Толщина волос у пациентов 1, 2 и 3 групп в теменной области составила 52,6 ± 9,2; 59,6 ± 12,6; 61,7 ± 10,8 мкм соответственно; в височной области – 48,2 ± 9,1; 49,3 ± 10,0; 62,9 ± 10,4 мкм соответственно; в затылочной области – 49,4 ± 7,9; 48,6 ± 9,5; 64,5 ± 11,7 мкм соответственно. Толщина волос достоверно меньше у пациентов 1 и 2 групп, чем у пациентов 3 группы в височной и затылочной областях (P < 0,01). При сравнении волос у пациентов 1 и 2 групп статистически достоверной разницы не обнаружено. Поредение волос (меньше 100 волос/см²) чаще наблюдали у пациентов 2 группы в височной области – у 11 (61,1%) и в затылочной области – у 9 (50,0%). Истончение волос (меньше 50 мкм) чаще встречали у пациентов 1 группы в теменной – у 7 (31,8%), височной и затылочной областях – по 9 (40,9%).

Выводы. Трихоскопическая картина телогенового выпадения волос характеризуется уменьшением густоты волос в височной области, толщины волос в височной и затылочной областях, независимо от наличия или отсутствия АИТ.

КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА И ВИТАЛИЗАЦИЯ – БЕЗОПАСНОЕ И ЭФФЕКТИВНОЕ СОЧЕТАНИЕ. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Закирова Г.Ш., Гладько В.В., Губанова Е.И., Вавилова А.А., Журавель М.В.

Национальный институт медико-социальных технологий, Клиника превентивной медицины «Валлекс Мед», Москва

Три метода – ботулинотерапия, контурная пластика и витализация – теперь широко и успешно используются не только с терапевтической целью, но и для профилактики возрастных изменений. Разнообразие на эстетическом рынке препаратов для контурной пластики и биоревитализации делает особо важным наличие доказательной базы при выборе того или иного вида терапии. Обоснованный

выбор методов и последовательности проведения процедур позволяют составлять безопасные протоколы комбинированной коррекции, максимально адаптированные к проблемам и мотивам каждого пациента. Новая линейка филлеров БиоМиалВел (BioMialvel, BloomageBioTech, China) зарегистрированные в 2015 году в РФ, включает 4 препарата различной вязкостис концентрацией стабилизированной ГК 20 мг/мл, предназначенные для коррекции морщин и складок, наполнения губ, витализации (улучшение витальности дермы, повышения ее эластичности и увлажненности) кожи лица, шеи, декольте и рук.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность препаратов линейки БиоМиалВел у женщин старше 30 лет на основании ближайших и отдаленных результатов коррекции морщин и складок, курса витализации кожи лица и шеи.

Материалы и методы: с марта по декабрь 2016 г. под клиническим наблюдением находилось 35 женщин в возрасте 30-65 лет, удовлетворяющих критериям включения и исключения. Медицинские препараты линейки БиоМиалВел (БиоМиалВел для глубоких морщин, БиоМиалВел для мелких морщин, БиоМиалВел для губ и БиоМиалВел для витализации) в количестве от 1 до 4 мл были введены в область лица в зависимости от корректируемых зон по желанию пациентов. Пациентам, неудовлетворенным первоначальным результатом, через месяц с целью докоррекции, были проведены повторные инъекции. Пациенткам из общей группы в количестве 10 человек, дополнительно в кожу лица и шеи внутрикожно трехкратно с интервалом один месяц, вводился препарат для витализации (увлажнение, коррекция мелких морщин). Ближайшие результаты оценивались после 3 процедур – М03, отдаленные результаты после 6 месяцев – М06). Проводилась оценка качественных характеристик кожи, инструментальная оценка функциональных показателей в группе с витализирующим лечением кожи.

Результаты исследования: 1. Серьезных нежелательных явлений (НЯ) после проведенных процедур отмечено не было. Все ожидаемые НЯ на коже после инъекционной процедуры самопроизвольно разрешались в течение 1-7 дней, были выражены в легкой степени: экхимозы, петехии, покраснение, отечность, болезненность, зуд и контурирование препарата, герпес губ. У 1 пациентки зарегистрированы акнеподобные элементы в зоне инъекций, еще у одной пациентки – в течении 3 месяцев наблюдения беспокоила легкая болезненность при надавливании в области правой скулы, в точке введения иглой препарата для глубоких морщин. По УЗ-исследованию мягких тканей лица и костных структур признаков патологии не обнаружено. Возможно субъективное ощущение болезненности было связано с «памятью травмы» (болезненность во время прокола иглой). 2. Показано статистически значимое улучшение вязко-эластических показателей кожи после курса трех процедур внутрикожных инъекций стабилизированной гиалуроновой кислоты: повышение эластичности кожи и увлажненности эпидермиса лица и шеи. Показатель корнеометрии лица по сравнению с Д01 на Виз М03 увеличился на 15,8% с 49,8±5,5 до 57,7±9,16 и, на Виз М06 – на 15,0% от исходного и составил 57,3± 8,23; Шеи – соответственно. Показатель кутометрии Лицо на Виз М03 увеличился на 6,9 % с 57,8±5,7 до 61,8±4,07, на Виз М06 – на 4,9% от исходного и составил 60,6±4,29); Шеи – на Виз М03 –7,3% с 51,6±5,52 до 55,4±5,8, на Виз М06 – на 7,0% и составил 55,2±4,48. 3. При сравнении эффективности

коррекции филлерами в группах, получающих монотерапию и сочетанную, отмечено статистически значимое снижение величины сохранности эффекта в обеих группах, но менее выраженное в группе с курсом витализации к 6 месяцу наблюдения.

Выводы. Изученные в проспективном 6-месячном исследовании препараты линейки БиоМиалВел продемонстрировали высокую эффективность, хорошую переносимость и безопасность продуктов в коррекции возрастных изменений кожи лица и шеи. Сочетанное применение филлеров с курсом витализации оптимизирует результаты контурной пластики лица, пролонгирует эффективность коррекции, улучшая качественные характеристики кожи.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 755 НМ И 1064 НМ В ТЕРАПИИ НЕОПУХОЛЕВЫХ МЕЛАНИНОВЫХ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЙ КОЖИ

Иконникова Е.В.

Центральная государственная медицинская академия, Москва

Введение. Меланин в организме человека, в первую очередь, отвечает за цвет кожных покровов, волос и цвет глаз. Тем не менее аномальное накопление меланина (меланиновый тип гиперпигментации) приводит к ряду дерматологических проблем, таких как солнечные лентиго (возрастные пятна), мелазма, эфелиды (веснушки). Эти состояния, а также посттравматическая гиперпигментация, в ряде случаев являясь косметическим дефектом, в значительной степени снижают качество жизни пациента. Лечение гиперпигментаций часто является довольно сложной задачей. Недостаточно клинических данных контролируемых сравнительных исследований для формирования эффективного алгоритма терапии для обеспечения эффективности, долговечности результата и безопасности лазерной терапии гиперпигментаций.

Целью настоящего исследования явилось сравнение эффективности и безопасности терапии неопухолевых меланиновых гиперпигментаций кожи неодимовым (1064 нм) и александритовым (755 нм) лазерами с модуляцией добротности с низкой величиной флюенса.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 15 пациентов (12 женщин и 3 мужчины) в возрасте от 27 до 65 лет с неопухолевыми гиперпигментациями кожи на обеих сторонах лица (солнечные лентиго, эфелиды, мелазма, посттравматическая гиперпигментация), тип кожи I-III. Пациентам проводилась терапия гиперпигментаций неодимовым лазером (1064 нм) на одну половину лица и александритовым лазером (755 нм) на другую половину в рамках одной процедуры. Всего было проведено 4 процедуры с недельным интервалом. Параметры лазерного излучения не изменялись в течение исследования и составляли: неодимовый лазер (1064 нм) - пятно 10 мм, величина флюенса 2-3 Дж/см², частота 5 Гц, количество проходов от 1 до 7 до появления легкой эритемы; александритовый лазер (755 нм) – пятно 10 мм, величина флюенса 2-3 Дж/см², частота 5 Гц, количество

проходов от 1 до 3 до появления легкой эритемы. Клиническая эффективность результатов лазерной терапии гиперпигментаций кожи лица оценивалась с помощью модифицированной шкалы IGA (оценка общей интенсивности гиперпигментации по пятибалльной шкале (от 0 – чистая кожа, до 5 – очень интенсивная пигментация), фотографирования пациентов и дерматоскопии.

Результаты исследования. У всех пациентов обе стороны лица после проведенного курса лазерной терапии показали значительное улучшение по шкале IGA и были сопоставимы друг с другом. До проведения терапии неодимовым лазером (1064 нм) параметр IGA составлял $1,9 \pm 0,5$; после проведенной терапии значения IGA стали ниже на 36,8% и достигли $1,2 \pm 0,2$. До проведения терапии александритовым лазером (755 нм) параметр IGA составлял $1,8 \pm 0,4$; после проведенной терапии значения IGA стали ниже на 34,1% и достигли $1,0 \pm 0,3$. По данным дерматоскопии и фотографирования была подтверждена клиническая эффективность обоих методов терапии. Лазерная терапия переносилась пациентами удовлетворительно на обеих сторонах лица. Побочные эффекты не наблюдались.

Выводы. Терапия неодимовым лазером (1064 нм) и александритовым лазером (755 нм) с низкой величиной флюенса оказалась одинаково эффективной в терапии неопухолевых меланиновых гиперпигментаций кожи и показала высокий профиль безопасности.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПАПИЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В СОЧЕТАНИИ С КОМОРБИДНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Исаева Д.Р.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

На современном этапе актуальным является неуклонный рост инфицирования и распространенности папилломавирусной инфекции (ПВИ), контактируемость и доказанная онкогенность. Все эти факты – существенные причины для детального изучения эпидемиологических и клинических особенностей ПВИ. Распространенность вирусных бородавок изучалась во многих отечественных и зарубежных исследованиях, однако работ по изучению сочетания ВПЧ – инфекции и соматических патологий пока нет. Хотя очевидным является тот факт, что различные заболевания утрачивают свой моноэтиологический характер, приобретая статус коморбидности. На практике коморбидности при подошвенных бородавках диагностируются примерно в одной трети случаев, особенно часто такие проблемы отмечаются у пациентов пожилого возраста.

Цель. Провести анализ анамнестических и клинических особенностей пациентов с ВПЧ-ассоциированными поражениями кожи, изучить частоту сочетания папилломавирусного поражения кожи стоп с коморбидными патологиями.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение пациентов, страдающих ПВИ кожи (ладонно-подошвенные

и ювенильные бородавки), обратившихся в Центр вирусной патологии филиал «Бабушкинский» МНПЦДК ДЗМ за период 2014–2016 гг. В анализ включены 553 истории болезни пациентов с диагнозом вирусные бородавки, В 07 по МКБ. Всем пациентам проведено обследование и оценка общего состояния здоровья, направленные на выявление коморбидных заболеваний.

Результаты. Пациенты с диагнозом Вирусные бородавки по полу и возрасту распределены следующим образом: 47,5% пациентов мужского пола и 52,5% – женского. Медиана возраста составила 25,4 лет (от 1 до 80 лет; 0-17 лет – 38,0%; 18-29 лет – 28,6%; 30-39 лет – 16,3%; 40 лет и старше – 17,1%). Наиболее частая локализация поражений при диагнозе Вирусные бородавки – стопы (58,59%) и кисти и предплечья (32,37%), лицо/шея (9,04%). В центре нашего внимания оказался вопрос сочетания подошвенных бородавок и соматических патологий, оказывающих влияние на функциональное состояние кожи стопы. Среди пациентов с подошвенными бородавками 36,73% имели коморбидную патологию. Отметим, что анализ коморбидных состояний проводился только у пациентов старше 18 лет. Ключевыми коморбидностями при ПВИ подошвенной локализации являются венозная недостаточность и нарушение лимфообращения; деформации стопы – вальгусная деформация стоп, поперечное и продольно-поперечное плоскостопие; инфекционные заболевания: онихомикоз и дерматофития стоп; соматические патологии: аутоиммунный тиреоидит, бронхиальная астма, сахарный диабет, ожирение; воспалительные артриты (ревматоидный и подагрический); кератодермии, иммунодефицитные состояния.

Выводы. Согласно проведенному нами анализу, коморбидная патология наблюдалась у 36,73% больных. Диагностика имеющихся соматических заболеваний крайне необходима для выбора лечебной тактики, которая может коренным образом отличаться у здоровых пациентов с вирусными бородавками и у пациентов, имеющих вирусные образования с присоединением коморбидных заболеваний. Выделять коморбидности необходимо с целью профилактики или своевременной коррекции имеющейся патологии, а также поможет избежать осложнений течения заболевания и терапии.

О СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ УВЛАЖНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С АКНЕ

Кашаева А.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1, Уфа

Акне (acne vulgaris) – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. На сегодняшний день акне является одним из самых распространенных дерматологических проблем. По статистике, данным заболеванием страдает более 80% людей в возрасте от 12 до 25 лет, и более 30% страдают лица старше 25 лет. При лечении акне легкой и средней степени тяжести применяют топические ретиноиды – адапалены. При наружном применении последние оказывают

антисеборейное, себостатическое, противовоспалительное и самое главное – кератомодулирующее действие.

Целью данного исследования являлось сравнительное изучение эффективности применения топического ретиноида – адапалена совместно с эмолентами при лечении акне средней степени тяжести.

Материалы и методы. В исследование включено 50 пациентов обоего пола со средней степени тяжести акне в возрасте от 18 до 26 лет, находившихся на стационарном исследовании в 3 дерматологическом отделении ГАУЗ Республиканский кожно-венерологический диспансер №1 г. Уфы в 2016 г. Длительность заболевания составляла от 1 до 5 лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы методом конвертов по 25 пациентов в каждой. В 1 группу (опытная) вошли пациенты, получавшие терапию по схеме адапален + эмомент, во 2 группу (контрольная) – только адапален. Степень тяжести выставлялся по критериям ДИА (дерматологический индекс акне). Уровень увлажненности кожи у пациентов с акне определялся по показателям корнеометрии. Оценка проводилась до начала лечения, на 30 и 60 сутки.

Результаты и обсуждение. Исходное значение индекса ДИА в 1 группе и 2 группе были сопоставимы ($9,46 \pm 1,02$ и $9,52 \pm 0,95$ соответственно). К концу первого месяца лечения у пациентов 1-й группы наблюдалось снижение индекса ДИА до $6,44 \pm 0,69$ балла, во 2-й группе – до $7,30 \pm 0,57$ балла. Ко второму месяцу терапии динамика показателей индекса ДИА имели статистически достоверные различия ($p < 0,05$) у пациентов обеих групп: у 1-й группы – $2,84 \pm 0,42$ балла, у 2-й – $4,82 \pm 0,51$ балла. Исходное значение показателей корнеометрии до лечения в 1 группе и 2 группе также были сопоставимы ($28,7 \pm 2,46$ и $29,8 \pm 1,35$). К концу первого месяца лечения у пациентов 1- и 2 группы наблюдалось статистически значимое ($p < 0,05$) повышение показателей корнеометрии ($46,1 \pm 1,32$ и $42,2 \pm 1,37$ соответственно). К концу второго месяца терапии также наблюдалось статистически значимое ($p < 0,05$) повышение показателей корнеометрии ($54,4 \pm 1,52$ и $49,8 \pm 1,02$ соответственно). Побочных эффектов выявлено не было.

Вывод. Таким образом, в ходе данного исследования была доказана эффективность и безопасность комплексного применения адапалена и эмоленга при акне средней степени тяжести, повышающее качество жизни пациента. Выявлено, что добавление в схему лечения эмоленгов позволяет снизить побочный эффект адапалена, а именно – сухость кожи.

ДИКЖ И СДИКЖ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ (публикация без участия)

Королева Т.В., Круглова Л.С.

Детский медицинский центр, Центральная государственная медицинская академия, Москва

Атопический дерматит (АтД) – генетически обусловленное хроническое иммунонейроаллергическое заболевание кожи, стартующее в раннем детском возрасте и значительно влияющее на качество жизни как самих пациентов, так и их

родителей. Распространенность данной патологии у детей в мировой практике неуклонно растет и составляет от 2 до 30%. Для АтД характерно стадийное течение, клинический полиморфизм, психогении, а также неконтролируемые рецидивы, сопровождающиеся внезапным началом, сильным зудом, особенно в ночной период, присоединением вторичной инфекции. Это приводит к увеличению социально дезадаптированных больных, когда нарушается привычный для семьи и ребенка образ жизни, возникают трудности в общении со сверстниками, в выборе рода деятельности, профессиональной дезориентации. В этой связи возникает необходимость совершенствования системы организации медицинской помощи семьям, где имеются больные АтД.

Цель исследования: оценить изменения дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и семейного дерматологического индекса качества жизни (СДИКЖ) при использовании комбинированных физиотерапевтических методов в медицинской реабилитации детей, страдающих АтД. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 12 пациентов, из них 6 девочек (3-13 лет) и 6 мальчиков (7-15 лет). Длительность медицинской реабилитации составила 2 недели. Все больные оценивались клинически, а так же использовались шкалированные методики «Дерматологический индекс качества жизни» и «Семейный дерматологический индекс качества жизни». В зависимости от возраста, пациенты получали электросон-терапию, бальнеотерапию, аэроионотерапию, поляризованный полихроматический свет. Дети и их родители имели ежедневное сопровождение психолога с первоначальной консультацией и тестированием детского психотерапевта. Родители прослушивали ежедневные лекции на тему «Атопический дерматит».

Результаты. В ходе медицинской реабилитации все пациенты отмечали значительное снижение зуда, что позволило приобрести качественный ночной сон, что, в свою очередь, привело к улучшению общего состояния, концентрации внимания, повышению активности и увеличению ДИКЖ (снизился в 2,1 раз). Родители, имея понимание диагноза, стали выстраивать отношения с ребенком, страдающим АтД, что позволило повысить СДИКЖ (снизился в 2,7 раза). Клиническая ремиссия при выписке была достигнута у 11 из 12 пациентов. У 1 ребенка отмечались неконтролируемые вспышки АтД, что было связано с суперинфекцией *S.aureus*. Выводы. Изменения показателей ДИКЖ и СДИКЖ показывают, что при проведении медицинской реабилитации детей, страдающих АтД, и обучении их родителей эффективность медицинской реабилитации крайне высока.

НК-КЛЕТочная бластная лимфома ПОД «МАСКОЙ» СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ (публикация без участия)

Крючкова И.В., Филимонов П.Н., Титенко А.В., Сергеева И.Г.

Клиника иммунопатологии НИИФКИ, Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза, Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск

НК-клеточная бластная лимфома – онкологическое заболевание, в основе которого лежит злокачественная моноклональная пролиферация клеток дендроцитарного ряда. Впервые было опубликовано в 1994 году в работах Adachi и соавторов. Это редкая нозология, в литературе описано не более 150 случаев заболевания. Наиболее частый дебют НК-клеточной бластной лимфомы – высыпания на коже.

Пациентка, 39 лет. Предъявляет жалобы на слабость, недомогание, головную боль, миалгию, высыпания на коже. На момент осмотра (сентябрь, 2016 год): множественные папулы синюшного цвета с четкими границами, выступают над поверхностью кожи, отек голеней. В мае 2016 года при плановом осмотре выявлена лейкопения $1,9 \cdot 10^9/\text{л}$, анемия. В июле 2016 года на фоне курса лечения хламидиоза антибиотиками появились высыпания папулезного характера на коже голеней и предплечий, слабость, недомогание. Стернальная пункция, трепанобиопсия: без патологии. Выставлен диагноз системного васкулита. Лечение: метипред 25 мг в/в №4, преднизолон 25 мг/сут внутрь – без эффекта. В сентябре 2016 состояние ухудшилось, высыпания приняли распространенный характер, появились головная боль, миалгия. Гистологическое исследование кожно-мышечного лоскута показало следующие данные: во всех слоях кожи массивный мноморфный инфильтрат клеток среднего размера с умеренно-полиморфноядерным дисперсным хроматином, узкой цитоплазмой. Нуклеолы четкие, в части клетки значительное количество митозов. Признаков эпидермотропизма нет. Иммунофенотип: CD20-, PAX5-, CD3-, CD4+, CD5-, CD7-, CD8-, CD3-, CD25-, CD56+ + +, TdT-, SA00+, GranzymeB-, пролиферативная активность Ki67+ 70%. Фон: субдермально, вне основного инфильтрата встречаются мелкие скопления CD3+, CD5+, CD7+ Т-лимфоцитов, единичные Granzymes B+. Диагноз: НК-клеточная бластная лимфома. Лечение: аллопуринол 200 мг 3 р/сут, преднизолон 5 мг с умеренно положительной динамикой. Несмотря на установленный факт, что НК-клеточная бластная лимфома дебютирует преимущественно с появлением распространенных плотных папул/узлов от бледно-розового до красно-синюшного цвета, диагностика данного заболевания представляет трудность для врачей. Данный клинический случай демонстрирует один из возможных диагнозов для дифференциальной диагностики – диагноз системного васкулита.

ЛАЗЕРОФОРЕЗ БИОТИНА В ЛЕЧЕНИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ОНИХОДИСТРОФИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ КИСТЕЙ

Мерзликина Н.А., Шахнович А.А.

*Центральная государственная медицинская академия
Управления делами Президента РФ, Москва*

Введение. Ониходистрофия – трофическое изменение ногтевой пластинки, ногтевого ложа и ногтевого валика. Более чем в 40 % случаев ониходистрофии носят неинфекционный характер и причины их возникновения чрезвычайно разнообразны. Изменения ногтей могут возникать в результате заболевания

внутренних органов, нервно-психических, эндокринных и других системных заболеваниях, могут быть результатом пороков развития или наследственной патологии, следствием бытовых травм и профессиональных заболеваний, но наиболее распространенной причиной неинфекционных ониходистрофий являются дерматозы (псориаз, экзема, красный плоский лишай и др.). Терапия данной патологии является в настоящее время актуальной медико-социальной задачей. В последние годы большое внимание уделяется разработке технологий физиотерапевтических методов, и в частности светолечение. Исследованиями установлено, что важная роль в механизмах реализации действия лазерного излучения принадлежит адаптивным системам организма: иммунной, центральной и вегетативной нервной системам, антиоксидантной, эндокринной, нарушения в регуляции которых и приводят к снижению функциональных резервов. Механизм действия лазерного излучения включает местные реакции, рефлекторные реакции и генерализованные. Поглощаясь структурными элементами тканей в очаге воздействия, лазерное излучение избирательно активирует молекулярные комплексы биологических тканей, усиливает процессы метаболизма, изменяет физико-химические свойства клеточных мембран. Все это приводит к стимуляции пластических процессов.

Цель. Оценить терапевтическую эффективность лазеротерапии с использованием инфракрасного низкоэнергетического лазерного излучения (ИК НЛИ) в импульсном режиме при неинфекционных ониходистрофиях у больных с хронической экземой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов (6 мужчин и 19 женщин) с ониходистрофиями с установленным диагнозом хроническая экзема вне обострения. Для исключения инфекционного процесса в ногтевых пластинках пациентам были проведены 3-кратное микроскопическое и однократное бактериологическое (культуральное) исследования. Средний возраст пациентов составил $34,2 \pm 5,6$ года, а длительность заболевания $-3,5 \pm 0,7$ года. Изменения ногтевых пластинок были представлены волнообразными деформациями, койлонихиями, онихошизисом, онихолизисом и трахионихиями. С целью улучшения микроциркуляции и стимуляции трофических процессов всем пациентам проводили фотофорез препарата, содержащего биотин, который наносили на область проекции ногтевого ложа и затем осуществляли воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением инфракрасного диапазона (ИК НЛИ) с длиной волны 0,89 мкм. Процедуры осуществлялись от аппарата «Узор – А – 2К», с частотой 1500 Гц, при импульсной мощности 4-6 Вт/имп, по контактно – лабильной методике, по 1 минут на поле, на курс – 15 ежедневных процедур. Физиотерапевтические процедуры проводились на фоне медикаментозной терапии, соответствующей медицинским стандартам при данной патологии. Для оценки тяжести течения заболевания и эффективности проводимой терапии у наблюдаемых пациентов использовался модифицированный индекс NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index) и дерматологический индекс качества жизни пациента (ДИКЖ). Данные показатели оценивались до лечения и через 4 и 6 месяцев от начала терапии. Оценка физического, психоэмоционального состояния пациентов, а также комфортности проводимого лечения оценивалась с помощью индекса качества жизни.

Результаты. До лечения индекс NAPS1 у пациентов составил $33,4 \pm 7,2$ балла. Индекс качества жизни – ДИКЖ – в среднем по группе составил $14,8 \pm 1,4$ балла. Через 4 месяца индекс NAPS1 снизился на 36,2% и составил в среднем $21,3 \pm 4,5$ балла, через 6 месяцев от начала лечения индекс NAPS1 в среднем по группе больных составил $13,1 \pm 3,6$ балла (снижение на 60,8%). В соответствии с показателями, отражающими клиническое течение заболевания, улучшалось качество жизни пациентов, так ДИКЖ через 4 месяца снизился на 30,4% и составил $10,3 \pm 2,8$ балла, а через 6 месяцев на 56,1% и составил $6,5 \pm 1,3$ баллов. Обсуждение. Включение в комплексное лечение больных неинфекционными ониходистрофиями при хронической экземе лазеротерапии с использованием инфракрасного низкоэнергетического лазерного излучения (ИК НЛИ) в импульсном режиме позволяет повысить эффективность терапии, что положительно влияет на качество жизни пациентов.

ПЕРИПОРАЛЬНЫЙ КЕРАТОЗ ГАНСА; КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ

Назаренко А.Р., Миченко А.В.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Ладонно-подошвенные кератодермии представляют собой гетерогенную группу заболеваний наследственного или приобретенного происхождения, в клинической картине которых присутствует аномальное утолщение рогового слоя эпидермиса преимущественно в области ладоней и подошв. В странах Евросоюза заболеваемость кератодермиями составляет 1:2500 человек. Ряд исследований указывает на потенциальную связь возникновения заболеваний этой группы с климатическими и географическими условиями. Следует отметить, что эти заболевания чаще встречаются у женщин, манифестация высыпаний не связана с сезонностью и возрастом пациентов. Перипоральный кератоз Ганса является крайне редко встречающейся очаговой формой ладонно-подошвенной кератодермии. Тип наследования не установлен. Некоторые авторы рассматривают перипоральный кератоз Ганса как вариант позднего невуса. По клинической картине перипоральный кератоз Ганса очень близок к рассеянной кератодермии Брауэра и пятнистой диссеминированной кератодермии Бушке-Фишера: на коже ладоней и подошв формируются мелкие, плотные роговые узелки, приуроченные к устьям потовых желез, напоминающие пробки, после отторжения которых остаются кратерообразные углубления, постоянно заполняющиеся новыми роговыми массами. Высыпания могут сопровождаться ладонно-подошвенным гипергидрозом. Гистологически признаками перипорального кератоза Ганса являются гиперкератоз вокруг устьев выводных протоков потовых желез, атрофия прилегающего эпидермиса, истончение сосочкового слоя дермы. Поскольку высыпания могут манифестировать в подростковом и взрослом возрасте, дифференцировать перипоральный кератоз Ганса следует с приобретенными кератозами и кератодермиями (мышьяковый кератоз, идиопатическая

точечная ладонно-подошвенная кератодермия, идиопатическая филиформная порокератотическая ладонно-подошвенная кератодермия) и врожденными формами точечных кератодермий: акрокератоэластозом Косты, диссеминированной пятнистой кератодермией Бушке-Фишера и рассеянной кератодермией Брауэра. Последние две формы в настоящее время некоторые авторы объединяют в болезнь Бушке-Фишера-Брауэра, что обосновано, в том числе обнаружением ряда мутаций в одном гене AAGAB. Пациентка Б., 52 лет, обратилась в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ с жалобами на высыпания на коже ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп. Из анамнеза известно, что высыпания впервые возникли в возрасте 25 лет без видимой причины в виде точечных участков утолщения кожи, напоминающих омололости. Пациентка за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с применением ванночек и механического удаления участков гиперкератоза. Известно, что у отца пациентки имеются аналогичные высыпания на коже ладоней и стоп, манифестировавшие в возрасте 22 лет. Отмечается тенденция к увеличению размера очагов и выраженности гиперкератоза с возрастом, как у отца, так и у дочери. Бабушка пациентки по линии отца страдала от аналогичных ладонно-подошвенных высыпаний. При осмотре патологический кожный процесс локализуется симметрично на коже ладоней и подошв. Высыпания представлены плоскими очагами гиперкератоза желтоватого цвета округлых очертаний, размерами от 2 до 5 мм на коже ладоней и от 5 до 8 мм на коже подошв. Очаги поражения равномерно распределены по всей площади ладоней и подошв. При удалении роговых масс остается кратерообразное углубление. Потоотделение не нарушено. Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены. От предложенного патоморфологического исследования пациентка отказалась в связи с необходимостью сохранения трудоспособности (работает массажистом). Актуальность клинического случая обусловлена тем, что перипоральный кератоз Ганса является крайне редко встречающейся очаговой формой ЛПК. Своевременная диагностика перипорального кератоза Ганса и выбор оптимальной тактики лечения позволяют достигать хорошие исходы максимально быстро и своевременно.

СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА: ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ (публикация без участия)

Передельская М.Ю., Ненашева Н.М.

Городская клиническая больница №52, Москва

В клинической практике врача аллерголога приходится сталкиваться с пациентами, страдающими от проявлений лекарственной аллергии. В большинстве случаев это больные с различного вида экзантем, крапивницей и ангиоотеками. Однако у некоторых больных развиваются тяжелые формы лекарственной болезни: многоформная экссудативная эритема, токсический эпидермальный некролиз, DRESS и AGEP синдромы, которые могут представлять угрозу для жизни пациента. Одним из проявлений лекарственной аллергии

может быть многоформная экссудативная эритема – или синдром Стивенса Джонсона. Основными проявлениями данного заболевания являются эритематозные высыпания на теле, с формированием пузырей и поражением слизистых оболочек любой локализации. У пациентов данное заболевание может носить различный характер и поражать от одной до нескольких слизистых. В клинику аллергологии по каналу скорой медицинской помощи поступил пациент С. 44 года с жалобами на боли в области мошонки, болезненность в полости рта, высыпания на кистях, и веках, стопах.

Из анамнеза: пациент в течение длительного времени периодически употребляет алкоголь. В возрасте 30 лет кодировался, однако употребление алкоголя продолжил. Около 2 лет назад употреблял алкоголь в течении нескольких дней, в связи с чем обратился к наркологу, проводилась дезинтоксикационная терапия, с этого же времени после выходы из запоя стал отмечать эпизоды потери сознания, которые были расценены как вторичная эпилепсия, по поводу чего был назначен карбомазепин. Тогда же пациент отмечал появление высыпаний на губах и на кистях рук, высыпания имели пузыри. Тогда же после выхода из запоя и с началом приема препаратов (назначенных наркологом) у пациента появились пузырьковые высыпания на кистях, высыпания в полости рта, в области мошонки. Купированы в течение 2 недель, за медицинской помощью не обращался. В дальнейшем в апреле 2014 года так же по поводу злоупотребления алкоголем обращался в наркологическую больницу, где проводилась инфузионная терапия, а так же в качестве терапии использовался карбомазепин. На этом фоне аналогичные высыпания. По выписке рекомендовано не использовать витамины группы В. Последний эпизод после употребления алкоголя в течение трех дней, 27.08.14 проводилась дезинтоксикационная терапия, назначенная наркологом (внутривенное введение препаратов, а также прием сонопкс, феназепам, и карбомазепин), 28.08.2014 вновь употреблял алкоголь, вновь проводилось внутривенное введение препаратов и продолжен прием таблетированных препаратов, указанных ранее. 29.08.2014 появились высыпания пузырькового характера на кистях, затем в области мошонки, век и рта. В связи с ухудшением состояния госпитализирован. Карбомазепин – это препарат, который широко применяется в лечении эпилепсии, невралгии тройничного нерва, алкогольной абстиненции. Также известно, что приблизительно у 10% пациентов препарат вызывает развитие кожных аллергических реакций, эти реакции варьируют по степени тяжести от макуло-папулезной сыпи до развития синдрома Стивенса-Джонсона, токсического эпидермального некролиза, описаны так же случаи развития DRESS синдрома. Считается, что во многом реакции гиперчувствительности на карбомазепин обусловлены генетическими причинами, доказана связь с некоторыми аллелями главного комплекса гистосовместимости. В ряде стран рекомендован скрининг на HLA-B*15:02 и HLA-A*31:01, однако имеются некоторые особенности распределения риска возникновения карбомазепин-индуцированных реакций гиперчувствительности в зависимости от национальности, так HLA-B*15:02 чаще связан с развитием реакция у групп кавказского, японского, корейского, китайского и смешанного происхождения. В то время как HLA-A*31:01 универсален для всех национальных групп.

РАЗРАБОТКА АВТОМАТИЧЕСКОЙ РУЧКИ-ИНЪЕКТОРА БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА «ВОТОРЕН»

Петина А.М., Жучков М.В.

Рязанский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Рязань

Цель выполнения. Изучение теоретических основ и возможностей для последующего создания и внедрения автоматической ручки – инъектора «Votoren», в клиническую практику и на потребительский рынок. Назначение научно-технического продукта. Автоматическая ручка-инъектор «Votoren» позволяет пациентам с мимическими морщинами самостоятельно проводить инъекции ботулинического токсина типа А (БТ-А) в целях коррекции мимических морщин лица в домашних условиях.

Научная новизна. В настоящее время в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Косметология», инъекции БТ-А являются самыми востребованными вмешательствами. Инъекции производятся только в косметологических центрах самими врачами. Правового обоснования для проведения таких малоинвазивных манипуляций не существует, т.к. в соответствии с порядком оказания косметологической помощи, утвержденным приказом Минздрава РФ, перечень косметологических процедур, которые могут осуществляться в центрах, имеющих лицензию на оказание первичной специализированной медико-санитарной мед. помощи по профилю «косметология» в амбулаторных условиях, не определен. Стандарта по оказанию такого вида комплексной услуги не разработано, и процедура не внесена в номенклатуру простых и комплексных медицинских услуг. Единственным обоснованием является технологическая сложность выбора места инъекции и ее проведения. Авторами проекта предлагается автоматическая ручка-инъектор «Votoren». Данный прибор позволяет обойти ограничение применения БТ-А в косметологической практике за пределами косметологического центра. Этот прибор позволяет пациенту самому использовать БТ-А в домашних условиях после предварительной консультации косметолога, не прибегая к его дальнейшей помощи по проведению инъекций. В настоящее время, при проведении инъекций БТ-А врач-косметолог, выбирает место самой инъекции, используя при этом два основных принципа. Во-первых, врач «опирается» на наличие «стандартизированных точек инъекций БТ-А», полученных в результате исследований стандартных «мест», соответствующих различным морщинам. Во-вторых, коррекция места инъекции по отношению к стандартной точке производится «на глаз», исходя из активности мимических мышц в данной зоне. Основная цель поиска места инъекции БТ-А – поиск наибольшей «массы» мышечного волокна мимической мышцы, отвечающего за морщину. После чего производится инъекция. Авторы настоящего проекта предлагают устранить «субъективный компонент» поиска оптимального места инъекции, исключив из процедуры самого врача и дав возможность самому пациенту использовать препарат с помощью ручки-инъектора «Votoren». Механизм действия «Votoren» определяется двумя блоками. Первый блок инъекционный – встроенный блок-инъектор, который

представляет ложе для инсулинового шприца, с механизмом «инъектором» для автоматического ввода определенной дозы БТ-А и кнопкой для автоматического самостоятельного введения этой дозы БТ-А. Второй блок «Votoren» – диагностический – электромиограф с контактным электродом, воспринимающий и обрабатывающий сигналы от мимических морщин при соприкосновении с ними и подающий звуковой сигнал от мышцы. Таким образом, при самостоятельном использовании «Votoren» пациентка на выбранной зоне лица производит поиск места будущей инъекции БТ-А, путем произведения движений датчиком встроенного электромиографа. Основа применения БТ-А это инъекции последнего в мимические мышцы, которые отвечают за соответствующую мимическую морщину. В основе мимических морщин лежат гипердинамические сокращенные мышцы. И они на электромиограмме демонстрируют образование «спайков» электрической активности, которые улавливает и анализирует электромиограф. Он подает звуковой сигнал при улавливании «спайков», сигнализируя о том, что оптимальное место для проведения инъекции найдено. Пациент, получая сигнал, нажимая на специальную кнопку, инициирует автоматически производимую инъекцию БТ-А. Данный проект, в настоящее время, является инновационным и не имеющим аналогов в мире. Обоснование необходимости проведения исследования. В настоящее время, коллективом авторов настоящего проекта (Петина А.М., Жучков М.В.), было проведено исследование подтверждающее гипотезу о поиске оптимальной точки инъекции БТ-А с помощью электромиографии. В исследовании на 16 пациентах было продемонстрировано, что оптимальная точка инъекции БТ-А, выбранная двумя независимыми врачами-косметологами, совпадала с точкой инъекции выбранной у тех же пациенток с помощью электромиографии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОГЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ И АНТИМИКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОТИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ

Петрова И.С.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Актуальность. Одной из междисциплинарных проблем является сложность терапии склеротического лишена вульвы, который в последние годы диагностируется все чаще как у женщин в климактерическом периоде, так и репродуктивном возрасте. В 81,6% случаев данный дерматоз ассоциируется с дрожжеподобными грибами рода *Candida*, что ограничивает длительное применение топических кортикостероидов. Весьма перспективным является применение аутогенной тромбоцитарной плазмы (PRP-терапия), стимулирующей регенерацию тканей и способствующей образованию коллагена, росту сосудов, улучшению гемостаза и снижению интенсивности воспаления.

Цель. Повышение эффективности терапии склеротического лишена вульвы с использованием PRP-терапии и антимикотических препаратов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 женщины в возрасте от 24 до 48 лет (средний возраст $39,5 \pm 11,16$) с подтвержденным диагнозом: склеротический лишень и кандидозный вульвовагинит. Всем больным проводилось обследование, включающее: 1) гинекологический осмотр; 2) pH-метрия влагалищного отделяемого; 3) микроскопическое исследование соскобов вульвы, уретры, влагалища и цервикального канала; 4) бактериологическое исследование. На основании полученных результатов на I этапе комплексной терапии назначали интраконазол 100 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течение 15 дней вместе с сертаконазолом в виде крема 2 раза в сутки в течение 14 дней в области наружных половых органов. На II этапе в области поражения вульвы вводили аутоплазму, обогащенную тромбоцитами в объеме 12 мл иглой 30G с помощью мезотерапевтической техники тремя курсами с интервалом в 30 дней. Для оценки эффективности терапии использовали адаптированную шкалу GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale), где 1 – выраженное улучшение (значимое изменение характеристик кожи при осмотре); 2 – существенное улучшение (значимое, но не полностью выраженное улучшение); 3 – улучшение (наличие признаков положительной динамики: кожа стала лучше по сравнению с состоянием до начала лечения, но требуется дополнительная коррекция); 4 – толерантность к лечению (сохранение исходных характеристик кожи, отсутствие ответа на терапию); 5 – ухудшение (появление признаков ухудшения состояния кожи (атрофия, депигментация, утрата волос)).

Результаты. Все пациентки предъявляли жалобы на зуд и сухость в области вульвы, 29 (90,63%) – на боли при половых контактах (диспареуния), 7 (21,87%) – отмечали нарушение мочеиспускания. При визуальном осмотре отмечали инфильтрацию в области клитора, асимметрию малых половых губ, гипопигментацию (белесоватые пятна) в области больших половых губ и промежности, эрозии и трещины. По результатам микроскопического, культурального исследования и ПЦР диагноз: кандидозный вульвовагинит отмечался у всех женщин (100%). Низкие значения pH наблюдались у 23 включенных в исследование ($pH 3,5 \pm 0,5$), у 9-х – нормальные значения ($pH 3,8-4,4$). Через день после введения аутоплазмы пациентки субъективно отмечали значительное улучшение состояния: уменьшение или отсутствие зуда и сухости – у 28 (87,50%) женщин, через неделю отсутствие болей при половых контактах – у 25 (78,16%), нормализация мочеиспускания – у 6 (18,75%). При визуальном осмотре через 30 дней фиксировали уменьшение белесоватых пятен, оцениваемое по шкале в 1 и 2 балла, наблюдалось у 22 (68,75%) больных и инфильтрации в области больших и малых половых губ, клитора от 1 до 3-х баллов – в 27 (84,37%) случаях, отсутствие эрозий и трещин у всех пациенток. По результатам микроскопического, культурального исследования и ПЦР грибы рода *Candida spp.* не обнаруживались. После трех проведенных курсов введения аутоплазмы эффективность терапии наблюдалась у 30 больных (93,75%). В период наблюдения 6 месяцев 30 женщин отмечали сохранение положительной динамики.

Выводы. Применение комплексной терапии, включающей высокоэффективные средства в отношении *Candida spp.*, как наиболее частого сопутствующего воспалительного агента при склеротическом лихене с последующим применением PRP-терапии, способствует повышению качества жизни пациенток и удлинению ремиссии заболевания.

ОЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В КОМБИНАЦИИ С УЗКОПОЛОСНОЙ УФБ ФОТОТЕРАПИЕЙ (311 НМ)

Попова О.Ю., Круглова Л.С.

*Центральная государственная медицинская академия,
Москва*

Очаговая алопеция (ОА) – органоспецифическое аутоиммунное заболевание с поражением волосяных фолликулов, формирующееся при потере фолликулами иммунной толерантности. Распространенность в общей популяции – 1:1000. Для ОА зачастую характерно внезапное начало заболевания, невозможность спрогнозировать дальнейшее течение, во многих случаях хронический характер. Все это является психотравмирующим фактором для пациента и приводит к нарушению эмоционального состояния. Однако многие механизмы патогенеза остаются невыясненными, что приводит к разнообразию методов лечения и их ненадежности. Перспективным в этом плане можно считать комбинацию иммуносупрессивного препарата метотрексат и узкополосной фототерапии.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность комбинированного применения метотрексата и узкополосной УФБ терапии (311 нм) в лечении пациентов с тяжелыми формами ОА.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 5 пациентов, 3 женщины и 2 мужчин с многоочаговой ОА. Дозировка метотрексата составила от 10 до 20 мг в неделю в виде подкожных инъекций, длительность лечения – 3 месяца. Процедуры УФБ 311 нм терапии проводились от аппарата Waldman UV-7001 K («Waldman», Германия). Минимальную дозу облучения определяли после установления фототипа кожи пациента (Владимиров В.В., 2008). При I типе кожи начальная доза УФБ (311 нм) составляла 0,1 Дж/см², при II – 0,2 Дж/см², при III-IV типе кожи – 0,3 Дж/см², увеличение дозы проводилось на 0,1 Дж/см² при I типе кожи и на 0,2 Дж/см² при других типах кожи на каждую последующую процедуру. Процедуры проводились через день, на курс – 25-30. Безопасность разработанного метода оценивалась по динамике показателей биохимического анализа крови, клинического анализа крови и мочи. Эффективность оценивалась по данным индекса дерматологического статуса IGA и качества жизни пациентов (ДИКЖ).

Результаты. После лечения была констатирована клиническая ремиссия у 4 (80%) из 5 пациентов. Индекс IGA снизился на 93%: с 4,2 [Q1=3,9; Q3=4,5] до 0,3 [Q1=0,2; Q3=0,4] баллов. Индекс ДИКЖ редуцировал на 76%: с 18,6 [Q1=18,1; Q3=19,1] до 4,5 [Q1=4,1; Q3=4,9] баллов. Каких-либо побочных эффектов в ходе лечения выявлено не было.

Выводы. Комбинированное применение метотрексата и узкополосной УФБ терапии (311 нм) является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с тяжелыми формами ОА.

НЕЛАНГЕРГАНСОВЫЙ ГИСТИОЦИТОЗ (БОЛЕЗНЬ РОЗАИ-ДОРФМАНА)

*Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Бобко С.И., Миченко А.В.,
Кочетков М.А., Важбин Л.Б., Максимова И.В., Бобров М.А.*

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Гистиоцитоз – неоднородная группа редких заболеваний неизвестной этиологии, в основе которых лежит пролиферация клеток, принадлежащих к системе фагоцитирующих мононуклеаров моноцитарно-макрофагальной системы и дендритических клеток. Среди нелангергансовых гистиоцитозов одним из наиболее редких вариантов является болезнь Розаи-Дорфмана (БРД) («синусный гистиоцитоз с массивной лимфаденопатией»), которую описали P. Destombes в 1965 г., J. Rosai и R. Dorfman в 1969 г. Это редкое доброкачественное заболевание из клеток системы фагоцитирующих мононуклеаров, которое характеризуется накоплением пролиферирующих гистиоцитов в синусах лимфоузлов, в результате чего происходит массивное увеличение лимфоузла. Поражение кожи без вовлечения лимфатических узлов наблюдается у 7-10% больных. Далее приводим редкое клиническое наблюдение пациента с кожной формой БРД. Пациент 33 лет обратился в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ с жалобами на множественные болезненные узловые образования с тенденцией к слиянию в конгломераты преимущественно на коже лица. Считает себя больным с сентября 2015 г., обращался в различные медицинские государственные и частные учреждения Москвы и Московской области, консультирован онкологом, хирургом, дерматологом, иммунологом, однако, диагноз оставался до конца не ясен, в плане дифференциальной диагностики рассматривались такие диагнозы как трихоэпителиома лица, инверсные акне, эозинофильная гранулема, глубокие микозы, туберкулез. Проводилось обследование для исключения поверхностного микоза. Наследственность и аллергоанамнез пациента не отягощены. Сопутствующие заболевания пациент отрицает. Объективно на момент обращения на коже волосистой части головы и туловища, лица распространенные плотные при пальпации узлы размером 0,5-2 см розового цвета с желтоватыми вкраплениями в центре, с четкими границами, сливающиеся в конгломераты, сопровождающиеся незначительной болезненностью при механическом давлении. Дермографизм красный. Лимфоузлы не пальпируются (при дальнейшем детальном инструментальном обследовании патологии лимфатических узлов также обнаружено не было). Дерматоскопически в центре очагов поражения отмечаются: желтые и молочно-белые гомогенные сливающиеся участки с неправильными очертаниями, нечеткими размытыми границами; общий эритематозный фон с сиреневатым оттенком, древовидные сосуды с четкими контурами поверх указанных участков, отдельные мелкопластинчатые белые чешуйки на поверхности. В проведенном обследовании: рентгенологическое исследование легких, компьютерная томография органов грудной и брюшной полости, МРТ головного мозга, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ лимфатических сосудов – без патологии. Пациент

консультирован гематологом, диагноз БРД подтвержден. По данным лабораторного обследования: в общем анализе крови от 06.04.16 гемоглобин 165 г/л, остальные показатели – в пределах нормы. Отклонений от нормы показателей биохимического анализа крови нет. Проведено патогистологическое исследование с иммуногистохимическим окрашиванием, подтвержден диагноз БРД. В гистологических препаратах плотные гистиоцитарные инфильтраты с формированием тяжевидных структур, фолликулоподобные инфильтраты из лимфоцитов, гистиоциты со слабоэозинофильной цитоплазмой, примесь плазматических клеток, нейтрофилов и эозинофилов, эмпериполез, при иммуногистохимии экспрессия CD1a гистиоцитами отсутствует, но определяется в клетках Лангерганса эпидермиса, представлена экспрессия гистиоцитами CD68, CD163, S-100. Пациент получал преднизолон с июля 2016 года в дозе 40 мг/сутки, омега-3 20 мг в сутки, кальций карбонат + колекальциферол (витамин D3) по 1 таблетке x 2 раза в день. Спустя 8 недель от начала терапии отмечен выраженный положительный эффект в виде значительного уплощения высыпаний, регресса отдельных элементов. Доза преднизолона снижена до 30 мг/сутки, добавлена наружная терапия: мометазона фураат крем 2 раза в сутки, 2% дерматол-ихтиоловая паста, с сентября 2016 г. продолжено снижение дозы преднизолона до 20 мг/сут, с ноября 2016 г. – до 15 мг/сутки с последующим снижением дозы, отменой местной терапии, с осени 2016 г. пациент получает изотретиноин в дозе 40 мг/сутки. Пациент продолжает лечение, находится под наблюдением. Описанный случай представляет интерес в связи с редкостью кожной формы болезни Розаи-Дорфмана, положительным эффектом на фоне системной глюкокортикостероидной терапии, значительный интерес представляет включение ретиноидов в схему лечения.

РОЛЬ ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА SIAH В РАЗВИТИИ КОЖИ И ЕЕ ПРОИЗВОДНЫХ

Тверье Е.А., Пантелеев А.А.

Научно исследовательский центр «Курчатовский институт», Москва

Понимание процессов, влияющих на развитие и функционирование кожи и ее придатков, важно для разработки методов управления ростовыми процессами в кожных покровах и терапии кожных патологий. На функции кожи влияет множество факторов внешней среды, в том числе, кислород и, особенно, его недостаток – гипоксия. Гипоксия вызывает значительные адаптивные изменения на клеточном и тканевом уровне, в том числе, в коже. Экспрессия генов, зависящих от гипоксии, регулируется фактором HIF1 α . Стабильность HIF1 α (и, соответственно, активность гипоксического ответа) регулируется активностью гидроксилаз PHD1 и PHD3, которые, в свою очередь, убиквитинируются белками семейства Siah. Хотя роль гипоксии в контроле функций кожи известна, молекулярные аспекты этого влияния не ясны. О роли генов семейства Siah в развитии и функционировании кожных покровов неизвестно практически ничего. У млекопитающих выявлены три гомологичных варианта этих генов: Siah1

(у мышей обнаружены два паралога: Siah1a и Siah1b), Siah2 и Siah3. Ранее было выдвинуто предположение, что Siah1 участвует в регуляции цикла волоса фолликула, подавляя экспрессию β -катенина – ключевого фактора контроля цикла волоса фолликула. Опираясь на эти данные, нами было выдвинуто предположение, что гены группы Siah играют роль как в развитии кожи, так и в регуляции цикла волоса фолликула.

Цель: изучение роли генов семейства Siah в коже и ее придатках на ранних этапах постнатального развития и в цикле волоса фолликула мышей.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной задачи были использованы иммуногистохимия, полимеразная цепная реакция в реальном времени (rt PCR) и белковый иммуноблоттинг. С их помощью были определены локализация и уровень экспрессии Siah в коже мышей на ранних этапах постнатального развития.

Результаты. Методами флуоресцентной иммуногистохимии было показано, что Siah1 и Siah2 имеют различные паттерны экспрессии в коже: Siah1 локализуется в основном в эпидермисе, во внутреннем и внешнем волосных влагалищах, в отдельных клетках дермы. В процессе постнатального развития мыши белок меняет свою локализацию. Siah2 присутствует, в основном, в дерме. Белок обнаружен в фибробластах, макрофагах, в клетках, прилегающих к волосу (предположительно, клетки сосочковой дермы) и во внутреннем волосном влагалище, а так же в дермальной папилле. Изучение уровня экспрессии генов Siah, показало, что в процессе развития кожи и ее придатков на ранних этапах развития кожи (0-3 дни после рождения) уровень экспрессии этих генов очень низкий, на 5-й день он возрастает и остается примерно одинаковым приблизительно до 12-го дня. К 15 дню, который является переходным днем от морфогенеза волоса к катагену, наблюдается резкое увеличение экспрессии как Siah1, так и Siah2, а затем, к 18-19 дню постнатального развития наблюдается снижение экспрессии обоих генов.

Выводы. Гены семейства Siah экспрессируются в коже и в ее придатках, но имеют различные паттерны экспрессии, что может указывать, на различие их функций в процессе развития кожных покровов. Максимум экспрессии наблюдается в 15-19 дни, что соответствует, катагену (фазе регрессии) волоса цикла. В период покоя и роста волоса (телоген-анаген) уровень экспрессии Siah-генов сильно понижается. Наличие белков Siah1 и Siah2 в структурах волоса фолликула и динамика изменения уровня их экспрессии (ПНК) свидетельствует о том, что они отвечают за его развитие (морфогенез) и, возможно, контролируют первый цикл волоса фолликула на стадии его регрессии (катаген).

НОВАЯ СТАБИЛЬНАЯ ЛИНИЯ ИММОТАЛИЗОВАННЫХ ДЕРМАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ КАК МОДЕЛЬ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ КОЖИ

Чикиткина Ю.А., Сытина Е.В., Пантелеев А.А.

Национальный исследовательский центр «Курчатовский институт», Москва

Образование грубых, деформирующих либо патологических рубцов остается одной из самых сложных, актуальных и обсуждаемых проблем в науке и практической медицине. Именно нарушение процессов восстановления дермы – соединительнотканной части кожи – приводит к развитию фиброзных изменений, к формированию грубых рубцов, нарушению дермо-эпидермальных связей при ряде патологий. Фибробласты – основные резидентные клетки соединительной ткани. Синтез и поддержание матрикса и, следовательно, формообразование, механика ткани, заживление – все эти жизненно важные функции находятся в их компетенции. Именно с нарушениями деятельности фибробластов как основного эффекторного звена в конечном итоге связаны формирование патологических рубцов и контрактур при заживлении обширных кожных ран и ожогов. Традиционно научные исследования, в том числе по изучению заживления ран *in vitro*, проводятся на классической линии иммортализованных эмбриональных фибробластов 3T3/NIH. К сожалению, такая модель обладает существенным недостатком: при использовании линии 3T3/NIH невозможно учесть тканевую специфику изучаемых механизмов. Кроме того, это эмбриональные клетки, а, как известно, заживление фетальных ран протекает отлично от заживления в постнатальном периоде. Альтернативным подходом является использование нормальных первичных фибробластов. Однако при использовании в качестве объекта исследования первичных культур клеток взрослого организма недостатком является небольшая продолжительность жизни культуры, что делает методику дорогостоящей и требующей большого количества животного материала. Таким образом, встает вопрос о создании более специализированной модели, позволяющей изучать молекулярные механизмы заживления повреждений, характерных для определенных типов тканей. Получение этого нового модельного объекта направлено на развитие систем исследования *in vitro* (тканевые эквиваленты взамен исследований на животных, где это возможно) и на изучение фундаментальных процессов, в первую очередь сравнительные исследования с эмбриональными фибробластами 3T3/NIH.

Цель данной работы – получить иммортализованную линию дермальных фибробластов мыши как модель для изучения патологических процессов, происходящих в дерме кожи.

Материалы и методы. Первичные фибробласты выделяли из дермы новорожденных (P5) мышей с использованием фермента коллагеназы. Клетки культивировались по стандартной методике либо в коллагеновых гелях в атмосфере 5% CO₂. Спонтанная иммортализация проводилась согласно 3T3-протоколу (Todaro GJ, Green H, 1963). Для анализа полученной линии применялись молекулярные методы работы (от-ПЦР, Вестерн-блот), иммуноцитохимическое окрашивание клеточных культур, методы кариотипирования.

Результаты. Была впервые получена линия постнатальных дермальных фибробластов мыши DP-3T3 (dermal postnatal-3T3) в результате спонтанной иммортализации согласно 3T3-протоколу на основе дермальных постнатальных (P5) фибробластов мыши работы аналогично классической линии 3T3/NIH без использования вирусов. Культура прошла стадию кризиса (пассажи 27-28), и уровень пролиферативной активности стабильно высокий. Был определен кариотип полученной линии – 52 хромосомы, что ближе к норме, чем у линии 3T3/NIH – гипертриплоида. По своей морфологии, как и

по контрактирующей способности, DP-3T3 близки к первичным дермальным фибробластам мыши, тогда как классические 3T3/NIH сокращают гель гораздо слабее. Действительно, по данным Вестерн-блота, количество гладкомышечного актина альфа (α-SMA) в DP-3T3 в несколько раз выше, чем в 3T3/NIH. Выводы. Полученная впервые линия дермальных постнатальных фибробластов DP-3T3 ближе по своим морфологическим и контрактильным характеристикам к первичным дермальным фибробластам, чем к эмбриональным 3T3/NIH. Требуются дальнейшие сравнительные исследования как с эмбриональными, так и с первичными нормальными дермальными фибробластами в динамике (с учетом количества пассажей) по уровню экспрессии ключевых белков, миграторным свойствам, оценке способности давать опухолевый рост и онкогенному потенциалу.

ТЕРАПИЯ ЭРИТЕМАТО-ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОГО ПОДТИПА РОЗАЦЕА: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОЙ МОНОТЕРАПИИ НЕОДИМОВЫМ ЛАЗЕРОМ (1064 НМ)

Шаршунова А.А., Стенько А.Г., Софинская Г.В.

Центральная государственная медицинская академия, больница с поликлиникой УД Президента, Москва

Розацеа – неинфекционное заболевание кожи полиэтиологической природы, которым в России страдает до 5% населения. Большая социальная значимость обусловлена хроническим течением, а также снижением качества жизни пациента при отсутствии постоянного наблюдения, а также поддерживающей и корректирующей терапии. Значимая роль в патогенезе заболевания принадлежит сосудистой патологии. В настоящее время местная лазеротерапия неодимовым лазером с длиной волны 1064 нм представляется наиболее оптимальной, с точки зрения эффективности и переносимости, отсутствия системных побочных явлений, а также не имеющей ограничений по фототипу кожи пациента. Цель Изучение клинико-эпидемиологических особенностей розацеа, а также оценка эффективности и переносимости местной монотерапии Nd: YAG лазера с длиной волны 1064 нм у пациентов с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 10 пациентов (10 женщин) в возрасте от 42 до 65 лет с эритемато-телеангиэктатическим подтипом розацеа. Диагноз устанавливался на основании клинической картины заболевания с учетом основных и второстепенных диагностических критериев. Для оценки эффективности местной монотерапии Nd: YAG лазера (1064 нм, Aerolase Neo) использовались данные измерения среднего показателя эритемы кожи обеих щек (измерения в четырех точках с вычислением среднего значения) с использованием Multi Skin Test Center MC 750 до, после 1 сеанса, после окончания терапии; а также фотоизмерения сосудистого компонента кожи лица с помощью системы Reveal Imager (Canfield) до и через 1 неделю после 1, 2, 3, 4 сеанса терапии, полученные результаты оценивались по данным индекса дерматологического статуса IGA (от 0 до 5 баллов)

и качества жизни пациентов (ДИКЖ) до и через неделю после последнего сеанса лечения. Всего было проведено от 3 до 4 сеансов терапии в зависимости от достижения клинического эффекта.

Результаты. После лечения была констатирована клиническая ремиссия у 7 из 10 пациентов (конечный IGA = 0), у 3 пациентов из 10 достигнуто значительное улучшение (конечный IGA = 1). В среднем, индекс IGA снизился на 85,4%: с 4,1 (+/- 0,2 балла) до 0,6 (+/- 0,1 балла). ДИКЖ редуцировал на 76%: с 12,5 [Q1=11; Q3=14] до 3 [Q1=2; Q3=4] баллов. Клинически значимых побочных эффектов в ходе лечения выявлено не было.

Обсуждение. Достигнутые в ходе исследования результаты позволяют рекомендовать данный метод лечения в качестве монотерапии в лечении эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа.

КАТАМНЕЗ ЭПИДЕРМОЛИТИЧЕСКОГО ГИПЕРКЕРАТОЗА

Явкун В.В., Нарышкина А.А.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, Москва

Популяционная частота такого редкого заболевания, как эпидермолитический гиперкератоз (врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия Брока), составляет 1:300000. Заболевание имеет аутосомно-доминантный тип наследования, однако по причине высокой частоты спонтанных мутаций примерно половина случаев является результатом новых мутаций при отсутствии семейного анамнеза. В связи с редкостью встречаемости данной патологии в популяции в литературе отсутствует подробное описание динамики заболевания и особенностей тактики терапии в различные возрастные периоды детства.

Цель исследования: провести анализ особенностей течения и эффективности проводимой терапии эпидермолитического гиперкератоза.

Материал и методы. Нами представлен катамнез врожденной буллезной ихтиозиформной эритродермии Брока с 2008 по 2016 годы. Диагноз эпидермолитического гиперкератоза (ICD10:Q80.3) был подтвержден молекулярно-генетическим исследованием. По результатам ДНК-диагностики была выявлена гетерозиготная мутация в Exon 1 в гене KRT10, кодирующем процессы кератинизации в эпидермисе. У наблюдаемого ребенка, с первого дня рождения тяжелая форма заболевания, связанная с тотальным поражением кожного покрова, сопровождающаяся образованием пузырей, тенденцией к присоединению вторичной инфекции и развитием гнойных осложнений, нарушению терморегуляции организма и судорожным синдромом. Субъективно ребенка беспокоил зуд, усиливающийся при появлении пузырей. При достижении шестилетнего возраста интенсивность

зуда сошла к минимуму, сохранившись преимущественно в области волосистой части головы. Динамическое наблюдение подтверждает, что в летнее время в связи с инсоляцией и повышенной фоточувствительностью у ребенка усиливается пузыреобразование, появляются выраженные воспалительные явления с мокнутием на лице, шее, волосистой части головы. Ребенок реагировал аналогично и на проводимую в возрасте 5 лет фототерапию. Течение заболевания отличается тем, что при отсутствии надлежащего ухода до 6 лет (постоянного применения увлажняющих и регенерирующих средств, а также увлажняющих средств, содержащих кератолитики, топических антибиотиков) появляется грубое утолщение кожного покрова туловища и конечностей с образованием глубоких болезненных трещин, пузырей с образованием зудящих эрозий. На этом фоне происходит повышение температуры, развитие судорожного синдрома, скованности движений. После 6 лет тенденция к распространенному гиперкератозу уменьшилась, процесс преимущественно сосредоточился в области суставов, а с 8 лет – усилился на коже себорейных зон с появлением неприятного запаха даже при наличии адекватного ухода. Активность пузыреобразования с возрастом не снижалась, в то же время уменьшились период эпителизации эрозий и склонность к присоединению вторичной инфекции. Также следует отметить, что в течение всего наблюдаемого периода у девочки практически постоянно имелись проявления десквамативного вульвита.

Традиционные рекомендации по уходу за кожей у больных ихтиозами включают обязательное применение увлажняющей терапии 2 раза в день. Следовательно, необходимый базовый объем эмолентов составляет 1000 граммов в день. Дополнительно требуется нанесение увлажняющих средств на места, подвергающиеся постоянному трению (суставные поверхности и кисти рук). Поэтому требуемый минимальный объем увлажняющих средств может составлять до 1100 граммов в день. Применение 0,1% тазаротен крема, мазей и капель для приема внутрь, содержащих ретинола пальмитат, приводило к ухудшению процесса. В тоже время эмоленты, содержащие 5% мочевины, оказывали выраженный терапевтический эффект. Опыт климатической и санаторно-курортной реабилитации пациентов с эпидермолитическим гиперкератозом ограничен, поскольку большинство здравниц отказываются принимать таких детей. Тем не менее наш опыт показал положительный эффект от использования бальнеологических процедур (магний-сульфатные воды) и морского климата (песчаных пляжей) в «бархатный сезон». Отсутствие эффекта и легкое ухудшение отмечалось на фоне приема нарзанных ванн.

Результаты. Полученные катамнестические данные могут быть использованы в практическом здравоохранении для составления индивидуальных программ лечения, реабилитации и профилактики обострений у детей, больных эпидермолитическим гиперкератозом.

Содержание

Сборник тезисов

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. Очаговость чесотки в многодетных семьях республики Таджикистан, как основа эпидемиологического процесса	стр. 51
Авдоница А.С. Разработка иммуноферментных тест-систем для проведения иммунного блоттинга при диагностике цитомегаловирусной инфекции	стр. 51
Акимов В.Г., Чистякова Т.В., Фаттахетдинов Р.Ш. Невенерические дерматозы гениталий	стр. 52
Александрова А.К., Смольяникова В.А. Особенности экспрессии белка р53 при разных гистологических типах себорейного кератоза	стр. 53
Алленова А.С., Теплюк Н.П., Катранова Д.Г. Трудности диагностики аутоиммунной пузырчатки и возможные пути их преодоления	стр. 53
Альбанова В.И., Серебрякова Ю.С. Интимный груминг: осложнения	стр. 54
Андропова Н.В., Жуковский Р.О., Вечтомова Л.Б., Сизова И.Д., Степанова Е.Н. Поздний сифилис – новые опасности	стр. 54
Баткаев Э.А., Макматов-Рысь М.Б. Кожные проявления анца-ассоциированных васкулитов: характеристика и прогностическое значение	стр. 55
Батпеннова Г.Р., Таркина Т.В., Унгалова С.С., Казилова А.С. Антропометрический портрет больных псориазом и розацеа, имеющих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний	стр. 56
Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Кармацких О.Г. Роль микробиоты кожи у больных бляшечным псориазом	стр. 56
Белков П.А., Безуглый А.П. Мониторинг отдаленных изменений в мягких тканях после инъекционных процедур методом высокочастотного ультразвукового сканирования	стр. 57
Бобко С.И. Кожный зуд как проявление висцеральной патологии: современное состояние проблемы	стр. 58
Бобракова А.А., Силина Л.В. Анализ эпидемиологических и клинических особенностей заболеваемости розацеа в орловской области	стр. 58
Борлаков И.А., Азам В.В. Редкие подтипы грибовидного микоза	стр. 59
Бохонович Д.В., Лосева О.К., Рябцева А.А., Коврижкина А.А., Важбин Л.Б., Юдакова В.М., Чернышева Н.В. Поражения органа зрения при сифилисе	стр. 59
Булинска А. Использование дерматоскопии для диагностики злокачественных кожных новообразований выводящихся из эпидермиса	стр. 60
Булинска А. Диагностика пигментных и непигментных кожных новообразований при помощи дерматоскопии	стр. 60

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. Очаговость чесотки в многодетных семьях республики Таджикистан, как основа эпидемиологического процесса	стр. 51
Авдоница А.С. Разработка иммуноферментных тест-систем для проведения иммунного блоттинга при диагностике цитомегаловирусной инфекции	стр. 51
Акимов В.Г., Чистякова Т.В., Фаттахетдинов Р.Ш. Невенерические дерматозы гениталий	стр. 52
Александрова А.К., Смольяникова В.А. Особенности экспрессии белка р53 при разных гистологических типах себорейного кератоза	стр. 53
Алленова А.С., Теплюк Н.П., Катранова Д.Г. Трудности диагностики аутоиммунной пузырчатки и возможные пути их преодоления	стр. 53
Альбанова В.И., Серебрякова Ю.С. Интимный груминг: осложнения	стр. 54
Андропова Н.В., Жуковский Р.О., Вечтомова Л.Б., Сизова И.Д., Степанова Е.Н. Поздний сифилис – новые опасности	стр. 54
Баткаев Э.А., Макматов-Рысь М.Б. Кожные проявления анца-ассоциированных васкулитов: характеристика и прогностическое значение	стр. 55
Батпенова Г.Р., Таркина Т.В., Унгалова С.С., Казиева А.С. Антропометрический портрет больных псориазом и розацеа, имеющих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний	стр. 56
Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Кармацких О.Г. Роль микробиоты кожи у больных бляшечным псориазом	стр. 56
Белков П.А., Безуглый А.П. Мониторинг отдаленных изменений в мягких тканях после инъекционных процедур методом высокочастотного ультразвукового сканирования	стр. 57
Бобко С.И. Кожный зуд как проявление висцеральной патологии: современное состояние проблемы	стр. 58
Бобракова А.А., Силина Л.В. Анализ эпидемиологических и клинических особенностей заболеваемости розацеа в орловской области	стр. 58
Борлаков И.А., Азам В.В. Редкие подтипы грибкового микоза	стр. 59
Бохонович Д.В., Лосева О.К., Рябцева А.А., Коврижкина А.А., Важбин Л.Б., Юдакова В.М., Чернышева Н.В. Поражения органа зрения при сифилисе	стр. 59
Булинска А. Использование дерматоскопии для диагностики злокачественных кожных новообразований выводящихся из эпидермиса	стр. 60
Булинска А. Диагностика пигментных и непигментных кожных новообразований при помощи дерматоскопии	стр. 60
Бурова С.А. Актиномикоз в историческом аспекте	стр. 61
Бурова С.А., Бородулина К.С. Клинические разновидности хронического гнойного гидраденита	стр. 61
Бурова С.А. Предрасполагающие факторы, клинические проявления и лечение актиномикоза наружных и внутренних гениталий	стр. 62

Бутов Ю.С., Васенова В.Ю. Современный взгляд на диагностику и терапию алопеций	стр. 63
Вавилова А.А., Губанова Е.И. Коррекция признаков хроно- и фотостарения кожи лица при использовании гиалуроновой кислоты, ретиноевых пилингов и отбеливающего крема	стр. 63
Васенова В.Ю., Бутов Ю.С., М. Иванова М.С. Аспекты патогенеза и терапии актинического кератоза	стр. 64
Васильева Е.В. Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты армирующих саморассасывающихся resorblift производства (франция) для коррекции инволюционных изменений кожи	стр. 65
Волнухин В.А. Эффективность медикаментозных и физиотерапевтических методов лечения витилиго	стр. 65
Воронцова Л.Д. Аппаратные, инъекционные и спа-технологии в программах моделирования фигуры	стр. 65
Гаджимурадов М.Н. Клинический случай ламеллярного ихтиоза	стр. 66
Гладько В.В., Измайлова И.В. Случай отсроченного иммунного ответа на введение филлера на основе гиалуроновой кислоты	стр. 66
Т.Н. Гришко, Л.А. Дударева, В.Н. Гребенюк, А.А. Пузанкова, Н.Ф. Заторская Клиническое наблюдение 12-летнего мальчика с экссудативным псориазом, ассоциированным с пиодермией.....	стр. 67
Гришко Т.Н., Ларионова Е.В., Гребенюк В.Н., Медведева О.В., Заторская Н.Ф. Важная составляющая эффективности лечения псориаза у детей	стр. 68
Демина О.М., Картелишев А.В., Карпова Е.И., Данищук О.И. Прогностическое значение обмена порфиринов в коже у больных акне	стр. 68
Дергачёва И.А., Залевская О.В., Чернышёва Н.В., Жуковский Р.О. Три случая позднего сифилитического гепатита	стр. 69
Доля О.В. О некоторых проблемах практической сифилидологии	стр. 70
Донцова Е.В. Возможности лазеротерапии в лечении больных псориазом с сопутствующим метаболическим синдромом	стр. 70
Дубина Л.Х., Свечникова Е.В. Структура заболеваемости больных инфекциями, передаваемыми половым путем	стр. 71
Егорова О.Н., Белов Б.С., Алекберова З.С., Северинова М.В., Сажина Е.Г., Савушкина Н.М. Септальный панникулит: проблема диагностики	стр. 72
Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Миченко А.В., Е.С. Негашева Е.С., Симановская Е.Ю., Бобров М.А., Симановский С.Е. Нейрофиброматоз или липоматозный невус: за и против. клинический случай из практики детского дерматолога	стр. 72
Заторская Н.Ф., Медведева О.В., Гришко Т.Н., Ларионова Е.В. Токсико-аллергический дерматит, осложненный вторичной инфекцией, у четырехлетней больной	стр. 73
Заторская Н.Ф., Медведева О.В., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Пилявская С.О., Гришко Т.Н., Симановская Е.Ю. Трихофития волосистой части головы, инфильтративно-нагноительная форма. клинический случай	стр. 74
Ильчевская Е.А., Сергеева И.Г. Клинико-психодерматологические аспекты у пациентов с экскорируемыми акне	стр. 75
Исаева Д.Р., Халдин А.А. Подошвенные бородавки в структуре подологических проблем	стр. 75

Каверина Е.В., Фомина А.В. Медико-социальный портрет больного хроническим кожным заболеванием	стр. 76
Калининская А.А., Мерекина М.Д., Гречко А.В. Стационарозамещающие технологии в дерматовенерологии	стр. 76
Карашурова Е.С. Современные препараты в терапии аллергодерматозов	стр. 77
Карпова Е.И., Картелишев А.В., Демина О.М., Данищук О.И. Комбинированная лазерная терапия и профилактика в системе оптимизации контурной инъекционной пластики лица	стр. 78
Карпова А.В., Огурцов П.П., Баткаев Э.А. Роль в формировании розацеа β -адреноблокаторов и вазодилататоров при гипотензивной терапии	стр. 78
Карташова М.Г., Казанцева К.В., Молочков А.В., Кильдюшевский А.В. Трансляционная клеточная иммунотерапия в лечении больных саркомой капюши	стр. 79
Касихина Е.И., Чистякова Т.В., Кривоспицкая К.Н., Лихтарева А.С., Марджанян А.А. Каплевидный псориаз и дефицит витамина d у детей: особенности клинического течения и прогноз	стр. 80
Касихина Е.И., Чистякова Т.В., Шуляк А.С., Копосова М.В., Алькова Ю.Д. Особенности клинической картины и диагностики кожного мастоцитоза у детей	стр. 81
Катранова Д.Г., Теплюк Н.П., Дороженков И.Ю., Алленова А.С. Истинная акантолитическая пузырьчатка и психосоматические расстройства: клинико-терапевтические аспекты	стр. 81
Киселев В.И., Масюкова С.А., Полозников А.А., Бабкина И.О., Ахтямов С.Н., Тарасенко Э.Н., Назарова М.Н. Изучение статуса метилирования промотера гена wif1 в доброкачественных опухолях кожи, индуцированных вирусом папилломы человека	стр. 82
Квижинадзе Г.Н., О.К.Лосева О.К., Залевская О.В., Д.В.Бохонович Д.В., Юдакова В.М. Стеноз устьев коронарных артерий при кардиоваскулярном сифилисе	стр. 83
Кисина В.И., Жукова О.В., Романова И.В., Полевщикова С.А., Хайруллина Г.А., Гуцин А.Е. Частота и спектр мутаций m.genitalium в сопоставлении с характером клинических проявлений заболевания	стр. 84
Кисина В.И., Махова Т.И., Анисимова Н.С., Головешкина Е.Н., Гуцин А.Е. Распространенность ИППП и нарушений вагинального микробиоценоза, выявляемых рутинными и молекулярно-биологическими методами, у асимтомных пациенток	стр. 85
Ключарева С.В., Ключарев Г.В. Лечение впч – современный взгляд на проблему	стр. 86
Ключарева С.В., Пономарев И.В., Нечаева О.С., Гусева С.Н., Белова Е.А. Опыт использования лазера на парах меди (511 и 578) для лечения новообразований в периорбитальной области	стр. 86
Кондратьева Ю.С., Ведлер А.А. Поведенческие риски развития заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов с псориазом	стр. 87
Корнишева В.Г., Черныш С.И., Ницетенко Д.Ю. Применение гидрогеля «энтомикс» с комплексом антимикробных пептидов природного происхождения (flir7) при лечении пиодермий и микробной экземы	стр. 88
Корсунская И.М., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Качанова Н.В., Мельниченко О.О. Плазмаферез в терапии зудящих дерматозов	стр. 89
Кочетков М.А. От линзы-лупы к флуоресцентной мультифотонной томографии кожи: эволюция методов оптической визуализации в дерматологии	стр. 89
Кусая Н.В. К вопросу дифференциального диагноза пигментных образований кожи	стр. 90
Лебедева Е.В., Полевщикова С.А., Сапожникова Н.А., Маляренко Е.Н., Львов А.Н. Иммунологические аспекты заболеваний группы акантолитической пузырьчатки	стр. 91

Лупашко О.В. Клинико-эпидемиологические особенности папилломавирусной инфекции у детей и подростков за 2014-2016 годы	стр. 91
Маймасов И.Г., Горбачук Н.В., Иванова Е.С., Артюхина Л.Ю., Зелтынь-Абрамов Е.М. Особенности диагностики кожных неоплазий в рамках междисциплинарных взаимодействий в многопрофильном стационаре (клинические наблюдения)	стр. 92
Майорова А.В., Шугинина Е.А., Арутюнян Л.С., Рассохина О.И. Дерматоскопия: особенности эффективного обучения	стр. 92
Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Воронцова И.В., Корсунская И.М. Терапия псориаза на фоне вич-инфекции и гепатитов	стр. 93
Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Левощенко Е.П., Стоянова Г.Н., Кулешов А.Н., Корсунская И.М. Нейросифилис под маской психо-неврологических нарушений	стр. 93
Маляренко Е.Н., Моднова А.Г., Денисова Е.В., Бобров М.А., Полевщикова С.А., Платонова Д.В., Макматов-Рысь М.Б., Корсунская И.М. Развитие буллезного пемфигоида у пациента с длительным анамнезом вульгарного псориаза: описание клинического случая	стр. 94
Маляренко Е.Н., Моднова А.Г., Стоянова Г.Н., Черепнева О.В., Бобров М.А., Макматов-Рысь М.Б., Корсунская И.М. Редкий клинико-морфологический вариант кольцевидной гранулемы	стр. 95
Марданлы С.Г., Арсеньева В.А., Амелина Е.А. Разработка набора реагентов для одновременного выявления антител к основным возбудителям torch-инфекций в формате линейного иммуноблоттинга	стр. 96
Марданлы С.С., Арсеньева В.А., Амелина Е.А., Ротанов С.В., Марданлы С.Г. Одновременная детекция серологических маркеров основных герпесвирусных инфекций	стр. 96
Маслевская Л.А., Колесникова Е.О., Головач Н.А., Федосова Ж.А. Опыт применения мультивосстанавливающего средства Cicaplast Baume B5 От La Roche-Posay в лечении атопического дерматита	стр. 96
Маторин О.В., Поляков А.П., Ратушный М.В., Филюшин М.М., Рассохина О.И., Кудрин К.Г., Зенкина Е.В. Скрининг и ранняя диагностика меланокитарных новообразований кожи	стр. 97
Миченко А.В., Валитова И.В., Негашева Е.С., Заторская Н.Ф., Львов А.Н., Утюмова Д.А. Особенности ведения детей и подростков с факторами риска развития меланомы и имитаторами меланомы	стр. 98
Миченко А.В., Кочетков М.А., Валитова И.В., Вахитова И.И., Заторская Н.Ф., Львов А.Н. Факторы, влияющие на возрастные особенности дерматоскопического строения меланокитарных невусов	стр. 98
Моисеева И.В., Дорохина О.В. Эффективность применения эмоленов в профилактике обострений хронических аллергодерматозов в условиях металлургического производства: клинический опыт	стр. 99
Молочков В.А., Кильдюшевский А.В., Карзанов О.В. Опыт применения экстракорпоральной фотохимиотерапии в лечении т-клеточных лимфом кожи	стр. 100
Молочков А.В., Молочков В.А., Сухова Т.Е., Третьякова Е.И., Молочкова Ю.В., Кунцевич Ж.С., Коновалова Л.В., Галкин В.Н., Романко Ю.С. Фотодинамическая терапия базалиомы с использованием фотосенсибилизаторов различных классов	стр. 101
Монтес Росель К.В., Газарян О.Л. Встречаемость микозов стоп при дерматофитиях крупных складок	стр. 101
Монтес Росель К.В., Малярчук А.П., Саверская Е.Н. Междисциплинарное значение проблемы профилактики микозов стоп	стр. 102
Моргачева А.А., Пашкин И.И., Иванова Л.И., Рассохина О.И., Шугинина Е.А. Новая философия восстановления кожи после любого экстремального воздействия	стр. 103
Моргачева А.А., Пашкин И.И., Иванова Л.И., Рассохина О.И., Шугинина Е.А. Новая генерация поверхностных химических пилингов в коррекции капилляропатий	стр. 103

Мураков С.В., Галачиев О.В., Макеева Д.И., Попков С.А. Патогенетические особенности рецидивирующего кандидоза вульвы и вагины	стр. 104
Мыслович Л.В. Лазерные и ipr технологии в селективной тактике коррекции телеангиоэктазий	стр. 104
Некрасова Л.В., Флак Г.А. Особенности дополнительного профессионального образования	стр. 105
Немирова С.В., Петрова К.С., Петрова Г.А., Симанкина Ж.Д., Кортаев П.В., Гольдин А.Р. Неинвазивная оценка динамики васкуляризации кожи	стр. 106
Новожилова О.Л. Сифилис среди трудовых мигрантов в городе Москве: частота выявления, структура клинических форм, гендерный состав больных и страны прибытия	стр. 107
Носачева О.А. Сравнительная оценка течения и терапии акне у детей 7-17 лет и взрослых 18-30 лет	стр. 107
Носачева О.А. Терапия акне у детей с легким и средним течением	стр. 108
Носачева О.А. Показатели качества жизни детей с акне	стр. 109
Пантелеев А.А. Современные биотехнологии и проблемы регенерации кожных покровов человека	стр. 109
Пересадына С.К., Коротков К.А. Диагностика и лечение новообразований кожи с учетом специфических травмирующих факторов у военнослужащих войск национальной гвардии	стр. 110
Петерсен Е.В., Гурьева С.С., Корниенко И.А., Сидорук К.В., Давыдова Л.И., Богуш В.Г., Фриго Н.В. Разработка трехмерных клеточных конструкций на основе рекомбинантных спидроинов для восстановления дефектов кожи	стр. 110
Петрова К.С., Петрова Г.А., Дерпалюк Е.Н., Гаранина О.Е. ОКТ в диагностике новообразований кожи: новые модификации – новые возможности	стр. 111
Петрова К.С., Петрова Г.А., Немирова С.В., Гаврикова Т.В. Использование окт для контроля уровня введения препаратов гиалуроновой кислоты	стр. 111
Петрова К.С., Петрова Г.А., Немирова С.В., Симанкина Ж.Д., Миронычева А.М., Сайгина И.Ю. ОКТ 3D: новые возможности	стр. 112
Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Зенкина Е.В. Принципы хирургического лечения и выбор варианта реконструкции покровных тканей головы и шеи в зависимости от распространенности злокачественного новообразования кожи	стр. 112
Потапова А.А., Ермолаева М.И., Шульгина М.М., Гусев А.С., Ипатов П.А., Красун Н.В., Моденова О.А. Выявление маркеров вирусных гепатитов в и с и вич-инфекции при массовом скрининге: проблемы и их решения	стр. 113
Потекаев Н.Н., Фриго Н.В., Жукова О.В. Лабораторные технологии в верификации дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем	стр. 114
Потекаев Н.Н., Фриго Н.В., Новожилова О.Л., Скворцова А.И., Маева И.В. Заболееваемость гонококковой инфекцией в городе Москве: анализ эпидемиологической ситуации за период с 2011 по 2015 год	стр. 115
Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Денисова Е.В., Бобров М.А., Невозинская З.А., Плиева К.Т., Платонова Д.В. Роль гистологического исследования в диагностике крупнобляшечного параспориоза и т-клеточной лимфомы	стр. 115
Пурцхванидзе В.А., Орлова П.Г. Фотодинамическая терапия в дерматологии и косметологии	стр. 116
Разнатовский К.И., Вашкевич А.А., Котрехова Л.П., Резцова П.А., Аликбаев Т.З. Особенности поражения различных участков тела при микробной экземе	стр. 116

Разнатовский К.И., Вашкевич А.А., Кривоконова А.И., Максимова М.Д., Котрехова Л.П. Оценка эффективности комбинированной терапии витилиго	стр. 117
Рождественская Е.А., Дударева Л.Н., Ларионова Е.В., Заторская Н.Ф. Физиотерапевтические методы в комплексном лечении и профилактике дерматозов у детей	стр. 118
Румянцев С.А., Молочков А.В., Хлебникова А.Н. Интерферонотерапия гигантской базалиомы	стр. 118
Свищевская Е.В., Матушевская Е.В., Фаттахова Г.В., Коцарева О.Д., Махнева Н.В. Тест-система для диагностики вульгарной пузырчатки на основе клеточного иммуно-ферментного анализа	стр. 119
Сергеев Ю.Ю., Сергеев В.Ю. Возможна ли удаленная диагностика новообразований кожи?	стр. 120
Скворцова А.И., Халдин А.А., Новожилова О.Л., Лопухов П.Д., Исаева Д.Р., Лупашко О.В. Вакцинопрофилактика аногенитальных бородавок: анализ мирового опыта	стр. 121
Соболев В.В., Денисова Е.В., Пирузян А.Л., Соболева А.Г., Корсунская И.М. Разработка алгоритма терапии псориаза с учетом роли метелирования в патологическом процессе	стр. 121
Соколова А.А., Гребенюк В.Н., Гришко Т.Н., Урпин М.В., Заторская Н.Ф. Современные аспекты генитального склероатрофического лишая у детей	стр. 122
Соколова Т.В., Монтес Росель К.В., Малярчук А.П., Саверская Е.Н. Междисциплинарное значение проблемы профилактики микозов стоп	стр. 122
Соколовская Т.А. Климактерий и инфекции, передаваемые половым путем: проблемы и перспективы	стр. 123
Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ахматова Н.К., Кузьминская М.А. Прогностическая значимость определения некоторых показателей врожденного иммунитета в коже	стр. 124
Софинская Г.В., Талыбова А.П., Полонская Н.А. УЗ-диагностика в практике клинических исследований	стр. 124
Стрибук П.В. Клинический случай спинной сухотки: лечение цефтриаксоном	стр. 125
Суворов С.А. Особенности механизма терапевтического действия электромагнитного излучения миллиметрового диапазона при хроническом простатите	стр. 126
Сюч Н.И., Гришина Т.И., Шляпников К.А. Герпесассоциированные заболевания у пациентов многопрофильного стационара	стр. 127
Толмачев Д.А. Применение методов функциональной диагностики в дерматовенерологической службе удмуртской республики	стр. 127
Трофимова И. Б., Гевондян Н. М., Ковалева Т. В., Ковалева Е. В., Земсков М. Д. Изучение роли протективной функции в-системы иммунитета в патогенезе липоидного некробиоза у больных сахарным диабетом 2 типа	стр. 128
Турбовская С.Н., Круглова Л.С. Опыт применения пува-ванн у детей с ладонно-подошвенным псориазом	стр. 129
Турбовская С.Н., Круглова Л.С. Применение широкополосной (УФВ 280-320НМ) фототерапии у пациентов детского возраста с распространенным псориазом	стр. 130
Усакин Л.А., Соловьева Е.В., Рудяк С.Г., Кляйн О.И., Пальцев М.А., Пантелеев А.А. Роль гипоксии в регуляции экспрессии кератина 1 и дифференцировке эпидермальных кератиноцитов кожи	стр. 130
Устьян А.А., Баткаева Н.В., Баткаев Э.А., Маляренко А.Е. Диагностика псориазического артрита в стационаре дерматологического профиля	стр. 131
Уфимцева М.А., Антонова С.Б., Голубкова А.А. Дерматомикозы у детей, занимающихся в секциях контактных видов спорта	стр. 131

Хамаганова И.В., Свитич О.А., Ганковская Л.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Гольялиев Дж. Исследование экспрессии генов молекул врожденного иммунитета у пациентов со склероатрофическимлихеном	стр. 132
Хачикян Х.М., Карапетян Ш.В. Оценка качества жизни больных со среднетяжелыми формами папулезно-бляшечного псориаза	стр. 133
Хлебникова А.Н., Селезнева Е.В., Белова Л.А. Особенности базальноклеточного рака при ультразвуковом исследовании	стр. 133
Хлыстова Е.А., Львов А.Н. Алгоритм подбора индивидуальных доз метотрексата у больных псориазом с учетом спектра коморбидностей .	стр. 134
Чеботарева Н.В., Чеботарев В.В., Асхаков М.С. Осложнения контурной пластики и тредлифтинга, способы их коррекции	стр. 134
Шарова Н.М., Кукало С.В. Приверженность лечению больных с онихомикозами	стр. 135
Шарова Н.М., Кукало С.В. Опыт применения крема комфодерм м2 у больных атопическим дерматитом	стр. 135
Шаруханова А.А., Гладько В.В., Флакс Г.А., Масюкова С.А., Ильина И.В. Дифференцированная терапия мелазмы	стр. 136
Шугнина Е.А., Рассохина О.И., Моргачева А.А., Пашкин И.И., Иванова Л.И. Розацеа. Еще один способ восстановления внешнего облика (клинические наблюдения)	стр. 136
Эсаулова Т.А., Шариков Ю.Н., Волик А.П. Комплексная терапия токсикоаллергических поражений кожи с использованием эндозкологической реабилитации по Левину	стр. 137
Яковлев А.Б., Савенков В.В., Булова С.А. Перспективы иммунной терапии гнойно-некротических процессов в коже	стр. 138
Якушина Т.В., Воронцова Л.Д., Некрасова Л.В. Рациональное питание – ключ к красоте, здоровой жизни и долголетию	стр. 138
Современные возможности терапии акне Шульгина И. Г., Лиса Е. М., ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиал «Первомайский»	стр. 139
Клинические и патогенетические аспекты атопического дерматита и их коррекция. Васенова В.Ю., д.м.н, профессор, ГБОУ ВПО РММУ им. Н.И. Пирогова Каирова А.Н., заведующий филиалом «Кутузовским» врач дерматовенеролог, МНПЦДК ДЗМ филиала «Кутузовский»	стр. 139
Опухоль-ассоциированные системные аутоиммунные заболевания. Ломакина Е.А., заведующий филиалом «Пролетарский» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, к.м.н. Зарубина Е.В., заведующая II дерматовенерологическим отделением ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Пролетарский» Чермошнцева О.М., врач-дерматовенеролог ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Пролетарский»	стр. 139
К вопросу терапии тяжелых форм псориаза Ломакина Е.А., заведующий филиалом «Пролетарский» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, к.м.н. Зарубина Е.В., заведующая II дерматовенерологическим отделением ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Пролетарский» Краснощечкая В.Б., врач-дерматовенеролог ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, филиал «Пролетарский»	стр. 140

Конкурс молодых ученых

Аптикеева Э.Д., Давыдов Ю.В. Клинический опыт применения световых методов лечения инфантильных гемангиом в дерматокосметологии ...	стр. 141
Бизунова М.А., Таганов А.В., Сергеева И.Г. Ультразвуковые паттерны доброкачественных новообразований кожи	стр. 141
Деева Н.В., Сергеева И.Г. Особенности телогеновой алопеции при аутоиммунном тиреоидите	стр. 142

Закирова Г.Ш., Гладько В.В., Губанова Е.И., Вавилова А.А., Журавель М.В. Контурная пластика и витализация – безопасное и эффективное сочетание. ближайшие и отдаленные результаты	стр. 142
Иконникова Е.В. Сравнительный анализ эффективности лазерной терапии с длиной волны 755 нм и 1064 нм в терапии неопухольевых меланиновых гиперпигментаций кожи	стр. 143
Исаева Д.Р. Анализ эпидемиологии папилломавирусной инфекции в сочетании с коморбидными патологиями	стр. 144
Кашаева А.И. О сопроводительной увлажняющей терапии пациентам с акне	стр. 144
Королева Т.В., Круглова Л.С. ДИКЖ и СДИКЖ в оценке качества жизни детей, страдающих atopическим дерматитом	стр. 145
Крючкова И.В., Филимонов П.Н., Титенко А.В., Сергеева И.Г. НК-клеточная бластная лимфома под «маской» системного васкулита: клиническое наблюдение	стр. 145
Мерзликина Н.А., Шахнович А.А. Лазерофорез биотина в лечении неинфекционных ониходистрофий у пациентов с хронической экземой кистей	стр. 146
Назаренко А.Р., Миченко А.В. Перипоральный кератоз ганса; клинические особенности редкой патологии	стр. 147
Передельская М.Ю., Ненашева Н.М. Синдром Стивенса-Джонсона в практике врача: вариант течения	стр. 147
Петина А.М., Жучков М.В. Разработка автоматической ручки-инъектора ботулинического токсина «Votopen»	стр. 148
Петрова И.С. Опыт применения комбинированной терапии с использованием аутогенной тромбоцитарной плазмы и антимикотических препаратов у пациенток со склеротическим лишеном вульвы	стр. 149
Попова О.Ю., Круглова Л.С. Очаговая алопеция: оценка эффективности и безопасности применения метотрексата в комбинации с узкополосной УФБ фототерапией (311 нм)	стр. 150
Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Бобко С.И., Миченко А.В., Кочетков М.А., Важбин Л.Б., Максимова И.В., Бобров М.А. Нелангергансовый гистиоцитоз (болезнь Розаи-Дорфмана)	стр. 150
Тверье Е.А., Пантелеев А.А. Роль генов семейства SIAN в развитии кожи и ее производных	стр. 151
Чикиткина Ю.А., Сытина Е.В., Пантелеев А.А. Новая стабильная линия иммортализованных дермальных фибробластов как модель для исследования физиологии и патологии кожи	стр. 151
Шаршунова А.А., Стенько А.Г., Софинская Г.В. Терапия эритемато-телеангиэктатического подтипа розацеа: анализ эффективности местной монотерапии неодимовым лазером (1064 нм)	стр. 152
Явкун В.В., Нарышкина А.А. Катамнез эпидермолитического гиперкератоза	стр. 153

Научная программа, каталог выставки и тезисы
X Международный форум
дерматовенерологов и косметологов
«Перспективы дерматовенерологии и косметологии XXI века –
приоритет эффективности и персонализированной медицины»

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»



Сдано в набор 25.2.2016. Подписано в печать 4.3.2016. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Segoe UI. Печать офсетная. Тираж 430 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45