

## Содержание

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| Приветственное слово .....        | 3   |
| Организационный комитет .....     | 4   |
| Программа .....                   | 6   |
| Каталог выставки.....             | 16  |
| Сборник тезисов .....             | 35  |
| Содержание сборника тезисов ..... | 111 |

Краткая информация из Инструкции по применению лекарственного препарата для медицинского применения Валвир. Регистрационный номер: ЛП-001723. Торговое название: Валвир. МНН: Валацикловир. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Фармакологическая группа: противовирусное средство. Код АТХ: J05AB11. Показания к применению: лечение опоясывающего герпеса, лечение и профилактика рецидивов инфекций кожи и слизистых оболочек, вызванных вирусом простого герпеса (включая впервые выявленный и рецидивирующий)

у взрослых и детей старше 12 лет. Противопоказание: гиперчувствительность к валацикловиру, ацикловиру и другим компонентам препарата; клинически выраженные формы ВИЧ-инфекции при содержании CD4+лимфоцитов менее 100/мкл; трансплантация костного мозга; трансплантация почки; детский возраст. Полная информация — см. Инструкцию по применению. Способ применения и дозы: опоясывающий герпес — по 1000 мг 3 раза/сут, в течение 7 дней. Простой герпес — по 500 мг 2 раза/сут. В острый рецидивный курс: 3 или 5 дней, при первом эпизоде — до 10 дней. Для таргетной терапии герпеса — 2, 2 раза в течение 1 дня. У взрослых пациентов с иммунодефицитом — 500 мг 2 раза/сут, для взрослых пациентов с иммунодефицитом — 500 мг 2 раза/сут. Продолжительность курса — 4–12 мес. Профилактика инфицирования генитальным герпесом здорового партнера: инфицированным взрослым с сохраненным иммунитетом и с числом обострений до 9 в год — по 500 мг 1 раз/сут в течение 1 года и более, каждый день при регулярной половой жизни, при нерегулярных половых контактах — за 3 дня до предполагаемого полового контакта. Профилактика цитомегаловирусной инфекции: взрослым и подросткам старше 12 лет — по 2 г 1 раз/сут, (как можно раньше, после трансплантации). Продолжительность курса — 90 дней, но у больных с высоким риском лечения может быть более длительным. Полная информация — см. Инструкцию по применению. Побочные эффекты: наиболее часто возникающие побочные реакции — головная боль и тошнота. Полная информация — см. Инструкцию по применению. Условия отпуска из аптек: по рецепту. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в Инструкции по применению.

# ВАЛВИР

ВАЛАЦИКЛОВИР  
ЕВРОПЕЙСКОГО\* КАЧЕСТВА<sup>1</sup>  
ДЛЯ ТЕРАПИИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА  
С УДОБНЫМ РЕЖИМОМ ПРИЕМА<sup>2</sup>



\* Произведено в Исландии. 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Валвир. 2. М.В. Горячкина, Т.А. Белоусова, «Эпизодическая и супрессивная терапия простого герпеса ациклическими нуклеозидами», Клиническая дерматология и венерология №4/2014, с. 68-74.

Общество с ограниченной ответственностью «Тева», Россия, 115054, Москва, ул. Валовая, 35, БЦ Wall Street. Тел.: +7(495)644-22-34, факс: +7(495)644-22-35, e-mail: info@teva.ru.

Информация предназначена для медицинских работников.

VALV-RU-00062-DOK-PHARM



## Глубокоуважаемые коллеги!

Сердечно приветствую вас на VII Межрегиональном форуме дерматовенерологов и косметологов!

Традиционно Форум является весьма масштабным международным мероприятием. Для участия в нем приглашены известные ученые и научные сотрудники, руководители и врачи практического здравоохранения.

Столь широкое представительство свидетельствует о востребованности подобного формата общения, о реальных перспективах его перевода на постоянную основу. На повестке Форума – актуальные проблемы, связанные с диагностикой, терапией и профилактикой наиболее распространенных дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем.

В нашей стране решению этих вопросов традиционно уделяется приоритетное внимание. Делегаты будут рады рассказать о своих достижениях и одновременно изучить опыт зарубежных коллег.

Уверен, что в ходе ваших содержательных дискуссий будут выработаны новые интересные идеи и инициативы, а форум утвердится в качестве эффективного механизма многостороннего сотрудничества.

От души желаю вам успехов и всего самого доброго!

Профессор  Н.Н. Потекаев

# Организационный комитет

## ФОРУМ ПРОВОДИТСЯ ПОД ПАТРОНАТОМ:

- Правительство Москвы
- Департамента здравоохранения города Москвы;
- Национального альянса дерматологов и косметологов;
- Кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;
- Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.

## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГКОМИТЕТА

### Хрипун Алексей Иванович

министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

## ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ОРГКОМИТЕТА

### Потекаев Николай Николаевич

главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы, директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

### Баткаев Эдуард Алексеевич

заведующий кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, д.м.н., профессор

### Владимирова Елена Владимирович

заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации ФМБА России, профессор

### Гомберг Михаил Александрович

президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ», главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

### Карпова Елена Ивановна

профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

### Кисина Вера Ивановна

профессор кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

### Короткий Николай Гаврилович

заведующий кафедрой дерматовенерологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

### Королькова Татьяна Николаевна

заведующая кафедрой косметологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, Председатель Научно-практического общества врачей косметологов Санкт-Петербурга, Вице-президент Национального Альянса дерматологов и косметологов, д.м.н., профессор

### Круглова Лариса Сергеевна

проректор по учебной работе ЦГМА УДП РФ, профессор

### Львов Андрей Николаевич

заведующий отделом клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

### Фриго Наталья Владиславовна

заместитель директора по научной работе Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н.

### Молочков Владимир Алексеевич

заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор

### Молочков Антон Владимирович

заместитель директора МОНКИ им. М.Ф.Владимирского по научной, учебной и международной работе, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФПКМР РУДН, д.м.н., профессор

### Перламутров Юрий Николаевич

заведующий кафедрой дерматовенерологии МГМСУ им. Е.И. Евдокимова, профессор

### Разнатовский Константин Игоревич

главный дерматовенеролог и косметолог Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой дерматовенерологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н., профессор

### Сергеев Алексей Юрьевич

профессор кафедры аллергологии и иммунологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор

### Свечникова Елена Владимировна

профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО "ЦГМА" УДП РФ, д.м.н.

### Титов Константин Сергеевич

заведующий онкохирургическим отделением опухолей кожи и мягких тканей МКНЦ ДЗМ, д.м.н.

### Тищенко Андрей Леонидович

заведующий кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета РУДН, д.м.н., профессор

### Хамаганова Ирина Владимировна

профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

## ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ

### Гаджигорова Аида Гусейхановна

доцент кафедры восстановительной медицины с курсом реабилитации кожи с применением методов и средств, используемых в косметологии ФДПОП Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.

### Демина Ольга Михайловна

координатор научной программы, доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**Доля Ольга Валентиновна**

консультант Московского научно-практического центра ДЗМ, заместитель главного редактора журнала «Клиническая дерматология и венерология», д.м.н., профессор

**Жукова Ольга Валентиновна**

главный врач Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., доцент

**Иванова Маиса Афанасьевна**

главный научный сотрудник отделения проблем социально обусловленных заболеваний ФГУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, д.м.н., профессор

**Халдин Алексей Анатольевич**

ведущий научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

**Шугнина Елена Андреевна**

институт ДПО "Институт пластической хирургии и фундаментальной косметологии" РАЕН, доцент

**Цыкин Алексей Александрович**

доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**Юцковская Яна Александровна**

заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Владивостокского ГМУ, директор ООО «Профессорская клиника Юцковских», президент Дальневосточной ассоциации эстетической медицины, председатель Дальневосточного отделения МООСБТ, д.м.н., профессор

**Сюч Наталья Иосифовна**

заведующая центральной верификационной КДЛ Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ

**ПОПЕЧИТЕЛЬСКИЙ СОВЕТ****Девяткин Андрей Викторович**

главный внештатный специалист по инфекционным болезням ДЗМ, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Инфекционная клиническая больница №1 Департамента здравоохранения города Москвы», д.м.н.

**Колтунов Игорь Ефимович**

главный внештатный специалист педиатр ДЗМ, главный врач ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», д.м.н., профессор

**Конопляников Александр Георгиевич**

главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии ДЗМ, профессор кафедры акушерства и гинекологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

**Мазус Алексей Израильевич**

главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции ДЗМ, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы (МГЦ СПИД), заместитель главного врача ИКБ № 2 по медицинской части, д.м.н.

**Мантурова Наталья Евгеньевна**

главный внештатный специалист пластический хирург Министерства Здравоохранения РФ, главный внештатный специалист пластический хирург ДЗМ, заведующий кафедрой пластической хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

**Пампура Александр Николаевич**

главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог ДЗМ, заведующий отделом аллергологии и клинической иммунологии обособленного структурного подразделения Научно-исследовательский клинический институт педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, д.м.н.

**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**

главный внештатный специалист уролог ДЗМ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор

**Решетов Игорь Владимирович**

заведующий кафедрой пластической хирургии ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, академик РАН, заведующий кафедрой онкологии с курсом пластической хирургии ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, д.м.н., профессор

**Хатьков Игорь Евгеньевич**

главный внештатный специалист онколог ДЗМ, директор ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр», д.м.н., профессор

**Цибин Александр Николаевич**

главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике ДЗМ, заведующий отделом организации и контроля деятельности лабораторной службы ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

# 19 октября

## Большой зал

## Сектор А

|       |   |  |
|-------|---|--|
| 09:00 |   |  |
| 09:15 |   |  |
| 09:30 |   |  |
| 09:45 |   |  |
| 10:00 | <b>Торжественное открытие Форума</b><br>Председатель Хрипун А.И.<br>Сопредседатель Потекаев Н.Н.<br>Президиум: Разнатовский К.И., Львов А.Н., Гомберг М.А., Мантурова Н.Е.,<br>Короткий Н.Г., Королькова Т.Н. |  |
| 10:15 |   |  |
| 10:30 |   |  |
| 10:45 |   |  |
| 11:00 |   | <b>Пленарное заседание</b><br><b>Фундаментальные исследования в дерматовенерологии</b> |
| 11:15 |   |  |
| 11:30 |   |  |
| 11:45 |   |  |
| 12:00 |   |  |
| 12:15 |   |  |
| 12:30 |   |  |
| 12:45 |   |  |
| 13:00 |   | Сателлитный симпозиум при поддержке компании «Зелдис»                                  |
| 13:15 |   | <b>Восстановление измененного кожного барьера: новые возможности дерматологов</b>      |
| 13:30 |   | Председатель Потекаев Н.Н.   |
| 13:45 |   |  |
| 14:00 |   |  |
| 14:15 |   |  |
| 14:30 |   |  |
| 14:45 |   | Секция   |
| 15:00 |   | <b>Новое в диагностике, лечении и профилактики заболеваний кожи</b>                    |
| 15:15 |   | Сопредседатели: Короткий Н.Г., Молочков В.А.   |
| 15:30 |   |  |
| 15:45 |   |  |
| 16:00 |   |  |
| 16:15 |   |  |
| 16:30 |   |  |
| 16:45 |   | Секция   |
| 17:00 |   | <b>Фундаментальные исследования в дерматовенерологии-I</b>                             |
| 17:15 |   | Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Волнухин В.А.                               |
| 17:30 |   |  |
| 17:45 |   |  |
| 18:00 |   |  |
| 18:15 |   |  |
| 18:30 |   |  |

## Сектор В

## Сектор Т

|  |   |       |
|--|---|-------|
|  |   | 09:00 |
|  |   | 09:15 |
|  |   | 09:30 |
|  |   | 09:45 |
|  |   | 10:00 |
|  |   | 10:15 |
|  |   | 10:30 |
|  |   | 10:45 |
|  |   | 11:00 |
|  |   | 11:15 |
|  |   | 11:30 |
|  |   | 11:45 |
|  |   | 12:00 |
|  |   | 12:15 |
|  |   | 12:30 |
|  |   | 12:45 |
| Секция<br>Комбинированные и сочетанные методы в косметологии: контурная инъекционная пластика, ботулинотерапия, мезотерапия, пилинги, PRP, тредлифтинг.<br>Школа косметолога<br>Сопредседатели: Королькова Т.Н., Карпова Е.И., Демина О.М. | Сателлитный симпозиум при поддержке компании «Тева»<br>Герпесвирусная инфекция – от диагностики до лечения<br>Председатель: Гомберг М.А.  | 13:00 |
|  |   | 13:15 |
|  |   | 13:30 |
|  |   | 13:45 |
|  |   | 14:00 |
|  |   | 14:15 |
|  |   | 14:30 |
| Секция<br>Эстетическая медицина: техники, протоколы, технологии<br>Председатель Ключарева С.В.   | Секция<br>Поражение кожи и слизистых у ВИЧ-инфицированных. Разбор клинических примеров<br>Сопредседатели: Мазус А.И., Гомберг М.А.  | 14:45 |
|  |   | 15:00 |
|  |   | 15:15 |
|  |   | 15:30 |
|  |   | 15:45 |
|  |   | 16:00 |
|  |   | 16:15 |
| Секция<br>Трихология<br>Председатель Гаджигороева А.Г.   | Секция<br>Новое в эпидемиологии, диагностике, клинике и терапии инфекций, передаваемых половым путем<br>Сопредседатели: Кисина В.И., Фриго Н.В., Гомберг М.А., Халдин А.А., Гуцин А.Е., Липова Е.В. | 16:30 |
|  |   | 16:45 |
|  |   | 17:00 |
|  |   | 17:15 |
|  |   | 17:30 |
|  |   | 17:45 |
|  |   | 18:00 |
|  |   | 18:15 |
|  |   | 18:30 |

# 20 октября

## Сектор А

|       |  |
|-------|--|
| 09:00 |  |
| 09:15 |  |
| 09:30 |  |
| 09:45 |  |
| 10:00 | Секция<br>Фундаментальные исследования в дерматовенерологии-II<br>Сопредседатели: Потехаев Н.Н., Львов А.Н.  |
| 10:15 |  |
| 10:30 |  |
| 10:45 |  |
| 11:00 |  |
| 11:15 |  |
| 11:30 |  |
| 11:45 |  |
| 12:00 | Сателлитный симпозиум при поддержке компании La Roche-Posay<br>Атопический дерматит: новые горизонты комплексной терапии<br>Сопредседатели: Львов А.Н., Миченко А.В. |
| 12:15 |  |
| 12:30 |  |
| 12:45 |  |
| 13:00 |  |
| 13:15 |  |
| 13:30 |  |
| 13:45 | Секция<br>Фундаментальные аспекты лабораторных исследований в дерматовенерологии<br>Сопредседатели: Фриго Н.В., Львов А.Н., Пантелеев А.А.                           |
| 14:00 |  |
| 14:15 |  |
| 14:30 |  |
| 14:45 |  |
| 15:00 | Секция<br>Современные тенденции диагностики, лечения и профилактики болезней кожи<br>Сопредседатели: Васенова В.Ю., Тищенко А.Л., Демина О.М.                        |
| 15:15 |  |
| 15:30 |  |
| 15:45 |  |
| 16:00 |  |
| 16:15 |  |
| 16:30 |  |
| 16:45 |  |
| 17:00 |  |
| 17:15 |  |
| 17:30 |  |
| 17:45 |  |
| 18:00 |  |
| 18:15 |  |
| 18:30 |  |



## Сектор В

## Сектор Т

|   |  |       |
|---|--|-------|
|   |  | 09:00 |
|   |  | 09:15 |
|   |  | 09:30 |
|   |  | 09:45 |
|   |  | 10:00 |
| Секция<br>Организация здравоохранения и нормативно-<br>правовые вопросы<br>Сопредседатели: Иванова М.А., Зильберберг Н.В., Сырнева Т.А.                       | Секция<br>Актуальные проблемы венерологии<br>Сопредседатели: Гомберг М.А., Бутов Ю.С., Лосева О.К. | 10:15 |
|   |  | 10:30 |
|   |  | 10:45 |
|   |  | 11:00 |
|   |  | 11:15 |
|   |  | 11:30 |
|   |  | 11:45 |
| Секция<br>Актуальные вопросы диагностики, лечения и про-<br>филактики заболеваний кожи<br>Сопредседатели: Перламутров Ю.Н., Корсунская И.М.,<br>Круглова Л.С. | Секция<br>Дерматоскопия<br>Сопредседатели: Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю.                              | 12:00 |
|   |  | 12:15 |
|   |  | 12:30 |
|   |  | 12:45 |
|   |  | 13:00 |
|   |  | 13:15 |
|   |  | 13:30 |
|   |  | 13:45 |
| Секция<br>Детская дерматовенерология<br>Сопредседатели: Короткий Н.Г., Тамразова О.Б., Заторская И.Ф.   | Секция<br>Онкодерматология<br>Сопредседатели: Титов К.С., Поляков А.П., Акимов В.Г.                | 14:00 |
|   |  | 14:15 |
|   |  | 14:30 |
|   |  | 14:45 |
|   |  | 15:00 |
|   | Секция<br>Дерматоонкология<br>Сопредседатели: Молочков А.В., Акимов В.Г., Поляков А.П.             | 15:15 |
|   |  | 15:30 |
|   |  | 15:45 |
| Секция<br>Методы неинвазивной диагностики в дерматовене-<br>рологии и косметологии.<br>Школа дерматолога<br>Сопредседатели: Торшина И.Е., Васенова В.Ю.       |  | 16:00 |
|   |  | 16:15 |
|   |  | 16:30 |
|   |  | 16:45 |
|   |  | 17:00 |
|   |  | 17:15 |
|   |  | 17:30 |
|   |  | 17:45 |
|   |  | 18:00 |
|   |  | 18:15 |
|   |  | 18:30 |

# Научная программа VII Межрегионального форума дерматовенерологов и косметологов

19 октября

09:00-10:00

**Регистрация участников**

## Большой конференц-зал

10:00-10:30

**Торжественное открытие Форума.**

Председатель Хрипун А.И. – министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

Сопредседатель Потехаев Н.Н. – главный дерматовенеролог-косметолог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

Президиум: Разнатовский К.И., Львов А.Н., Гомберг М.А., Мантурова Н.Е., Короткий Н.Г., Королькова Т.Н.

10:30-12:30

**пленарное заседание**

**Фундаментальные исследования в дерматовенерологии.**

Технологии визуализации кожи в настоящем и будущем.

Потекаев Н.Н.

Аккредитация специалистов дерматовенерологического профиля и создание систем очно-заочного обучения в рамках НМО.

Разнатовский К.И., Потехаев Н.Н., Купеева И.А., Раводин Р.А.

Показательные дермадромы.

Львов А.Н.

Инфекции, передаваемые половым путем, в искусстве.

Гомберг М.А.

Опыт применения мезотерапии препаратами на основе экстрактов животного происхождения для коррекции возрастных изменений кожи.

Королькова Т.Н.

## Сектор А

12:45-14:15

**сателлитный симпозиум при поддержке компании «Зелдис»**

**Восстановление измененного кожного барьера: новые возможности дерматологов.**

Председатель Потехаев Н.Н.

Вступительное слово. Либредерм – новый взгляд на уход за кожей.

Потекаев Н.Н.

Адьювантная терапия акне.

Круглова Л.С.

Сухая кожа. Уход за кожей пациентов с ксерозами различного происхождения.

Львов А.Н.

Уход за кожей пациентов после срединных пилингов.

Иконникова Е.В.

Новые подходы к уходу за волосами и кожей головы.

Серов Д.Н.

14:30-16:15

**секция**

**Новое в диагностике, лечении и профилактики заболеваний кожи.**

Сопредседатели: Короткий Н.Г., Молочков В.А.

Наружная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний кожи: стратегия и тактика.

Махнева Н.В.

Метагеномы фагоцитов крови и фагоцитов псориатической кожи.

Песляк М.Ю., Короткий Н.Г.

Фактор риска атопического дерматита. Возможна ли профилактика?

Тамразова О.Б.

Актуальные вопросы терапии неопухолевых меланиновых гиперпигментаций.

Круглова Л.С., Стенько А.Г., Иконникова Е.В.

Возможности длительного контроля течения псориаза.

Львов А.Н.

16:30-18:00

**секция**

**Фундаментальные исследования в дерматовенерологии-I.**

Сопредседатели: Потехаев Н.Н., Львов А.Н., Волнухин В.А.

Хроническая реакция «трансплантат против хозяина».

Клинические аспекты, эффективность фототерапии.

Волнухин В.А.

Синдром Парри-Ромберга и линейная склеродермия по типу «удара саблей» – это синонимы?

Хамаганова И.В.

Глоссодиния и глоссопироз: современное состояние проблемы.

Терещенко А.В., Бобко С.И., Романов Д.В., Львов А.Н.

Сигнальные пути формирования фациальных эритем.

Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Хлыстова Е.А.

Дискуссия.

## Сектор В

12:45-14:15

секция

**Комбинированные и сочетанные методы в косметологии: контурная инъекционная пластика, ботулинотерапия, мезотерапия, пилинги, PRP, тред-лифтинг.**

**Школа косметолога**

Сопредседатели: Королькова Т.Н., Карпова Е.И., Демина О.М.

Анализ результатов «неэффективной» ботулинотерапии.  
Королькова Т.Н., Довбешко Т.Г.

Патогенетическое обоснование фотодинамического омоложения при старении кожи.

Демина О.М., Карпова Е.И., Газитаева З.

Сравнительный анализ сосудистых лазеров методом численного моделирования.

Пушкарева А.Е., Пономарев И.В., Исаев А.А., Ключарева С.В.

Первый случай выделения в России *Rothia Mucilaginosa* из крови пациентки с осложнением после контурной пластики.

Борисова О.Ю., Алешкин В.А., Каргальцева Н.М.,

Кочеровец В.И., Пастушенков В.Л., Карпова Е.И., Данищук О.И.,

Афанасьев С.С.

Алгоритм лечения компрессионно-ишемического синдрома.

Бизер М.А.

14:40-16:05

секция

**Эстетическая медицина: техники, протоколы, технологии.**

Председатель Ключарева С.В.

Микронутриенты и здоровье кожи. Лабораторный скрининг и метаболическая коррекция нутритивных дефицитов.

Измайлова Т.Д.

Клиническое применение нитей из 100% полимолочной кислоты (Франция) для коррекции возрастных изменений средней трети лица.

Васильева Е.В.

Мультикислотные химические пилинги. Перспективы применения в косметологии.

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

Восковая эпиляция подмышечных впадин: осложнения.

Альбанова В.И., Серебрякова Ю.С.

Методы коррекции гипоксических состояний кожи в/ч головы при андрогенетической алопеции.

Сафонова Л.А., Титель Ю.Б.

Сравнительная характеристика ремOVERов, представленных на международном и российском рынках, преимущества биохимической системы удаления пигментов перманентного макияжа и татуажа из кожи.

Клейман Т.А.

Опыт применения озонотерапии в программах глобального омоложения организма.

Клейман Т.А., Масленников О.В.

16:15-17:45

секция

**Трихология.**

Председатель Гаджигороева А.Г.

Дифференцированный подход к лечению чешуйчатых дерматозов кожи головы.

Гаджигороева А.Г.

Роль иммунной системы в развитии себорейного дерматита.

Бобко С.И.

Эффективность комплексной наружной терапии у пациентов с себорейным дерматитом.

Чистякова Т.В.

Алгоритм диагностики рубцовых alopecий.

Вавилов В.В.

Распространенность тревоги, депрессии и расстройств личности у пациентов с различными вариантами потери волос.

Романова Ю.Ю.

Трихология и эндокринология, на стыке двух специальностей.

Закарян Л.С.

## Сектор Т

12:45-14:15

сателлитный симпозиум при поддержке компании «Тева»

**Герпесвирусная инфекция – от диагностики до лечения.**

Председатель: Гомберг М.А.

Современные представления о клинике и этиотропной терапии простого герпеса.

Халдин А.А.

Опоясывающий герпес – тактика ведения пациентов.

Гомберг М.А.

Простой герпес, так ли все просто? От правильного диагноза к правильному лечению.

Чернова Н.И.

14:30-16:00

секция

**Поражение кожи и слизистых у ВИЧ-инфицированных. Разбор клинических примеров.**

Сопредседатели: Мазус А.И., Гомберг М.А.

Дифференциальная диагностика саркомы Капоши и бацилярного ангиоматоза.

Патран А.В.

Генерализованная саркома Капоши.

Патран А.В.

Особенности диагностики и лечения саркомы Капоши на фоне ВИЧ-инфекции.

Цыганова Е.В.

Поражение слизистых у ВИЧ-инфицированных.

Бессараб Т.П.

Дискуссия.

16:15-18:15

секция

**Новое в эпидемиологии, диагностике, клинике и терапии инфекций, передаваемых половым путем.**

Сопредседатели: Кисина В.И., Фриго Н.В., Гомберг М.А., Халдин А.А., Гуцин А.Е., Липова Е.В.

Совершенствование тактики лабораторного обследования пациентов с ИППП и урогенитальными инфекциями.

Гуцин А.Е., Фриго Н.В.

Роль лабораторных исследований в обосновании этиотропной терапии урогенитальных инфекций.

Липова Е.В.

Актуальные вопросы венерологии (по материалам школы для специалистов по ИППП в Хельсинки 30-31 августа 2017 г.).

Исаева Д., Халдин А.А.

Молекулярные методы в диагностике сифилиса.

Головешкина Е., Гуцин А.Е.

Современные диагностические технологии для выявления маркеров вируса простого герпеса.

Ротанов С.В., Марданлы С.С.

Тактика лабораторного обследования пациентов на наличие мутантных штаммов *M.genitalium* в клинической практике.

Хайруллина Г.А., Махова Т.И., Гуцин А.Е.

Ведение больных инфекцией, вызванной *Mycoplasma genitalium*: взгляд практических дерматовенерологов московского региона.

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

Нарушение микрофлоры влагалища как фактор риска развития уретрита и баланопостита у мужчин.

Ким Д., Тюленев Ю.А., Хайруллина Г.А., Гуцин А.Е., Гомберг М.А.

Дискуссия.

20 октября

09:00-10:00

Регистрация участников

## Сектор А

10:00-11:30

секция

**Фундаментальные исследования в дерматовенерологии-II.**

Сопредседатели: Потекаев Н.Н., Львов А.Н.

Нейропептиды кожи и их потенциальные биопро-  
дукты в контексте патофизиологических аспектов  
зуда.

Львов А.Н.

К вопросу определения и классификации пруриго  
(по результатам международного консенсуса).

Бобко С.И.

4D-сканирование кожи: отдаленная перспектива или  
ближайшая реальность?

Кочетков М.А.

Механизм развития дерматологических нежелатель-  
ных явлений как ориентир для подбора рациональной  
терапии.

Миченко А.В.

Дерматозы с косметически значимой локализацией.  
Значение медицинского камуфляжа в социальной  
адаптации пациента.

Львов А. Н.

11:45-13:15

**сателлитный симпозиум при поддержке компании La Roche-  
Posay**

**Атопический дерматит: новые горизонты комплекс-  
ной терапии.**

Сопредседатели: Львов А.Н., Миченко А.В.

В ходе симпозиума планируется обсудить:

- *Нейрогенное воспаление и микробная биопленка в патогенезе атопического дерматита.*
- *Новое в систематике и клинический патоморфоз.*
- *Стратегии наружной терапии и профилактики атопического дерматита.*
- *Инновационные средства лечебной косметики.*

13:30-15:00

секция

**Фундаментальные аспекты лабораторных исследо-  
ваний в дерматовенерологии.**

Сопредседатели: Фриго Н.В., Львов А.Н., Пантелеев А.А.

Механизмы патогенеза хронических язвенных дефектов  
кожи.

Пантелеев А.А.

Молекулярно-генетические методы в оценке эф-  
фективности лекарственных препаратов при дерма-  
тозах.

Соболев В.В., Климов Е.А.

Использование 3D-клеточных моделей кожи в дерма-  
тологии.

Петерсен Е.В., Попов П.В., Данилова Н.В., Потекаев Н.Н.,  
Фриго Н.В.

Многомерный дискриминантный анализ в диагностике  
нейросифилиса.

Потекаев Н.Н., Негашева Е.С., Негашева М.А., Фриго Н.В.

Иммуносорбент для детекции серологических марке-  
ров герпесвирусных инфекций человека.

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

15:15-17:15

секция

**Современные тенденции диагностики, лечения и  
профилактики болезней кожи.**

Сопредседатели: Васенова В.Ю., Тищенко А.Л., Демина О.М.

Современный взгляд на болезни ногтей.

Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.

Разработка состава и технологии получения гелей с  
антимикотическим действием на основе сложных фито-  
композиций и оценка их эффективности.

Локарев А.В., Волгин В.Н.

Болезнь Джилкрита.

Гаджимурадов М.Н., Джумалиева М.Д., Гашимова Х.А.,  
Магомедгаджиев Б.Г.

Иммуногистохимия как важный метод идентификации  
биомаркеров в клинической практике.

Большева А.А., Демина О.М., Карпова Е.И., Карымов О.Н.

Современные подходы к терапии псориаза

Серов Д.Н.

Дерматозы, сопровождаемые пузырьными высыпа-  
ниями.

Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А.,  
Данилин И.Е.

Влияние псориаза на качество жизни больных.

Иванчик А.А., Султанова А.Н., Вашкевич А.А., Гулордава М.Д.

Влияние иммуносупрессивного лечения и фототерапии  
псориаза на возникновение у пациентов меланоцитар-  
ных новообразований кожи.

Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Титов К.С., Миченко А.В.,  
Вахитова И.И.

Случай клинического наблюдения редкой разновидности  
пемфигуса – IgA пузырьчатки.

Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Бурангулова Н.И.

Грязный дерматоз Дункана: особенности диагностики и  
тактики ведения пациентов.

Заторская Н.Ф., Баткаев Э.А., Львов А.Н., Валитова И.В.,  
Пилявская С.О., Миченко А.В.

## Сектор В

10:00-11:30

секция

### **Организация здравоохранения и нормативно-правовые вопросы.**

Сопредседатели: Иванова М.А., Зильберберг Н.В., Сырнева Т.А.

Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-дерматовенеролога.

Иванова М.А., Мерзляков В.А., Сачек О.И., Одинец А.В., Люцко В.В.

Современные подходы к оценке медицинских технологий в России.

Зеленова О.В.

Оплата дерматологии в системе обязательного страхования.

Обухова О.В.

Научные исследования в области сифилидологии.

Зильберберг Н.В., Левчик Н.К., Киселева Н.В.,

Пономарева М.В., Полякова Н.В.

Эпидемиологические закономерности и прогностические риски распространения сифилиса на современном этапе на примере Свердловской области. Основные направления контроля и профилактики.

Сырнева Т.А.

Случай позднего нейросифилиса с летальным исходом.

Сурганова В.И.

11:45-13:30

секция

### **Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи.**

Сопредседатели: Перламутров Ю.Н., Корсунская И.М., Круглова Л.С.

Клиническое значение коррекции цинк-дефицитных состояний у больных atopическим дерматитом.

Перламутров Ю.Н.

«Трудный пациент» на детском дерматологическом приеме: актуальные вопросы лечения контагиозного моллюска.

Львов А.Н., Круглова Л.С.

Новые возможности в терапии atopического дерматита.

Перламутров Ю.Н.

Крапивница. Междисциплинарная проблема дерматологии.

Корсунская И.М.

Atopический дерматит: перспективы лечения с позиций пациента и клинициста.

Бобко С.И.

Наследственные заболевания глазами дерматолога. Клинические случаи. Новые горизонты персонализированной терапии.

Ларионова В.И.

Значимость лекарственной формы топического препарата в дерматологии.

Петрунин Д.Д.

13:45-15:15

секция

### **Детская дерматовенерология.**

Сопредседатели: Короткий Н.Г., Тамразова О.Б.,

Заторская И.Ф.

Парадигма atopического дерматита в свете поражения поджелудочной железы у детей.

Ардатова И.Г., Наринская Н.М., Тихомиров А.А., Бельмер С.В.

Нарушение кожного барьера у детей.

Тамразова О.Б.

Особенности локализованной склеродермии в детском возрасте.

Заторская И.Ф., Валитова И.В., Негашева Е.С.,

Рысь-Макматов М.Б., Дударева Л.А.

Наследственные кератодермии в практике детского дерматолога.

Симановская Е.Ю., Валитова И.В., Малиновская В.В.,

Овчинникова С.П., Заторская И.Ф.

Пахидермодактилия: клинический случай.

Негашева Е.С., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Назаренко А.Р.,

Овчинникова С.П., Заторская И.Ф.

Дискуссия.

15:30-16:45

секция

### **Методы неинвазивной диагностики в дерматовенерологии и косметологии.**

#### **Школа дерматолога**

Сопредседатели: Торшина И.Е., Васенова В.Ю.

Метод хемилюминесценции в оценке фармакодинамики гепатопротекторов при псориазе.

Зирчик А.А., Торшина И.Е., Евсеев А.В.

Высокочастотная ультразвуковая визуализация и количественный мониторинг осложнений после введения интрадермальных филлеров в практике дерматолога и косметолога.

Безуглый А.П., Белков П.А., Бикбулатова Н.Н., Безуглый Н.Н.

Прогностическая значимость дерматоскопии ногтевого валика при хронической реакции трансплантат против хозяина.

Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Шугинина Е.А., Рассохина О.И.

Высокочастотная ультразвуковая визуализация и количественный мониторинг новообразований кожи в практике дерматолога и косметолога.

Безуглый А.П., Белков П.А., Бикбулатова Н.Н., Безуглый Н.Н.

Дискуссия.

## Сектор Т

10:00-11:30

секция

### Актуальные проблемы венерологии.

Сопредседатели: Гомберг М.А., Бутов Ю.С., Лосева О.К.

Принципы диагностики и терапии ВПЧ.

Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Ахтямов С.Н.

Генитальные дерматозы в практике дерматовенеролога.

Гомберг М.А., Ковалык В.П.

Сравнение клинико-серологических показателей в двух группах больных при диагностике нейросифилиса.

Бохонович Д.В., Лосева О.К., Залевская О.В., Юдакова В.В., Чернышёва Н.В.

Клинический случай третичного сифилиса, сочетанного с туберкулезом легких.

Лосева О.К., Стрибук П.В., Залевская О.В., Зюзя Ю.Р.

Сифилитическая аневризма аорты, осложненная сдавлением трахеи повреждением тел грудных позвонков (клинический случай).

Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н.

Дискуссия.

11:45-13:15

секция

### Дерматоскопия.

Сопредседатели: Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю.

Перспективы развития отечественной дерматоскопии в 2017-2018 годах.

Сергеев В.Ю.

Дерматоскопическое разнообразие дерматофибром.

Устинов М.В.

Меланоцитарные образования кожи: сопоставление дерматоскопии и гистологии.

Лучинина Д.Г., Корчагина К.С., (Йошкар-Ола).

Дискуссия.

13:30-14:45

секция

### Онкодерматология.

Сопредседатели: Титов К.С., Поляков А.П., Акимов В.Г.

Редкие формы меланомы кожи.

Титов К.С.

Современная диагностика предшественников меланомы кожи.

Михеева О.Ю.

Современная стратегия лечения начальных и местно-распространенных форм базальноклеточных карцином кожи головы и шеи.

Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Мордовский А.В., Самуленко А.Н., Никифорович П.А.

Проявления онкологической патологии на коже.

Акимов В.Г., Чистякова Т.В.

14:55-16:55

секция

### Дерматоонкология.

Сопредседатели: Молочков А.В., Акимов В.Г., Поляков А.П.

Метилирования гена WIF1 при доброкачественных опухолях кожи, вызванных ВПЧ.

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

Хирургические методы лечения при раке кожи.

Кушкин Д.Н.

Стратегии выбора хирургического лечения и варианта реконструкции покровных 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.

Методология использования радиофармпрепарата для определения сторожевых лимфоузлов при лечении меланомы кожи головы и шеи.

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

Никифорович П.А., Сугаипов А.Л., Мордовский А.В., Леонтьев А.В., Лазутина Т.Н.

Современный подход к лечению рака кожи.

Пурцхванидзе В.А., Баткаева Н.В., Симаков Ю.Г., Орлова П.Г.

Кожная токсичность, вызванная ингибиторами рецепторов эпидермального фактора роста EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor).

Арутюнян Л.С., Петров В.В., Шугинина Е.А., Рассохина О.И.

Нарушение барьерных функций кожи как нежелательное явление высокодозной иммунотерапии онкогематологических и гематологических больных.

Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Рассохина О.И., Шугинина Е.А.

Кожные проявления реакции трансплантат против хозяина. Как помочь пациенту?

Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Рассохина О.И., Абросимов А.Б., Благов С.Л., Шугинина Е.А., Мелкова К.Н., Горбунова Н.В.

# APHARM

## АФАРМ

125130, г. Москва, Старопетровский пр-д, 11 корп. 1  
телефон: +7 (495) 721-36-65  
[www.afarm.ru](http://www.afarm.ru)

Компания АФАРМ – официальный и эксклюзивный дистрибьютор в России известных французских дерматокосметических лабораторий Норева, Биорга Дерматологи, Нюкс, Деларом и швейцарской лаборатории Ормета.

Эти лаборатории известны своими глубокими научно-исследовательскими разработками, инновационным подходом и высокотехнологичным производством средств, которые давно вошли в арсенал врачей и косметологов и получили признание клиентов. Успешность нашей работы подтверждается тем, что марки этих лабораторий входят в первую десятку в рейтингах марок аптечной косметики в России.



## Компания АВАНТА

143395, Московская область, Наро-Фоминский район, деревня Софьино, 2  
телефон: +7 (499) 272-78-77  
факс: +7 (495) 783-57-25  
электронная почта: [atopic@msk.avnt.ru](mailto:atopic@msk.avnt.ru)  
[www.avnt.ru](http://www.avnt.ru)  
[www.atopicbaby.ru](http://www.atopicbaby.ru)

АВАНТА – один из крупнейших в России производителей качественной и доступной косметической продукции. Собственная научно-исследовательская лаборатория гарантирует разработку и выпуск продукции высочайшего качества.

В 2015 г. Аванта выпустила серию **аторис®** – средства полноценного ухода за кожей детей с atopическим дерматитом начиная с грудного возраста. Эффективность и безопасность серии подтверждена клиническими исследованиями: **аторис®** рекомендован дерматологами и педиатрами для улучшения состояния кожи и самочувствия детей с atopическим дерматитом.



## АО «Акрихин»

142450, Московская область, Ногинский район, Старая Купавна, ул. Кирова, 29  
телефон: +7 (495) 702-95-06  
факс: +7 (495) 702-95-03  
электронная почта: [akrikhin@akrikhin.ru](mailto:akrikhin@akrikhin.ru)  
[www.akrikhin.ru](http://www.akrikhin.ru)

«Акрихин» сегодня – это одна из ведущих российских фармацевтических компаний по выпуску доступных и эффективных лекарственных средств.

Разработка и внедрение новых дерматологических препаратов – одно из ведущих и перспективных направлений работы компании. Проблеме комплексной терапии atopического дерматита и других аллергодерматозов наша компания уделяет особое внимание. На сегодняшний день в портфеле компании уже есть такой известный бренд, как Акридерм – линия средств для наружной терапии стероидчувствительных дерматозов, в том числе осложненных вторичной инфекцией. В 2015 г. компания вывела на рынок препарат Комфодерм М2 (метилпреднизолона ацепонат + мочевины 2%), в 2016 г. – Комфодерм К крем (метилпреднизолона ацепонат + керамиды), Комфодерм мазь, Такропик мазь (такролимус). Также большое внимание мы уделяем наружной терапии акне. Наш продуктовый портфель включает Азелик (азелаиновая кислота) и Клиндовит (клиндамицин в форме геля), а также косметику Джойскин.



## Alvogen

123610, Москва, Краснопресненская наб., 12, подъезд 6, офис 1347  
телефон: +7(499) 940-01-77  
электронная почта: inforussia@alvogen.com  
www.alvogen.ru

Alvogen – фармацевтическая компания следующего поколения. Наша бизнес-модель базируется на том, что Alvogen присутствует на рынках с высоким ростом фармацевтического бизнеса и большим потенциалом его развития.

Компания имеет коммерческое присутствие в 35 странах, предоставляя рабочие места более чем 2300 сотрудникам и руководя работой четырех центров по производству и разработкам в США, Румынии, Корее и на Тайване. Северная Америка является крупнейшим рынком компании Alvogen, в то время как другие ключевые рынки включают в себя Южную Корею, западно-балканские страны, Польшу, Румынию, Болгарию, Венгрию, Тайвань, Таиланд, Украину, Россию, Японию и Китай.

Alvogen на каждом из рынков предлагает уникальный портфель препаратов. Они либо формируют новые категории на рынке, либо обладают весомыми продуктовыми преимуществами перед конкурентами. Стратегия Alvogen в России основана на развитии следующих терапевтических направлений: аллергология, дерматовенерология, педиатрия, гинекология, общая терапия, кардиология и госпитальное направление.



## ООО «Анаген»

105066, Москва, ул. Ольховская, 4, офис 434  
телефон: +7 (916) 665-82-62  
электронная почта: welcome@anagen.ru  
www.molutrex.ru

Компания АНАГЕН была основана в 2012 г. и является уполномоченным представителем в России компании «Дерматологическая Лаборатория АСМ» (Франция).

Сфера деятельности компании – дистрибуция и продвижение косметических средств и медицинских изделий в сегменте дерматовенерологии и косметологии.

## БИОДЕРМА, Франция

111123, Москва, ул. Электродная, 13  
www.bioderma-lab.com

**BIODERMA**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Лаборатория Биодерма была создана в 1978 г. во Франции, в городе Лионе как фармацевтическая лаборатория, специализирующаяся на выпуске мазевых основ лекарственных препаратов, изготавливаемых по рецепту врача. В настоящее время Лаборатория Биодерма производит дерматокосметические средства для профилактики и лечения различных заболеваний кожи. Лаборатория Биодерма – один из лидеров в медицинских и биологических исследованиях, технологии, развитии и производстве средств медицинской косметики. В своей деятельности Лаборатория ориентируется на дерматологическую практику исходя из потребностей врача и пациента.

Продукция Лаборатории Биодерма занимает 2-е место во Франции среди средств медицинской косметики, выписываемых врачами, и широко представлена на пяти континентах более чем в 100 странах мира.

В России представлены следующие гаммы:

- Атодерм – линия для сухой, очень сухой и атопичной кожи;
- Себиум – линия для смешанной и жирной кожи с тенденцией к акне;
- Сенсибио – линия для чувствительной кожи;
- Нодэ – уход за волосами и кожей головы;
- Цикабио – линия для поврежденной кожи;
- Фотодерм – солнцезащитная программа;
- Гидрабио – линия для обезвоженной кожи.



## Бэствуд Фарма

125445, Москва, ул. Смольная, 24А, офис 814  
телефон: +7 (495) 664-59-70  
электронная почта: [bestwoodpharma@gmail.com](mailto:bestwoodpharma@gmail.com)  
[www.losterin.ru](http://www.losterin.ru)

Бэствуд Фарма – российский производитель специализированных дерматокосметологических средств, а также продуктов диетического и профилактического питания.

Одним из наиболее известных брендов в портфеле компании является линия дерматологических средств Лостерин. Линия Лостерин разработана дерматологами специально для ежедневного ухода за кожей в комплексной терапии хронических кожных заболеваний. Препараты линии Лостерин (крем, шампунь, гель для душа и крем для ног) содержат в своем составе сбалансированную комбинацию активных действующих веществ (нафталан обессмоленный, мочевины, салициловая кислота, экстракты лекарственных трав, натуральные масла), специально подобранных для наиболее эффективного терапевтического воздействия на кожу.



## VICHY Laboratoires, Франция

ЗАО «Лореаль»  
119180, Москва, 4-й Голутвинский пер., 1/8, стр. 1–2  
телефон: +7 (495) 258-31-91  
Горячая линия Vichy: +7 (800) 200-40-05  
[www.vichyconsult.ru](http://www.vichyconsult.ru)  
[www.loreal.com.ru](http://www.loreal.com.ru)

Более 80 лет лаборатории Vichy занимаются разработкой и производством косметических средств, созданных на основе уникальной термальной воды Vichy вулканического происхождения из термального источника Lucas в городе Виши во Франции. Лаборатории Vichy гордятся своими обширными исследованиями в области здоровья кожи, ежегодно проводится более 40 000 консультаций. Косметическая продукция компании проходит клинические испытания, приближенные по своей строгости к испытаниям лекарственных средств. Vichy регулярно освещает свои разработки на важнейших дерматологических конгрессах: марка особенно известна как создатель передовых формул в области трихологии и коррекции возрастных изменений.

Косметика Vichy гипоаллергенна, протестирована под контролем дерматологов, не содержит парабенов, подходит для чувствительной кожи. Марка Vichy является абсолютным лидером среди аптечных косметических брендов в мире и в России.



## West Medica

129075, Москва, ул. Шереметьевская, 85, стр. 5  
телефон/факс: +7 (495) 787-44-01  
электронная почта: [moscow@westmedica.com](mailto:moscow@westmedica.com)  
[www.westmedica.com](http://www.westmedica.com)

Компания Вест Медика, созданная в 1993 г., смогла сразу заявить о себе на рынке, представив высокотехнологичное оборудование и оказывая квалифицированную поддержку специалистам. Стратегия развития компании заключается в тесном взаимодействии не только с профильными специалистами, но и с широкой дистрибьюторской сетью во многих регионах России и стран СНГ. Приоритет в данном случае – качество и быстрота обслуживания наших партнеров: от получения технической консультации по интересующему вопросу до обслуживания сложных комплексов, используемых нашими клиентами. Взаимодействие с потребителями наших товаров и услуг строится на возможности развития профессиональных знаний и навыков, а именно – состоит в организации различного рода наглядных и обучающих мероприятий: выставок, конференций, семинаров и курсов.

## ООО «Верваг Фарма»

117545, Москва, Варшавское шоссе, 125Ж, корп. 6  
телефон: +7 (495) 382-85-56  
факс: +7 (495) 382-28-01  
электронная почта: info@woerwagpharma.ru  
www.woerwagpharma.ru

«Верваг Фарма» – международная компания с ценностями семейного бизнеса, имеющая представительства более чем в 30 странах мира.

На сегодняшний день в продуктовом портфеле компании в России представлены девять лекарственных препаратов и пять витаминно-минеральных комплексов, которые успешно применяются в практике врачей различных специальностей: гинекологов, эндокринологов, неврологов и кардиологов. Минеральный комплекс Цинкит, содержащий 10 мг цинка в форме шипучих таблеток, нашел широкое применение в практике врачей-дерматологов.



## ООО «ГАЛДЕРМА»

125284, Москва, Ленинградский пр-т, 31А, стр. 1, БЦ «Монарх»  
телефон: +7 (495) 540-50-17  
электронная почта: info.russia@galderma.com  
www.galderma.ru

Galderma была основана в 1981 г. как дочернее предприятие компаний Nestle и L'Oreal. На сегодняшний день Galderma является одним из мировых лидеров в производстве лекарственных и косметических средств, а также медицинских изделий для эстетической коррекции. Основные направления деятельности компании – акне, розацеа, псориаз, онихомикоз, рак кожи, борьба с возрастными изменениями. Продукция компании представлена более чем в 80 странах мира; 19% от ежегодного дохода инвестируется в разработку новых препаратов. С 2014 г. Galderma на 100% вошла в состав Nestle как основа Nestle Skin Health.



## Зелдис-Фарма

142100, Московская область, Подольск, ул. Комсомольская, 1, литера Щ, пом. 83  
телефон: +7 (495) 580-30-69  
электронная почта: info@zeldis.ru  
www.zeldis.ru

Группа компаний ZELDIS – фармацевтический холдинг, осуществляющий разработку, производство, продвижение, дистрибьюцию косметики, изделий медицинского назначения, БАД и лекарственных препаратов. Продуктовый портфель холдинга включает средства, реализуемые в различных сегментах розничного рынка: косметологии, дерматологии, оториноларингологии, педиатрии, общеоздоровительной сфере.

ZELDIS является ведущим российским производителем дерматологических решений в аптеке, каждый день радуя потребителей высококачественными продуктами марок LIBREDERM, Лошадиная Сила, Педикулен, TravelDream, Барсукур, Скипар и др.

В 2017 г. компания начала развивать розничную сеть бренда LIBREDERM, открыв флагманские монобрендовые бутики селективной косметики в Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде, Краснодаре и Москве.

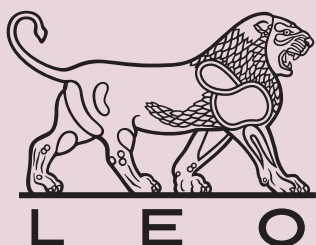
Продукты группы компаний ZELDIS показывают уверенный рост в продажах, значительно опережая рыночные показатели. Благодаря этому реализуются крупные инвестиционные проекты, являющиеся новаторскими как для российского, так и для зарубежного фармацевтического рынка.

Генеральный спонсор



ИнтерЛабСервис с 2002 г. работает на рынке поставок высокотехнологичной продукции для молекулярной диагностики в России и странах СНГ и является ведущим дистрибьютором продукции для научных молекулярно-биологических исследований. Деятельность компании направлена на комплексное оснащение клинично-диагностических, ветеринарных и научно-исследовательских лабораторий, поставки высококачественных изделий медицинского назначения, обучение методике проведения ПЦР-исследований в Учебных центрах ФБУН ЦНИИЭ, сервисное обслуживание и ремонт оборудования. ИнтерЛабСервис является официальным дистрибьютором наборов реагентов для ПЦР-диагностики торговой марки АмплиСенс, а также продукции ряда ведущих производителей лабораторного оборудования, таких как QIAGEN, Hamilton и др. Специалисты компании разрабатывают собственные готовые решения для автоматизации ПЦР-диагностики, включая разработку специализированного программного обеспечения для роботизированных программно-аппаратных комплексов.

## Спонсор



## ЛЕО Фарма

125315, Москва, Ленинградский просп. 72, корп. 2  
телефон: +7 (495) 789-11-60  
электронная почта: info.ru@leo-pharma.com  
www.leo-pharma.ru

ЛЕО Фарма – это независимая фармацевтическая компания, основанная в 1908 г., в основе деятельности которой лежит исследовательская работа.

Сегодня ЛЕО Фарма разрабатывает и производит лекарственные препараты для лечения кожных заболеваний более чем в 100 странах мира. ЛЕО Фарма стремится повышать качество жизни людей во всем мире.

Компания полностью принадлежит Фонду ЛЕО, штаб-квартира находится в Дании. Штат сотрудников насчитывает около 5000 человек.

Мы помогаем людям обрести здоровую кожу. Мы стремимся стать предпочтительным партнером дерматологов и повышаем качество жизни людей по всему миру.

С более подробной информацией можно ознакомиться на сайте [www.leo-pharma.ru](http://www.leo-pharma.ru), [www.leo-pharma.com](http://www.leo-pharma.com).

## Дерматологическая лаборатория La Roche-Posay

119180, Москва, 4-й Голутвинский пер., 1/8, стр. 1–2  
телефон: +7 (495) 258-31-91  
факс: +7 (495) 725-63-32  
www.laroche-posay.ru

Дерматологическая лаборатория La Roche-Posay тесно сотрудничает более чем с 25 000 дерматологов во всем мире и является маркой №1 по рекомендации дерматологов в России<sup>1</sup>. Средства марки созданы на основе термальной воды La Roche-Posay с уникально высоким содержанием селена (60 мг/л), отвечают высоким требованиям эффективности и безопасности и позволяют улучшить качество жизни пациентов. Тщательно отобранные компоненты повышают эффективность медикаментозной терапии различных заболеваний кожи. Минималистичные формулы обеспечивают высокую переносимость средств даже у пациентов с очень чувствительной кожей.

<sup>1</sup>Среди косметических средств для ухода за кожей на основании проведенного ООО «Ипсос Комкон» опроса врачей-дерматологов в период с 6 июня по 21 июля 2016 г. в Москве, Санкт-Петербурге, Самаре, Новосибирске, Ростове-на-Дону, Екатеринбурге, Краснодаре, Красноярске, Казани и Уфе. Размер выборки – 512 дерматологов.

## ООО «МАКСмедикал»

123056, Москва, ул. Грузинский Вал, 11, стр. 8  
телефон: +7 (499) 502-79-44  
факс: +7 (499) 502-50-36  
электронная почта: info@maxmedical.ru  
www.maxmedical.ru



ООО «МАКСмедикал» является эксклюзивным дистрибьютором видеодерматоскопов FotoFinder (FotoFinder Systems GmbH, Германия), дерматоскопов DermLite (3Gen, США), криодеструкторов CryoPro (Cortex Technology, Дания), программ MoleExpert (Datinf GmbH, Германия).

Видеодерматоскоп FotoFinder dermoscope позволяет проводить детальное фотодокументирование поверхности кожи и высококачественные дерматоскопические исследования пигментных и беспигментных новообразований, а также применяется в практике трихологов для оценки состояния волос и составления трихограмм.

Видеодерматоскоп FotoFinder bodystudio ATBM – самая совершенная в мире система автоматизированной картографии всей поверхности тела. Он позволяет проводить массовый мониторинг новообразований у населения в целях раннего обнаружения и профилактики рака кожи. Его можно также использовать для фотодокументирования состояния кожи и вычисления индекса PASI при псориазе. Дерматоскопы DermLite являются высококачественными инновационными приборами для изучения и фотографирования новообразований кожи. Они оказывают большую помощь в ранней диагностике рака кожи и других кожных патологий.

Криодеструкторы CryoPro служат для удаления новообразований кожи с помощью жидкого азота, исключая вырезание и заметные косметические последствия, отличаются высоким качеством и долговечностью.

## Мёлнлике Хелс Кэа, Швеция

115191, Москва, ул. Большая Тульская, 10, стр. 3  
телефоны: +7 (495) 232-26-64, +7 (495) 231-16-70  
факс: +7 (495) 232-26-65  
электронная почта: info.ru@molnlycke.com  
www.molnlycke.com, www.molnlycke.ru



Mölnlycke Health Care (Мёлнлике Хелс Кэа) – шведская компания, являющаяся одним из мировых лидеров в разработках, производстве и поставках одноразовой хирургической продукции, а также перевязочных материалов и средств для лечения ран для профессионального здравоохранения. Хирургическое подразделение включает производство хирургического белья, халатов, масок для лица, головных уборов, а также хирургических перчаток. Подразделение компании, отвечающее за средства для ухода за ранами, включает медицинские приборы для лечения ран, перевязочные и фиксирующие средства, а также продукты для ухода за кожей и смягчающие средства. Самые популярные продукты компании, способствующие быстрому заживлению ран, произведены с использованием технологии мягкого силиконового покрытия Safetac.

## ООО «ПАРАМЕД»

123592, Москва, ул. Кулакова, 20, стр. 1Г  
телефон: +7 (495) 781-84-79  
факс: +7 (495) 781-84-79  
электронная почта: contact@paramed.ru  
www.paramed.ru



**ПАРАМЕД**  
группа компаний

Компания Парамед (основана в 1993 г.) является маркетинговым агентством полного цикла и дистрибьютором на территории России, Белоруссии, Казахстана таких известных на международном рынке брендов, как ISIS Pharma, Premium Diagnostics, Nippes, Becker Manicure, Systagenix, Warwick Sasso. Сферы деятельности компании: дерматология, детская дерматология, детская аллергология, педиатрия, гинекология.

ISIS PHARMA – французская косметика высочайшего качества, которую на российском рынке представляет ООО «ПАРАМЕД». С ИСИСФАРМА проблемная кожа больше не проблема! Решение проблем гиперпигментации, витилиго, розацеи, покраснений, купероза, псориаза и очень сухой кожи. В России препараты пользуются уважением у ведущих дерматологов и косметологов.



Представительство в России:  
121248, Москва, Кутузовский просп., 13, офис 141  
телефоны: +7 (495) 937-64-30, +7 (495) 223-68-35  
электронная почта: [evgeniy.shubin@polfa-tarchomin.com.pl](mailto:evgeniy.shubin@polfa-tarchomin.com.pl)

АО «Тархоминский фармацевтический завод «Польфа» является производителем лекарственных средств, которые занимают ведущую позицию на польском фармацевтическом рынке в таких терапевтических группах, как антибиотики, психотропы, препараты для дерматологии и диабетологии (гуманный инсулин).

Дерматологическая линейка лекарственных средств представлена на российском рынке следующими препаратами: Неомидин®, Оксикорт® и Полькортолон ТС®.



## ООО «Русский Доктор»

123298, Москва, ул. Маршала Бирюзова, 1, корп. 1А  
телефон: +7 (495) 212-07-07  
электронная почта: [shop@russiandoc.ru](mailto:shop@russiandoc.ru)  
[www.russiandoc.ru](http://www.russiandoc.ru)

ООО «Русский Доктор» является официальным эксклюзивным (единственным) представителем большинства лучших мировых брендов медицинской одежды на всей территории России, Белоруссии, Казахстана и Армении. На протяжении нескольких лет компания радует своих покупателей богатым выбором медицинской одежды, обуви, инструментов, защитных очков и иных современных и высококачественных аксессуаров.

Ежегодно среди наших брендов появляются новинки, которые отличаются высочайшим качеством и непревзойденным дизайном.

Наша миссия: все самое лучшее – в одном месте!



## Санофи

125009, Москва, ул. Тверская, 22  
телефон: +7 (495) 721-14-00  
[www.sanofi.ru](http://www.sanofi.ru)

Санофи<sup>1</sup> – один из глобальных лидеров в области здравоохранения, деятельность которого направлена на удовлетворение потребностей пациентов во всем мире. Компания представлена в 100 странах на пяти континентах, в ней работают около 110 000 сотрудников во всем мире. Миссия Санофи – охрана здоровья, продление жизни и удовлетворение потребности в качественных лекарственных препаратах 7 миллиардов человек по всему миру.

Деятельность Санофи направлена на решение широкого спектра задач – от профилактики заболеваний до их лечения. Санофи преобразует научные инновации в конкретные решения в сфере здравоохранения, способствуя таким образом улучшению качества жизни пациентов по всему миру. Санофи присутствует в России<sup>2</sup> с 1970 г. и предлагает пациентам обширный портфель оригинальных лекарственных средств, дженериков и безрецептурных препаратов в ключевых терапевтических областях (сахарный диабет, онкология, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания центральной нервной системы, внутренние болезни, гинекология/урология, тромбозы, редкие заболевания и рассеянный склероз), а также человеческие вакцины. В Санофи в России работает более 2000 сотрудников. Компания является лидером российского фармацевтического рынка<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Дополнительная информация о компании на сайте [www.sanofi.com](http://www.sanofi.com).

<sup>2</sup>Дополнительная информация о компании на сайте [www.sanofi.ru](http://www.sanofi.ru).

<sup>3</sup>IMS, 2015 г. Источник: Санофи.

## SVR

111123, Москва, ул. Электродная, 13

Дерматология – это красота

Адаптированный уход для чувствительной кожи

Активные дерматологические компоненты:

- Высокие концентрации для максимального результата
- Специфические формулы для оптимальной переносимости

Основанная в 1962 г. провизорами Симоном и Робером Верэ Laboratoire SVR является независимой французской лабораторией, которая занимается разработкой, производством и экспортом высококачественной дерматологической косметики в 45 стран мира, уделяя особое внимание выбору активных ингредиентов и их концентрации.

Основная задача лаборатории – сделать кожу красивой.

Лаборатория SVR производит продукты, которые на протяжении почти 50 лет высоко оцениваются дерматологами, а также их пациентами за качество и безопасность формул, постоянное высокотехнологичное усовершенствование, гарантированный результат, комфорт и удовольствие от применения.

Дерматологи и косметологи в 45 странах мира ежедневно назначают средства SVR в целях обеспечения ежедневного очищения, увлажнения, коррекции возрастных изменений, признаков фотостарения, для поддержания здоровья, молодости, энергии и красоты, а также для комплексного лечения и профилактики заболеваний кожи, таких как атопический дерматит, ксероз, угревая болезнь и др.



## Celgene

Представительство Корпорации «Селджен Интернэшнл Холдингз Корпорэйшн» (США)

125047, Москва, 1-я Тверская-Ямская ул., 21

телефон: +7 (495) 777-65-55

www.celgene.ru



Транснациональная биофармацевтическая корпорация Celgene, основанная в 1986 г., главным приоритетом для которой является забота о пациентах во всем мире, специализируется на исследовании и разработке инновационных методов лечения онкологических и воспалительных заболеваний.

Мы предоставляем пациентам лечение, которое существенно увеличивает продолжительность их жизни и помогает контролировать симптомы болезни. Мы убеждены, что все, кому наши открытия могут принести пользу, должны иметь возможность воспользоваться ими.

## Sim Russia

Официальное представительство Sim Sensitive в России

105005, Москва, ул. Бауманская, 6/2

телефон: +7 (495) 755-94-08

www.simrussia.ru



Группа компаний SIM RUSSIA – эксклюзивный представитель лечебной косметики для волос и кожи головы SYSTEM 4 (СИСТЕМ 4) финской косметической компании Sim Sensitive.

Серия средств «Систем 4» позиционируется как максимально эффективная и безопасная линия средств для лечения различных заболеваний кожи и волосистой части головы.

Особенно активно проявляется действие средств «Систем 4» при различных воспалительных и шелушащихся этиологиях, а также различных видах алопеции (диффузной, очаговой и андрогенетической).

В состав средств «Систем 4» входят активные компоненты, не вызывающие аллергии и привыкания, поэтому рекомендованы детям, беременным женщинам и кормящим мамам.

Каждое из средств «Систем 4» может быть использовано как отдельно, так и в комбинации с другими средствами линейки для достижения максимального эффекта.





## ООО «СОЛГАР ВИТАМИН»

121170, Москва, Кутузовский просп., 36, стр. 3, офис 315Б  
телефон: +7 (495) 974-71-81  
[www.solgarvitamin.ru](http://www.solgarvitamin.ru)

С 1947 г. американская компания SOLGAR выпускает 100% натуральные биологически активные добавки высокого качества. На сегодняшний день ассортимент SOLGAR насчитывает более 500 наименований различных витаминов, минералов, аминокислот, экстрактов лекарственных растений и комплексных продуктов.

Продукция SOLGAR производится исключительно из натуральных ингредиентов самого высокого качества, без добавления искусственных красителей, ароматизаторов и консервантов. Продукция SOLGAR гипоаллергенна и не содержит ГМО.

Вся продукция SOLGAR разрабатывается в собственной научно-исследовательской лаборатории на основе последних научных достижений и производится в США в соответствии с международным стандартом GMP, что позволяет гарантировать высокий уровень качества каждого продукта.

Для упаковки своей продукции компания SOLGAR использует стеклянные флаконы коричневого и зеленого цвета, поскольку именно стекло наилучшим образом защищает биологически активные вещества от воздействия влажности, света и колебаний температуры.

### Официальный спонсор



## ООО «ТЕВА», Израиль

115054, Москва, ул. Валовая, 35, БЦ "Wall Street"  
телефон: +7 (495) 644-22-34  
факс: +7 (495) 644-22-35  
электронная почта: [info@teva.ru](mailto:info@teva.ru)  
[www.teva.ru](http://www.teva.ru)

ООО «ТЕВА» – один из лидеров мировой фармацевтической индустрии. Компания стремится повысить доступность качественного здравоохранения за счет разработки, производства и продвижения на рынке воспроизведенных лекарственных средств (дженериков), а также инновационных и специализированных препаратов и активных фармацевтических субстанций. ТЕВА является ведущим мировым производителем воспроизведенных лекарственных средств, штаб-квартира компании расположена в Израиле. Продуктовый портфель компании составляет более 1000 молекул, а ее отделения работают в 60 странах мира.



## Дерматологические Лаборатории Урьяж

119180, Москва, Якиманская наб., 4, стр. 1  
телефон: +7 (495) 933-99-53 (доб.1901)  
электронная почта: [nellia.aroutiounian-lavrentiev@uriage.com](mailto:nellia.aroutiounian-lavrentiev@uriage.com)  
[www.uriage.com](http://www.uriage.com)

Дерматологические Лаборатории Урьяж – одна из ведущих дерматокосметических компаний на международном рынке, которая в сотрудничестве с дерматологами и фармацевтами занимается разработкой и производством средств по уходу за кожей.

Вся продукция Урьяж соответствует высочайшим стандартам качества фармацевтической индустрии, а клинические испытания подтверждают ее эффективность, гипоаллергенность и высокую переносимость.

Основным компонентом средств Урьяж является биологически чистая изотоническая термальная вода Урьяж с уникальным составом, которая поступает на производство прямо из природного источника, благодаря чему она сохраняет в своем составе все необходимые минералы и олигоэлементы, необходимые для ухода за кожей.



## ООО «ЭЛЛМАН-РУС»

111250, Москва, пр-д Завода «Серп и Молот», 6, корп. 1  
телефон: +7 (495) 411-91-49  
факс: +7 (495) 411-91-49  
электронная почта: info@surgitron.ru  
www.surgitron.ru



Компания «ЭЛЛМАН-РУС» представляет первый в мире истинный радиоволновой аппарат «Сургитрон™ DF S5», генерирующий короткие радиоволны высокой частоты (4,0 МГц). «Сургитрон™ DF S5» используется в косметологии с 2009 г. С помощью электродов Pelleve™ Glide Safe выполняются безоперационная подтяжка кожи лица и лечение морщин Pelleve™. Новейшие электроды Pellefirm уменьшают проявления целлюлита, дряблости кожи тела. Специальными косметологическими электродами проводят процедуры безрубцовой эпиляции, удаления сосудистых звездочек (телеангиэктазий), удаления новообразований кожи и радиоволновой шлифовки. Безусловная эффективность технологии доказана клинически как за рубежом, так и в России.

## ООО «ЯДРАН»

119330, Москва, Ломоносовский просп., 38, офис VII  
телефон: +7 (499)143-33-71  
электронная почта: jadran@jgl.ru  
www.jadran.ru



Jadran Galenski Laboratorij, d.d. (далее – «Ядран») – международная фармацевтическая компания, основанная в 1991 г. в Хорватии. История Хорватии тесно связана с Адриатическим морем, что нашло свое отражение в названии нашей компании (jadran в переводе с сербско-хорватского – Адриатическое море).

Основными направлениями деятельности являются разработка и производство качественных и эффективных стерильных препаратов для лечения офтальмологических заболеваний и заболеваний ЛОР-органов. Компания «Ядран» стремится стать лидером в области использования полезных свойств морской воды в оздоровительных целях.

Основываясь на многолетнем опыте, компания постоянно движется вперед, расширяя научно-исследовательскую базу, модернизируя производство и внедряя новые технологии. На всех этапах производства лекарственных средств внедрены самые современные принципы управления качеством (GMP, ISO 9001, 22000). Портфель препаратов «Ядран» является результатом собственных разработок, а также партнерства с инновационными фармацевтическими компаниями.

Сегодня компания производит и продает более 540 наименований продукции, включая лекарственные препараты, парафармацевтику и косметику. В России компания «Ядран» представляет известные бренды, востребованные в области педиатрии, оториноларингологии и дерматологии: Аква Марис®, Риномарис®, Адиарин®, Драмина®, Акнекутан®, Зеркалин®, Розамет® и др.

## Генеральные информационные партнеры:



### АО «Видадь Рус»

107078, Москва, Красноворотский пр-д, 3, стр. 1  
телефон: +7 (499) 975-12-53  
электронная почта: [vidal@vidal.ru](mailto:vidal@vidal.ru)  
[www.vidal.ru/](http://www.vidal.ru/)

Справочник VIDAL признан во всем мире авторитетным источником информации для специалистов в области здравоохранения. VIDAL имеет вековую историю. Выпуск первой книги состоялся во Франции в 1914 г.

В России VIDAL представлен компанией ЗАО «Видадь Рус», входящей в состав международной VIDAL GROUP. Мы работаем также в Беларуси и Казахстане.

Наряду со справочниками по лекарствам компания успешно реализует выпуск эксклюзивных обучающих материалов для пациентов в сотрудничестве с американской корпорацией Krames. Мы также активно развиваем digital-сервисы:

- сайт [www.vidal.ru](http://www.vidal.ru);
- базы данных в составе медицинских информационных систем для лечебных учреждений и аптек;
- справочники для персональных компьютеров и мобильных устройств.

## ФАРМАТЕКА

### Журнал «Фарматека»

117420, Москва, ул. Профсоюзная, 57  
телефон: +7 (495) 786-25-57  
факс: +7 (495) 334-22-55  
электронная почта: [reklama@bionika-media.ru](mailto:reklama@bionika-media.ru)  
[www.pharmateca.ru](http://www.pharmateca.ru)

Публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов. Журнал «Фарматека» – это:

- актуальные клинические обзоры;
- руководства и рекомендации ведущих специалистов по диагностике и лечению заболеваний;
- публикация результатов новейших клинических исследований;
- обсуждение вопросов оптимизации фармакотерапии;
- методологическое обоснование применения лекарственных средств;
- круглые столы по актуальным медицинским проблемам;
- фоторепортажи с медицинских мероприятий: конгрессов, симпозиумов, форумов;
- новости научного сообщества;
- освещение вопросов регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка, безопасности применения лекарств.

Тираж 25 350 экз.

Сертифицирован Национальной тиражной службой.

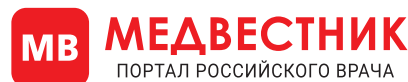
Периодичность – 20 номеров в год.

Объем – от 80 полос.

## Портал российского врача WWW.MEDVESTNIK.RU

117420, Москва, ул. Профсоюзная, 57  
телефон: +7 (495) 786-25-57  
электронная почта: reklama@bionika-media.ru  
www.WWW.MEDVESTNIK.RU

MEDVESTNIK.RU – специализированный портал для практикующих врачей, медицинского персонала и работников системы здравоохранения. Вся необходимая информация на одном сайте: новости, научно-медицинские статьи, интервью, аналитика, видеолекции и многое другое только для специалистов здравоохранения.



## Информационные партнеры:

### Журнал «Альманах клинической медицины»

129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2, корп. 8  
телефон: +7 (495) 688-32-41  
электронная почта: o\_papara@monikiweb.ru  
www.monikiweb.ru/node/15



АЛЬМАНАХ  
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

«Альманах клинической медицины» освещает вопросы развития актуальных научных направлений диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, создания и внедрения в практическую медицину новых технологий, приборов и фармпрепаратов, а также проблемы организации здравоохранения. Публикации журнала отражают перспективные разработки современной медицинской науки более чем по 45 направлениям.

Журнал публикует статьи по всем аспектам клинической медицины: результаты оригинальных, специальных, фундаментальных исследований с клинической значимостью; обзорные статьи по актуальным проблемам медицины; описания клинических наблюдений; клинические рекомендации. «Альманах клинической медицины» входит в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук (перечень ВАК). Индексирован в системе Российского индекса научного цитирования (РИНЦ). Пятилетний импакт-фактор РИНЦ 1,894 (2014).

Учредитель: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Основан в 1998 г.

Периодичность – 8 выпусков в год.

Объем – 120–150 полос.

### Журнал «РМЖ»

105066, Москва, ул. Спартаковская, 16, стр. 1  
телефон: +7 (495) 545-09-80  
факс: +7 (499) 267-31-55  
электронная почта: postmaster@doctormedia.ru  
www.rmj.ru



РМЖ – независимое издание для практикующих врачей. Издаётся с 1995 г. Современная полная информация о диагностике и лечении заболеваний для врачей всех специальностей. Авторы статей – лучшие профессионалы в своих областях.

Периодичность – 40 выпусков в год.

Распространяется бесплатно по России среди специалистов и медучреждений, а также по подписке в России и странах СНГ.

Более подробная информация на нашем сайте [www.rmj.ru](http://www.rmj.ru).



## ИД «Косметика и медицина»

117342, Москва, ул. Бутлерова, 17Б, офис 341  
телефон: +7 (495) 777-54-67  
электронная почта: info@bookos-profi.ru  
www.cmjournal.ru

ИД «Косметика и медицина» (основан в 1997 г.) издает журналы и книги по косметологии, организует мероприятия для специалистов косметической отрасли.

Наши журналы:

- «Косметика и медицина» – научно-практические и аналитические материалы по экспериментальной и практической косметологии;=
- «Аппаратная косметология и физиотерапия» – прикладная информация для косметологов и эстетических хирургов;
- «Пилинги» – технологии проведения пилингов всех значимых мероприятиях в мире медицины;
- «Инъекционные методы в косметологии».



## Издательство «Медиа Сфера»

127238, Москва, Дмитровское шоссе, 46, корп. 2  
телефон: +7 (495) 482-43-29  
факс: +7 (495) 482-43-12  
электронная почта: info@mediasphera.ru  
www.mediasphera.ru

Издательство «Медиа Сфера» – одно из крупнейших российских медицинских издательств. Основано в 1993 г. группой видных российских ученых-медиков. Издательство выпускает 25 рецензируемых научно-практических медицинских журналов, 24 из которых включены в перечень ВАК, в том числе «Клиническая дерматология и венерология». Журналы представлены в международных библиографических базах данных MEDLINE, SCOPUS (EMBASE), GOOGLE SCHOLAR, РИНЦ, Web of Science (Russian Science Citation Index – RSCI).



## Издательский Дом «МЕДФОРУМ»

127422, Москва, ул. Тимирязевская, 1, стр. 3, 5-й эт., офис 3515  
телефон: +7 (495) 234-07-34  
электронная почта: podpiska@webmed.ru  
www.webmed.ru

В Издательском доме «МЕДФОРУМ» выходят медицинские журналы. Серия «Эффективная фармакотерапия» для практикующих врачей по различным медицинским специальностям: акушерство и гинекология, кардиология и ангиология, урология, эндокринология, гастроэнтерология, педиатрия, онкология, неврология и психиатрия, пульмонология и оториноларингология, дерматовенерология и дерматокосметология; журнал «Вестник семейной медицины», а также ежемесячный журнал для провизоров и фармацевтов «Аптечный бизнес». С 2011 г. выходит журнал «Hi+Med. Высокие технологии в медицине».



## Федеральный специализированный журнал «Кто есть Кто в медицине»

107023, Москва, пл. Журавлева, 10, стр. 1  
телефон: +7 (499) 704-04-24  
электронная почта: journal@kto-kto.ru  
www.kto-kto.ru

Журнал обеспечивает многосторонний диалог по вопросам реализации программ здравоохранения, развития современных медицинских технологий, совершенствования организационной деятельности, поиска эффективных инновационных решений; служит инструментом в кадровой политике, укрепляющим репутацию и стимулирующим лучших сотрудников, обеспечивающих прогресс и профессиональный успех отечественной медицины.

## Национальное общество мезотерапии

телефон: +7 (495) 741-70-13  
электронная почта: nom@mesorus.ru  
www.mesorus.ru/journal/

Национальное общество мезотерапии (НОМ) – это сообщество профессионалов, которые применяют инъекционные технологии, такие как мезотерапия, контурная пластика, биоревитализация, биорепарация, инъекции токсина ботулизма и т.д., в сфере эстетической медицины, дерматологии, терапии и в других направлениях.

Обучение специалистов

Организация различных форм обучения врачей в целях повышения квалификации. Обучение проводится на базе учебных центров партнеров НОМ с привлечением к ведению семинаров ведущих российских и зарубежных специалистов в области инъекционных методик.

Обмен опытом

НОМ – спонсор, партнер и организатор многих отраслевых выставок, конгрессов и конференций.

Издательская деятельность

Важный этап нашей работы – выпуск научно-практического журнала «Инъекционная косметология». Широкий круг вопросов, затрагиваемых в статьях, дает возможность приобрести бесценный опыт, узнать о новых техниках и передовых методиках в инъекционной косметологии и терапии.

Научные исследования

Партнерство и сотрудничество

НОМ – организация, всегда готовая к сотрудничеству по разным направлениям работы. Мы открыты новым идеям и предложениям и рады обсуждать и реализовывать новые интересные возможности. Условия взаимодействия с каждым нашим партнером мы обсуждаем индивидуально, поскольку комфорт и взаимопонимание – неотъемлемая часть успешного и многолетнего сотрудничества.



НАЦИОНАЛЬНОЕ  
МЕЗОТЕРАПИИ  
ОБЩЕСТВО

## Облик Esthetic Guide

620137, Екатеринбург., ул. Вилонова, 14А, офис 75  
телефон: +7 (343) 346-51-16  
факс: +7 (909) 006-69-96  
электронная почта: info@oblikmagazine.ru  
www.oblikmagazine.ru

Новое российское специализированное издание в сфере эстетики и профессиональной косметологии. Основная задача издания – помочь в приобретении теоретических знаний и практических навыков, которые необходимы для успешной деятельности всем, чья специальность так или иначе связана с косметологией и эстетической медициной.

Интервью с профессионалами со всего мира, самая последняя информация, репортажи и новинки рынка «из первых рук»; постоянный раздел «Эстетическая медицина», посвященный актуальным проблемам современной косметологии; информативный и насыщенный раздел, посвященный практическому применению препаратов, методик, техник. Журнал станет надежным консультантом специалиста в аппаратной и инъекционной косметологии.

Журнал принимает активное участие в ведущих российских и международных профессиональных выставках (INTERCHARM professional INTERCHARM (Украина, Киев), Форум медицины красоты, Конгресс Face2Face (Франция, Канн)), проводит в их рамках специальные программы и промо-мероприятия для читателей и авторов журнала.

Издается с 2013 г.

Периодичность выхода – 4 номера в год объемом от 112 полос.

Распространяется в 70 городах России – по подписке, через региональных представителей и дистрибьюторов.

ОБЛИК  
esthetic guide



## ООО «Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика»

115054, Москва, Жуков пр-д, 19  
телефон: +7 (495) 926-29-83  
электронная почта: [media@con-med.ru](mailto:media@con-med.ru)  
[www.con-med.ru](http://www.con-med.ru)

ООО «Медицинское маркетинговое агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для последиplomного образования врачей различных специальностей: журнал «ConsiliumMedicum», приложения «ConsiliumMedicum»: «Неврология», «Педиатрия», «Хирургия», «Гастроэнтерология», «Болезни органов дыхания», «Дерматология»; журналы «Справочник поликлинического врача», «Системные гипертензии», «Кардиосоматика», «Гинекология», «Современная онкология», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине», «Справочник провизора», «Инфекции в хирургии»; газеты «Участковый терапевт», «Участковый педиатр», «Газета невролога», «Дневник психиатра», «Кардиогазета», «ЖКТ», «Женская консультация», «Первостольник», «DentalTribune»; а также книги, справочники и методические руководства. Все специализированные издания распространяются бесплатно.



## ООО «Издательский дом «МЕДЭСТЕТИК-ПРЕСС»

115093, Москва, ул. Павловская, 7, БЦ «Павловский»  
телефоны: +7 (495) 280-80-15, +7 (963) 927-94-80  
электронная почта: [lina@lne.com.ru](mailto:lina@lne.com.ru)  
[www.lne.com.ru](http://www.lne.com.ru)

ИД «МЕДЭСТЕТИК-ПРЕСС» представляет 2 профессиональных издания.  
Журнал Les Nouvelles Esthétiques – официальная российская версия ведущего французского и международного издания для специалистов в области косметологии, эстетической медицины, SPA-индустрии, массажистов, директоров, управляющих салоном красоты, медицинских центров.  
«Инъекционная косметология» – научно-практический журнал, официальное печатное издание Национального общества мезотерапии (НОМ). Предназначен для практикующих специалистов в области эстетической косметологии и медицины.  
Скачивайте электронную версию журналов!  
App Store; Google play

## Интернет-партнеры



## Информационный портал «Вестник трихологии»

107113, Москва, Сокольнический Вал, 1Б, 1-й эт.  
телефон: +7 (921) 396-70-27  
электронная почта: [vestniktrichology@gmail.com](mailto:vestniktrichology@gmail.com)  
[www.trichology.pro](http://www.trichology.pro)

Информационный портал «Вестник трихологии» – интернет-журнал Союза трихологов. Основная задача платформы – информировать о новых медицинских разработках, а также о практическом опыте в области трихологии, косметологии, дерматовенерологии. На этом информационном ресурсе врачи найдут новые исследования препаратов, статьи из научных журналов, а также тезисы докладов с конференций, обучающие видео, видеолекции, расписание научных конференций, форумов и выставок.

## Интернет-портал РЛС RLSNET.RU

[www.rlsnet.ru/](http://www.rlsnet.ru/)

RLSNET.RU – главная энциклопедия лекарств и товаров аптечного ассортимента российского интернета.

На сайте размещена база данных «Регистр лекарственных средств России» (РЛС), описания лекарственных препаратов, БАД и изделий медицинского назначения, полные тексты книг и учебных пособий для врачей, научные статьи по фармакотерапии, система мониторинга информационного спроса на лекарственные средства «Индекс Вышковского», система мониторинга цен на ЖНВЛП и цены на лекарственные средства в аптеках Москвы и других городов России. Месячная аудитория сайта RLSNET.RU – более 9 миллионов уникальных пользователей, которые ежемесячно делают более 20 миллионов запросов. RLSNET.RU – самый посещаемый специализированный медико-фармацевтический сайт российского интернета.



## Клуб практикующих врачей iVrach.com

109012, Москва, ул. Ильинка, 4, Гостиный Двор, БЦ «Деловой», офис 2102

телефон: +7 (495) 249-90-35

электронная почта: [info@ivrach.com](mailto:info@ivrach.com)

[www.ivrach.com](http://www.ivrach.com)



Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 г. входит в международный альянс врачебных сетей NetworksInHealth.

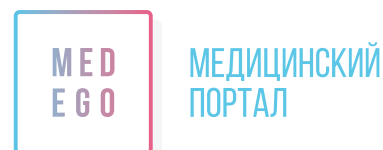
Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках «Журнального Клуба» обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

## Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7 (495) 979-72-17

электронная почта: [info@medego.ru](mailto:info@medego.ru)

[www.medego.ru](http://www.medego.ru)



Деятельность портала Medego.ru направлена на предоставление максимально подробной информации о медицинских мероприятиях, проводимых в России, странах СНГ и по всему миру, и новостях мира медицинского оборудования. Одним из стратегических направлений развития сайта является создание наиболее полного каталога медицинского оборудования отечественного и импортного производства, а также каталога компаний и лечебных учреждений.

## Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

123007, Москва, 5-я Магистральная ул., 12

телефон: +7 (495) 258-97-03

электронная почта: [info@vrachirf.ru](mailto:info@vrachirf.ru)

[www.vrachirf.ru](http://www.vrachirf.ru)



«Врачи РФ» – первая российская система e-Дитейлинг 2.0, объединяющая более 470 000 профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных социальных сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail-контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково». <http://vrachirf.ru>



## Cosmetology-info.ru

г. Санкт-Петербург  
телефон: +7 (911) 980-71-97  
электронная почта: [cosmetologyru@gmail.com](mailto:cosmetologyru@gmail.com)  
[www.cosmetology-info.ru](http://www.cosmetology-info.ru)

Портал содержит статьи о косметике и косметологических процедурах, пластических операциях, а также новости отрасли. Имеются каталоги салонов красоты, фирм-производителей, словарь ингредиентов и косметологических терминов. Также при портале работает форум.

## PRO-Lazers.ru

## PRO-Lazers.ru

Санкт-Петербург  
телефон: +7 (812) 934-53-45  
электронная почта: [authors@pro-lazers.ru](mailto:authors@pro-lazers.ru)  
[www.pro-lazers.ru](http://www.pro-lazers.ru)

PRO-Lazers.ru – информационный портал, объединяющий в себе наиболее полную информацию о косметологическом оборудовании ведущих мировых производителей, представленных в России. Портал предоставляет следующую информацию: описание каждой модели оборудования, технические характеристики, основные показания к применению; анонс новых моделей оборудования; описание основных событий в сфере косметологии России. На портале вы найдете все, что требуется для эффективной работы в отрасли эстетической медицины.



## Medsovet.info

197342, Санкт-Петербург, ул. Сердобольская, 64, корп. 1, литера А, офис 521  
телефон: +7 (812) 380-71-88  
электронная почта: [kontakt@medsovet.info](mailto:kontakt@medsovet.info)  
[www.medsovet.info/](http://www.medsovet.info/)

Medsovet.info – федеральный медицинский информационный интернет-портал с ежемесячной посещаемостью более 2 миллионов человек. Посетители приходят для поиска информации по разделам:

- врачи;
- пациенты;
- медицинские учреждения;
- лекарства и МНН.

Medsovet.info предоставляет:

- полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН;
- форум для врачей и пациентов;
- календарь медицинских мероприятий по всей России;
- сервис онлайн-обучения для врачей;
- медицинские статьи и новости и многое другое.



## Портал 1ner.ru

117485, Москва, ул. Профсоюзная, 84/32, подъезд А6  
телефон: +7 (499) 517-90-37  
электронная почта: info@1ner.ru  
www.1ner.ru

Первый национальный эстетический портал 1ner.ru – современный независимый отраслевой проект, объединяющий на своей информационной площадке специалистов и активных пользователей индустрии красоты.

Портал аккумулирует все важные аспекты и новинки отрасли и предоставляет достоверную, качественную и эксклюзивную информацию в области косметологии, эстетической медицины и пластической хирургии: новости рынка, профессиональные статьи, расписание отраслевых мероприятий, каталог клиник и салонов красоты.



## Социальная сеть и образовательный портал для врачей «Врачи вместе» Vrachivmeste.ru

127006, Москва, ул. Тверская, 18/1, офис 642  
телефон: +7 (495) 650-61-50  
электронная почта: vrvm.koordinator@gmail.com  
www.vrachivmeste.ru

Представляем вам профессиональную социальную сеть – образовательный портал для врачей «Врачи вместе» Vrachivmeste.ru.

Наша основная цель – создание обучающего видеоконтента: дистанционного обучения, прямых трансляций конференций, симпозиумов, круглых столов, видеолекций врачей – ведущих специалистов, ученых и практиков. Редакцией портала для ее участников на сегодняшний день подготовлены более 1000 эксклюзивных обучающих видео для врачей разных специальностей. На сайте регулярно проходят трансляции в режиме онлайн с возможностью задать вопросы лекторам. Здесь врачи могут получать важную и актуальную информацию: узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть видеоматериалы, участвовать в трансляциях.

Сейчас портал Vrachivmeste.ru объединяет 66 000 специалистов и располагает к обмену новостями, клиническими случаями, созданию своих тематических групп, поиску коллег.

Узнайте больше о «Врачи Вместе».



# LIBRE DERM

DERMATOLOGY



## ДЕЙСТВИЕ

Эффективное очищение

Выраженная себорегуляция

SOS-средства



## ЛИБРИДЕРМ СЕРАЦИН – ВОЗЬМИ АКНЕ ПОД КОНТРОЛЬ

Профессиональные средства для пациентов  
с жирной кожей и кожей с акне

- ✓ СЕБОРЕГУЛИРУЮЩЕЕ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ
- ✓ МГНОВЕННОЕ МАТИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ, СУЖЕНИЕ ПОР
- ✓ ЭФФЕКТИВНОЕ УВЛАЖНЕНИЕ ЖИРНОЙ КОЖИ

Горячая линия: 8-800-234-82-28, будни: 10:00–19:00 (Москва). [www.librederm.ru](http://www.librederm.ru)

Отчет по оценке клинической эффективности и безопасности средств  
торговой марки LIBREDERM® ВИТАМИН F в комплексной терапии акне.

### **ОПЫТ МЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В СИСТЕМЕ ANTI-AGE ТЕРАПИИ**

*Айвазова Т.В., Звездина И.В.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Москва*

Одной из актуальнейших задач современной косметологии остается борьба с возрастными изменениями кожи. Поскольку в результате старения снижается синтез и функциональная активность факторов роста, затрагиваются все морфофункциональные структуры кожи, препараты, направленные на борьбу с возрастными изменениями должны влиять на все патогенетические механизмы старения, замедлять деструктивные процессы. Такие препараты были выделены в особую группу и получили название биорепаранты. К биорепарантам нового поколения относится препарат на основе гидролизата плаценты человека. Инновационные технологии очистки плаценты позволяют сохранить в препарате все биологические субстанции и обеспечить полную безопасность. Препарат на основе гидролизата плаценты человека включает в себя уникальное соединение природных компонентов (низкомолекулярные регуляторные пептиды, активные центры факторов роста, нативную гиалуроновую кислоту, аминокислоты), способствует улучшению обменных процессов в клетках кожи.

Цель исследования: оценка клинической эффективности и безопасности мезотерапевтического применения препарата на основе гидролизата плаценты человека для коррекции недостатков кожи лица.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 21 женщина в возрасте от 40 до 46 лет. Все женщины получили 5 процедур мезотерапии препаратом на основе гидролизата плаценты человека. Препарат вводили интрадермально «папульной» техникой, 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в неделю. Для инъекции использовались наноиглы размером 34 G от 4 до 8 мм. До и после курса мезотерапии всем женщинам проводилась УЗ-диагностика кожи.

Полученные результаты: у всех женщин, получивших 5 процедур мезотерапии препаратом на основе гидролизата плаценты человека отмечалась положительная динамика относительно исходных показателей: повышение уровня гидратации кожи на 62,7 %, улучшение микрорельефа кожи на 32,7 %, улучшение показателей толщины эпидермиса на 9,1 %, улучшение показателей толщины дермы на 14,3 %. Аллергические реакции на введение препарата не были зарегистрированы. Отсутствие эффекта и отрицательной динамики процесса в ходе терапии выявлено не было. Все женщины отмечали хорошую переносимость процедур,

подтяжку овала лица, осветление, «сияние» и улучшение качества кожи лица.

Выводы: препарат имеет хорошую переносимость, способствует реструктуризации дермы, восполнению дефицита биологически активных веществ в дерме, восстановлению эластичности, гидратации кожи, повышению тонуса и минимизации морщин, придает коже эффект «сияния». Все вышесказанное позволяет считать препарат на основе гидролизата плаценты человека эффективнейшим препаратом для омоложения и активно использовать в системе anti-age терапии.

### **ВОСКОВАЯ ЭПИЛЯЦИЯ ПОДМЫШЕЧНЫХ ВПАДИН: ОСЛОЖНЕНИЯ.**

*Альбанова В.И., Серебрякова Ю.С.*

*Учебный Центр НикОл, Москва*

Восковая эпиляция подмышечных впадин – наиболее частая и востребованная из всех процедур эпиляции. Осложнения этой процедуры все чаще становятся объектом внимания дерматолога. Все неблагоприятные явления и осложнения условно можно разделить на несколько групп: 1) наступающие во время или сразу после процедуры, в том числе связанные с квалификацией мастера; 2) отсроченные; 3) связанные с имеющимися заболеваниями (как кожными, так и системными). Кроме того, выделим те, которые можно предвидеть и непредвиденные. К первой группе относятся гиперемия, отек, болезненность – они сопровождают процедуру почти всегда, их легко предвидеть. С недостаточной квалификацией мастера связаны избыточные болезненность и эритема при неправильной технике, ожоги, отрывы эпидермиса, обломанные волосы, гематомы, неправильная тактика при появлении осложнений. Ко второй группе относятся аллергические дерматиты, проявления микробного инфицирования (фолликулиты, фурункулы, гидраденит) и более поздно появляющиеся осложнения – вращение волос, посттравматическая пигментация. Возможны обострения хронических 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: хорошо собранный анамнез, соблюдение противопоказаний, учет результатов предыдущей процедуры, фототипа, правильный выбор вида и текстуры воска, соблюдение техники и правил проведения процедуры, нанесение профессиональных средств до и после депиляции, защита от солнца, личная гигиена, соблюдение санитарных норм в учреждении и правил ухода за кожей после процедуры дома. В лечении должны учитываться региональные особенности кожи – слабая аэрация, повышенная температура и влажность кожи.

\*В данном сборнике тезисов сохранена стилистика, орфография и пунктуация авторов.

## ПАТОЛОГИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

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

Институт медико-социальных технологий, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Обнаружение гендерных различий в иммунном статусе пациентов с серорезистентностью (СР) после лечения раннего сифилиса и диагностика позднего сифилиса, манифестирующего симптоматикой кардиоваскулярного и нейросифилиса преимущественно у мужчин (Андропова Н.В., 2012 и 2013; Андропова Н.В. и соавт., 2015 и 2016 г.г.), вызвали интерес к исследованию сопутствующей сифилису гендерной патологии у женщин в разные периоды инфекции. Материал и методы исследования. В динамике с 2015 по 2017 гг. обследовано 25 пациенток в возрасте от 27 до 85 лет, имеющих ранние формы сифилиса (РФС), серорезистентность (СР) или поздние формы сифилиса (ПФС). 1) Проведено клинико-лабораторное и функциональное обследование; 2) определено содержание естественных аутоантител к 24 антигенам: dsDNA,  $\beta$ 2-GPI, FcR, Collagen, CoM-02,  $\beta$ -AR, TrM-03, ANCA, KiM-05-40, LuM-02, GaM-02, ItM-07, ScM, HeS-08, HMMP, Insulin, Ins-R, TG, TSH-R, AdrM-D/C, Spr-06, S100, GFAP, MBP в мультипараметрических исследованиях проб сывороток в наборах групп ЭЛИ-Тест (от ELISA) – ЭЛИ-Висцеро-Тест-24 и оценка на основе изменений в содержании маркерных аутоантител (методика проф. Полетаева А.Б.; Регистрационное удостоверение №ФСР 2009/04551 от 23.03.2009; медицинский исследовательский центр «Иммункулус», Москва); 3) выполнено исследование показателей иммунного статуса на проточном цитофлуориметре, определение иммуноглобулинов сыворотки крови (МНПЦДК, Степанова Н.В.).

Результаты. Все пациентки были разделены на группы в зависимости от стадии сифилитической инфекции. У больных с РФС выявлялись гинекологические заболевания – кисты яичников (2), бесплодие (2), миома матки (1). Средний возраст в группе составил  $40 \pm 11$  лет. У больных женщин с СР (возраст  $46 \pm 12$  лет) был диагностирован эндометриоз (1), поликистоз или кисты яичников (2) и миомы матки (2), а также эрозии шейки матки (1) и рецидивирующие инфекции органов малого таза – сальпингоофориты (1), хронический вагинальный кандидоз (1). Рак молочной железы отмечен у одной пациентки. Обращало на себя внимание развитие фиброзно-кистозной мастопатии (1), миом матки (4), в том числе повлекших экстирпацию органа (2), поликистоза яичников (1), а также рака яичников (1) и молочной железы (3) у женщин с поздним скрытым сифилисом или симптоматикой позднего кардиоваскулярного сифилиса, средний возраст в это группе составил  $65 \pm 14$  лет. Злокачественные новообразования у пациенток сочетались с кистами или поликистозом яичников, а также миомой матки.

При исследовании показателей иммунного статуса ( $n=10$ ) были выявлены изменения в виде поляризации иммунного ответа. У пациенток групп с СР ( $n=5$ ) и ПФС ( $n=5$ ) доминировало нормальное содержание CD4+T клеток:

$46 \pm 5 / 1336 \pm 807$  и  $42 \pm 8 / 813 \pm 431$  (% и число клеток в мкл крови) соответственно. У двух пациенток из каждой группы их уровень превысил 50% ( $n=4$ ). У пациенток обеих групп количество CD8+T клеток составило  $29 \pm 7 / 768 \pm 304$  и  $32 \pm 8 / 558 \pm 96$  и соответствовало верхней границе нормы. У двух пациенток из каждой группы их уровень превысил 35% ( $n=4$ ). Избыточность NKT клеток была обнаружена в группе пациенток с ПФС -  $14 \pm 7 / 226 \pm 74$  против  $6 \pm 3 / 144 \pm 46$  в группе с СР. Отмечена взаимосвязь поляризации иммунного ответа и уровня общего IgM в сыворотке крови. При избыточности CD4+T лимфоцитов у четырех пациенток обеих групп уровень IgM был низким у трех -  $51 \pm 3\%$  и  $0,6 \pm 0,1$  г/л, при этом у одной было повышено содержание общего IgE (271 МЕ/мл). Избыточность CD8+T лимфоцитов у четырех пациенток сочеталась с нормальным содержанием общего IgM -  $38 \pm 2\%$  и  $1,59 \pm 0,5$  г/л, которое почти втрое превышало аналогичный показатель в группе с избытком CD4+ T-лимфоцитов ( $0,6 \pm 0,1$  г/л).

У двух пациенток диагностировали изменения в гуморальном иммунитете: селективный дефицит IgA (0,42 г/л) и низкий уровень IgG (7,08 г/л), которые ассоциировались у них с хроническими рецидивирующими инфекциями, вызванными HSV и Candida albicans.

Обнаружены высокие титры трепонемных антител у 7 из 10 пациенток с ПФС: 1:1280 ( $n=1$ ), 1:2560 ( $n=2$ ), 1:10240 ( $n=3$ ) и 1:20480 ( $n=1$ ).

В ЭЛИ-Висцеро-Тесте-24 у пациенток с СР и ПФС также определялись высокие уровни естественных аутоантител к тиреоглобулину - TG ( $n=4$ ), двуспиральной ДНК - dsDNA ( $n=2$ ),  $\beta$ -адренорецепторам -  $\beta$ -AR ( $n=2$ ) и рецептору инсулина - InsR ( $n=1$ ).

Выводы: 1. У пациенток с серорезистентностью (СР) после лечения раннего сифилиса и с поздним сифилисом (ПФС) сопутствующая гендерная патология представлена заболеваниями матки и придатков (миомы матки, кисты или поликистоз яичников, эндометриоз), а также раком яичников и молочной железы.

2. При исследовании показателей иммунного статуса выявлена поляризация иммунного ответа в виде гиперплазии популяций CD4+T- или CD8+T-лимфоцитов (свыше или равно 50 и 38 процентов соответственно).

3. Обнаруживалась взаимосвязь избыточности Т-хелперов с низким содержанием общего IgM в сыворотке крови (менее 0,7 г/л), тогда как избыточность цитотоксических клеток ассоциировалась с нормальным его уровнем и повышенным содержанием NKT клеток.

4. Определение высоких титров трепонемных антител и естественных аутоантител в совокупности с развитием доброкачественных и злокачественных новообразований матки и придатков, а также молочной железы у пациенток с СР и ПФС может быть следствием нарушения иммунной регуляции, вызванного, по-видимому, сифилитической инфекцией.

5. Своевременное расширение диагностических подходов, использование рациональных методов лечения с привлечением узких специалистов – необходимое условие работы дерматовенеролога, начиная с клинико-серологического контроля после лечения раннего сифилиса у женщин, предрасположенных или с развившимся бесплодием, патологией матки и придатков, а также молочной железы.



## **КОЖНАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ВЫЗВАННАЯ ИНГИБИТОРАМИ РЕЦЕПТОРОВ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА EGFR (EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR).**

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

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова*

Благодаря активному развитию молекулярной биологии, появилось новое поколение препаратов для лечения злокачественных новообразований. Одной из групп часто используемых в таргетной терапии являются блокаторы рецепторов эпидермального фактора роста. На сегодня для клинического применения зарегистрированы 2 группы этих препаратов. Низкомолекулярные ингибиторы тирозинкиназы (эрлотениб, гефитиниб, афатиниб, лапатинб) и моноклональные антитела к экстрацеллюлярному домену EGFR (Цетуксимаб, Панитумумаб).

При терапии данной группой препаратов очень часто наблюдаются различные проявления кожной токсичности. Во многих исследованиях показана достоверная взаимосвязь между кожной сыпью, степенью ее выраженности и эффективностью препарата. Патогенез развития кожной токсичности связан с высокой экспрессией EGFR на нормальных клетках эпидермиса и фолликулярных кератиноцитах, а также эпителии сальных и эккринных желез, антиген-презентирующих дендритных клетках и различных клетках соединительной ткани. EGFR играет важную роль в нормальном развитии и физиологии клеток эпидермиса и верхних слоев волосяного фолликула, а его ингибирование приводит к подавлению роста и преждевременному созреванию базальных кератиноцитов, лейкоцитарной инфильтрации, апоптозу и гибели клеток и сопровождается уменьшением толщины эпидермиса.

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

Со стороны кожи: угревидная сыпь; сухость, трещины, экзема; кожный зуд и гиперпигментация.

Со стороны слизистых оболочек: сухость во рту и мукозит. Со стороны ногтей: паронихии.

Со стороны волос: трихомегалия и гипертрихоз.

Эти изменения вызывают психологический дискомфорт, ухудшают качество жизни пациентов, что порой может приводить к снижению дозы препаратов, а в некоторых случаях отмене терапии. Своевременная коррекция и профилактическое лечение кожной токсичности, позволяют уменьшить её проявления кожной токсичности и не прерывать жизненно необходимую терапию.

## **ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ МОНИТОРИНГ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КОЖЕ.**

*Безуглый А.П., Белков П.А., Бикбулатова Н.Н., Безуглый Н.Н.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии*

Воспаление лежит в основе развития большинства первичных и вторичных элементов кожных сыпей, карбункулов, фурункулов, угрей и является частью репаративных и дегенеративных процессов в коже. Воспаление приводит к определенным изменениям макро- и микроморфологическим изменениям, которые можно наблюдать при физикальном обследовании пациентов. При диагностике и лечении заболеваний в дерматологии и косметологии важно определить где локализуется воспалительный процесс и какие ткани подверглись воспалительным изменениям, однако, внешний осмотр и пальпация не позволяют точно ответить на эти вопросы. Определение интенсивности воспаления и точная локализация воспалительных очагов важны для диагностики и лечения. Целью исследования было описание ультразвуковых признаков воспаления в коже и количественное определение размеров и границ воспалительных очагов в коже методом высокочастотной ультрасонографии. Под нашим наблюдением находились 46 пациентов с воспалительными инфильтративными изменениями кожи различной этиологии в возрасте от 14 до 65 лет. 22 пациента с папулезно-бляшечной формой псориаза, 4 пациента с экземой, 5 пациентов с инфекционными инфильтратами, 11 пациентов с угревой болезнью, 4 пациента с осложнениями после радиочастотной терапии. Применяли высокочастотное ультразвуковое сканирование на частоте 22 и 75 МГц с разрешением 72 и 21 мкм. Определяли локализацию, размеры и границы очагов воспаления в пределах неизмененных тканей. Измеряли акустическую плотность воспаленных и неизмененных тканей. Высокочастотное ультразвуковое исследование можно применять как количественный метод мониторинга воспалительных очагов для дифференциальной диагностики и количественной оценки эффективности лечения.

## **ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ МОНИТОРИНГ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ИНТРАДЕРМАЛЬНЫХ ФИЛЛЕРОВ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА И КОСМЕТОЛОГА.**

*Безуглый А.П., Белков П.А., Бикбулатова Н.Н., Безуглый Н.Н.*

*Клиника АНТА-Мед, Москва*

Введение дермальных филлеров является одним из самых популярных методов коррекции маркеров старения кожи. В некоторых случаях использование филлеров приводит к определенным осложнениям. Целью исследования было выявление ультразвуковых признаков побочных эффектов после введения филлеров, а также количественное определение размеров, глубины и границ патологических очагов в мягких тканях. Под нашим наблюдением находились 18 пациентов с осложнениями после введения филлеров. Применяли высокочастотное ультразвуковое сканирование на частоте 22 МГц и 75 МГц с разрешением 72 и 21 мкм. У всех пациентов удалось определить размеры, глубину расположения и границы патологических очагов в пределах окружающих тканей. Часть осложнений диагностирована при проведении высокочастотной ультрасонографии кожи перед повторным введением филлеров. При

анализе клинической картины и данных высокочастотного ультразвукового исследования выявлены три основных типа изменений в тканях: воспалительно-экссудативные, гранулематозные и микросклеротические. При помощи высокочастотной ультрасонографии 22 и 75 МГц нам удалось определить точную локализацию и размеры патологических очагов в дерме и подкожной клетчатке. Предварительное измерение толщины дермы перед введением филлеров, с целью определения индивидуальной глубины введения препарата может значительно уменьшить количество осложнений.

### **ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ МОНИТОРИНГ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА И КОСМЕТОЛОГА.**

*Безуглый А.П., Белков П.А., Бикбулатова Н.Н., Безуглый Н.Н.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Заболеваемость опухолями кожи в РФ постоянно растет, наблюдается ежегодное увеличение заболеваемости меланомой и немеланоцитарными опухолями кожи. Одними из первых в ряду специалистов, осуществляющих первичную диагностику злокачественных и доброкачественных новообразований кожи стоят дерматологи и косметологи. В настоящее время для инструментальной диагностики новообразований наиболее часто применяют дерматоскопию. Эта методика повсеместно стала стандартной процедурой. Как оптический метод, дерматоскопия обладает высокой разрешающей способностью, но в силу законов распространения, отражения и рассеивания света в мутных средах глубина дерматоскопического исследования не превышает 500 мкм. Поэтому при исследовании кожных новообразований, особенно немеланоцитарных опухолей требуются дополнительные инструменты. Целью исследования было определение ультразвуковых признаков и количественное определение размеров, границ и акустической плотности кожных новообразований. Под нашим наблюдением находились 32 пациента с доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи. Применяли высокочастотное ультразвуковое сканирование на частоте 22 МГц и 75 МГц с разрешением 72 и 21 мкм. У всех пациентов удалось определить размеры, глубину распространения и акустическую плотность опухоли. Все новообразования оказались гипоехогенными, по сравнению с окружающими тканями. В большинстве случаев с высокой вероятностью удалось определить источник первичного роста опухоли, благодаря высокому разрешению ультрасонографии. Впервые в РФ применили комбинацию видеодерматоскопии и высокочастотной сонографии при мониторинге кожи пациентов с базальноклеточным раком кожи. Высокочастотное ультразвуковое сканирование с высокой точностью позволяет определить размеры и глубину распространения новообразования, то важно для выбора метода лечения, и оценки его результатов, а также для профилактики рецидивов опухолей.

### **БОВЕНОИДНЫЙ ПАПУЛЁЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

*Бессараб Т.П., Халилулин Т.Р.*

*Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД, Москва*

Описанный впервые 40 лет назад бовеноидный папулёз является относительно редкой нозологией, однако, в последнее время наблюдается значительный рост заболеваемости у сексуально активных мужчин и женщин, в том числе с его экстрагенитальной локализацией, что обусловлено ростом беспорядочных половых связей. Принимая во внимание установленную связь с папилломавирусной инфекцией человека, бовеноидный папулёз, возникающий при инфицировании типами вирусов с высоким канцерогенным риском, имеет важное клиническое значение, особенно на фоне коинфекции вирусами иммунодефицита человека и герпеса человека II типа. Целью настоящей части работы является анализ и оценка частоты экстрагенитальных поражений слизистой оболочки полости рта при заболеваниях, передающихся половым путём, в условиях амбулаторно-поликлинического и стационарных отделений Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИД в течение последних десяти лет. Возраст больных составил от 17 до 48 лет и старше (средний возраст 34,7 года). Диагноз бовеноидного папулёза ставился на основании клинического осмотра и обследования с проведением биопсии (имеется гистологическое сходство с плоскоклеточным раком *in situ* (болезнью Боуэна), но намного более доброкачественное течение), ацетотеста для актуализации очагов поражения, выявление ДНК папилломавирусов (ПЦР). Дифференциальный диагноз бовеноидного папулёза слизистых оболочек проводился с сифилисом, псориазом, красным плоским лишаем, лейкоплакиями, герпетической инфекцией, остроконечными кондиломами. Возможность малигнизации при бовеноидном папулёзе у ВИЧ-инфицированных выше (8,1% относительно 3% в популяции), что имеет при верификации диагноза особое прогностическое значение, учитывая объём хирургического пособия / лучевой терапии в челюстно-лицевой области и возможной инвалидизации. Для профилактики бовеноидного папулёза при ВИЧ-инфекции актуальное значение имеют исключение рискованного сексуального поведения и своевременное наблюдение и лечение с обязательным обследованием половых партнёров.

### **ИММУНОГИСТОХИМИЯ КАК ВАЖНЫЙ МЕТОД ИДЕНТИФИКАЦИИ БИОМАРКЕРОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Большева А.А., Демина О.М., Карпова Е.И., Карымов О.Н.*

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

В настоящее время, метод иммуногистохимии используется для поиска клеточных или тканевых антигенов аминокислот

и белков к инфекционным агентам и специфическим клеточным популяциям. Иммуногистохимия является методом исследования тканей, определяющим клеточный или тканевой антиген благодаря связыванию его со специально полученными мечеными антителами. Основой метода является реакция «антиген-антитело». Установлено, что этот метод позволяет определить не только гистологическое происхождение клетки, но также указывает на ее функцию *in vivo*, при надлежащем исследовании с помощью правильных антител. Иммуногистохимические реакции могут использоваться в различных клинических и исследовательских областях. Наиболее важными из них являются: гистогенетическая диагностика морфологически недифференцированных неоплазий, характеристика первичного очага злокачественных новообразований; исследование прогностических факторов и терапевтических методов некоторых заболеваний (в том числе дерматовенерологических нозологий), дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных некоторых клеточных пролифераций, идентификация структур и материалов, секретируемых клетками организма. Патогистология играет ключевую роль в диагностике многих кожных заболеваний. Однако в некоторых ситуациях бывает невозможно установить диагноз при расхождении клинической картины и гистопатологическими особенностями. В таких случаях чрезвычайно полезно иммуноокрашивание клеточных антигенов. Иммуногистохимические методы повышают диагностическую ценность патоморфологического исследования, а также помогают оценить прогностические маркеры некоторых расстройств.

Показана возможность проведения ИГХ при дерматологических заболеваниях, включая псориаз, акне, розацеа, склеродермию, атопический дерматит, новообразования кожи и ряд других. Так, при псориазе дефицит клеток FOXP3 + Treg может быть причиной обострения дерматоза и, таким образом, прогнозировать тяжесть заболевания и его клинический исход. Избыточная экспрессия HIF-1 $\alpha$  в очагах клинически пораженной кожи при псориазе может быть связана с прогрессированием заболевания. Показательно иммуногистохимическое обнаружение серотониновых рецепторов 5-HT1AR и 5-HT2AR при аллергическом контактном дерматите, поэтому на начальных этапах заболевания возможна целенаправленная терапия путем блокирования этих рецепторов. Используя метод иммуногистохимии, было обнаружено, что очаговая склеродермия характеризуется дисбалансом цитокинов Т-хелперов 1 типа в сыворотке, в частности CXCL9, что связано с активностью болезни. При этом выявление экспрессии CXCL9, являющийся биомаркером активности склеродермии, в патологических макрофагах подтверждает, что источником циркулирующих цитокинов является кожа.

Показано, что метод иммуногистохимии позволяет проводить дифференциальную диагностику дискоидной волчанки и розацеа. Так, при дискоидной волчанке соотношение CD4:CD8 ниже, количество CD4 (+) CD25 (+) регуляторных Т-клеток меньше, чем при розацеа. При иммуногистохимическом исследовании образцов кожи у больных акне обнаружены Т-клеточные маркеры и связанные с IL-17 антимикробные пептиды

Таким образом, иммуногистохимия – это быстро развивающийся и приобретающий широкое применение

метод диагностики. Принцип может быть использован и для диагностики, и в качестве прогностических маркеров. Большинство иммуногистохимических маркеров неспецифичны, и, безусловно, проведение и интерпретация результатов этого исследования требует опыта. Хотя иммуногистохимия открывает новую страницу в диагностике, для корректной диагностики необходимо надлежащее клиническое и патоморфологическое исследование.

## **ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ ВЫДЕЛЕНИЯ В РОССИИ ROTHIA MUCIAGINOSA ИЗ КРОВИ ПАЦИЕНТКИ С ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ**

*Борисова О.Ю., Алешкин В.А., Каргальцева Н.М.,  
Кочеровец В.И., Пастушенков В.Л., Карпова Е.И.,  
Данищук О.И., Афанасьев С.С.*

В настоящее время контурная пластика широко применяется в виду развития эстетической медицины. Иногда имеют место разного рода последствия после использования препаратов на основе гиалуроновой кислоты, несмотря на то, что препараты относятся к биологически-совместимым. У пациента осложнения могут проявляться в виде: болевых ощущений, аллергических реакций, выпячивания и миграции геля, образования гематом и отеков, воспалительных процессов в месте проведения инъекций с образованием гранулем. Образование гранулем рассматривается как механизм реактивной защиты на «внешнее вторжение», и образование фиброза происходит в результате уплотнения соединительной ткани в области инъекции, что свидетельствует о выработке нового коллагена. Осложнения также могут быть по другим причинам: нестерильно выполненная манипуляция, инфицированный гель или пациент с хроническим воспалением. Микробиологическое обследование пациентов с осложнением после контурной пластики не разработано, поэтому в отечественной литературе имеются единичные публикации. Целью исследования было установление возможной патогенетической роли микроорганизмов в осложнении после контурной пластики. У пациентки после проведения контурной пластики в виде инъекции филлера на основе гиалуроновой кислоты в носогубную складку развилось осложнение в виде абсцессов лица. Назначены исследования в виде общего клинического анализа крови, иммунологического статуса и микробиологического исследования крови. Клинический и иммунологический анализы крови были выполнены по общепринятым методикам. Комплексное микробиологическое исследование пробы периферической крови состояло из микроскопии мазка крови и бактериологического посева крови. Мазки крови были окрашены по Граму. Изучение микрпрепаратов проводили при помощи световой иммерсионной микроскопии с использованием бинокулярного микроскопа Axiostarplus. По результатам исследования отмечено, что у пациентки в анамнезе отмечены хронический воспалительный процесс в ротовой полости и хронический эндометриоз, по поводу которых пациентка проходила длительное антимикробное лечение. На фоне этого состояния пациентке была проведена контурная пластика. Через три

дня после проведения процедуры появился жалобы на нарастающий отек. Осложнение развилось в виде абсцесса. Результаты общего клинического исследования крови свидетельствовали о наличии хронического воспалительного процесса. Показатели иммунологического анализа крови были в норме. При микроскопии мазка периферической крови были обнаружены грамположительные кокки яйцевидной формы, располагающиеся парами и тетрадами в значительном количестве, и дрожжевые клетки в единичном количестве. Тромбоциты в значительном количестве располагались в свободном и агрегированном состояниях. При бактериологическом посеве крови выросли колонии белого цвета, без гемолиза, слизистые, плотно спаянные и трудноснимаемые с агаровой поверхности. Мазки из колоний были окрашены по Граму. Микроскопия колоний показала наличие грамположительных кокков яйцевидной формы, располагающихся парами и тетрадами. Выросшие грамположительные кокки были коагулазонегативными. Идентификация с помощью масс-спектрометрического метода с использованием время-пролетного масс-спектрометра BioMerieux VITEK MS MALDI-TOF показала наличие *Rothiamucilaginosa*.

В 1978 году описали случай первого выделения этого микроорганизма у больного эндокардитом. Часто этот микроорганизм рассматривали как оппортунистический патоген у иммунокомпетентных пациентов, так как факторами риска для него являются нейтропения, опухоли. В зарубежной литературе *Rothia mucilaginosa* представлен в роли патогена при бактериемии, инфекции центральной нервной системы, менингите, перитоните, остеомиелите, эндофтальмите и эндокардите протезированного клапана и описаны случаи выделения *Rothia mucilaginosa* из крови и мокроты.

Пациентке на фоне имеющегося воспалительного процесса в полости рта, о чем свидетельствовали показатели клинического анализа крови, была проведена контурная пластика носогубной складки, которая, возможно, спровоцировала развитие воспаления.

Проведение косметологической манипуляции может явиться провокацией для активизации хронического вялотекущего воспалительного процесса и перехода его в стадию острого воспаления с циркуляцией микроорганизмов в кровотоке.

## **ИЗУЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ В ОЧАГАХ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ГИДРАДЕНИТЕ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ.**

*Бородулина К.С., Бурова С.А.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, городская клиническая больница им. В.В. Вересаева.*

Хронический гнойный гидраденит (ХГГ) – хроническое воспалительное заболевание апокриновых желез. Данное заболевание имеет социальную значимость, снижает качество жизни пациента ввиду длительного рецидивирующего течения, торпидности к проводимой терапии, периодически возникающих обострений с образованием гнойных свищей и деформирующих рубцов в подмышечных и паховых областях. В настоящее время, в связи с наличием широкого спектра

антибактериальных препаратов, наблюдается увеличение случаев антибиотикорезистентности бактериальной флоры. Состав микрофлоры кожи здорового человека непостоянен и может меняться в зависимости от возраста и анатомической локализации. Изучение бактериальной флоры и ее чувствительности к антибиотикам у больных ХГГ различных локализаций помогают адекватно оценить и подобрать рациональную антибактериальную терапию. На ранних стадиях развития, при легкой степени тяжести ХГГ, биоматериал из воспалительных элементов в большинстве случаев может быть стерильным. Однако, при наличии абсцедирования и суппуративных свищей в подмышечных, паховых, мошоночных и надлобковых областях выявляется разнообразная бактериальная флора, требующая изучения в каждом отдельном случае. Цель исследования: Изучение состава микробной флоры в гнойном отделяемом из свищей и ран у больных ХГГ. Под нашим наблюдением находились 96 пациентов, мужчины и женщины, в возрасте от 18 до 60 лет. Все они имели проявления ХГГ легкой (7.5%), средней(12.9%), тяжелой(67.7%) и крайне тяжелой (11.8%) степени тяжести. Биоматериал из свищевых ходов и пунктаты из абсцессов от больных доставляли в бак. лабораторию в транспортной среде Эймса. Идентификация микроорганизмов проводилась классическим способом, с использованием тест-систем фирмы Лахема. Для изучения антибиотикочувствительности применяли диско-диффузионный метод (на среде Мюллера-Хинтона), бактериальную суспензию, соответствующую по плотности 0,5 по стандарту Мак Фарланда (1,5x10<sup>8</sup> КОЕ/мл) наносили на плотную питательную среду. Через 15 минут на поверхность питательной среды помещали диски с антибактериальными препаратами. Затем чашки Петри инкубировали в термостате при температуре 35<sup>o</sup>C в течение 18-24 часов. После окончания инкубации учитывали диаметр зон задержки роста. Полученные результаты: У 7 (7.3%) пациентов в биоматериале роста микрофлоры не наблюдалось. У всех больных с гнойно-воспалительными процессами в пахово-мошоночных и надлобковых зонах (35 больных – 36.5%) выделены: *St.aureus*, *E.coli*, *Ent. faecalis*, *St.epidermidis*, *St.saprophyticus*, *Kl.pneumoniae*. В подмышечной области (32 больных - 33.3%) выделены: *St.albus*, *Ent.faecalis*, *St.epidermidis*, *St.aureus*, *St.pyogenes*, *Acinetobacter baumannii*, MRSA. В параректальной и ягодичной областях (15 больных – 15.6%) выделены: *Ent.faecalis*, *Proteus mirabilis*, *St.aureus*, *E.coli*, *St.epidermidis*. В крестцово-копчиковой области (7 больных – 7.3%) выделены: *St.aureus*, *Kl. pneumoniae*. При локализации гнойно-воспалительного процесса в пахово-мошоночно-промежностных зонах микробные ассоциации были чувствительны к следующим антибиотикам: ампициллин; цефтриаксон, цефтазидим; цiproфлоксацин, офлоксацин; гентамицин, амикацин. При подмышечных локализациях была выявлена чувствительность к: оксациллин, ампициллин; цефтриаксон; цiproфлоксацин, офлоксацин; амикацин; ванкомицин; меропенем. В крестцово-копчиковой области к: цефтриаксон, цефтазидим; офлоксацин; амикацин; меропенем. В параректальной и ягодичной областях к: оксациллин; цефтриаксон; цiproфлоксацин, офлоксацин; гентамицин, амикацин. Таким образом, в результате исследования, было установлено, что наиболее часто в очагах поражения обнаруживаются бактерии семейства *Staphylococcaceae*. Другие микроорганизмы встречаются



реже. Выделенные микроорганизмы проявляют наибольшую чувствительность к следующим группам антибиотиков: ампициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, макролиды. Полученные данные могут быть использованы для усовершенствования схем антибиотикотерапии ХГГ.

## **СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО СЕГМЕНТАРНОГО ВИТИЛИГО ФОТОТЕРАПИЕЙ В КОМБИНАЦИИ С ТОПИЧЕСКИМ КОРТИКОСТЕРОИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ**

*Бородулина К.С., Волнухин В.А., Прокопова Е.М.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, городская клиническая больница им. В.В. Вересаева.*

Витилиго – одно из наиболее частых нарушений пигментации кожи, встречающееся, по разным данным, у 0,5–2% популяции. Оно характеризуется появлением на коже депигментированных пятен и обесцвеченных волос, возникающих вследствие разрушения меланоцитов. Выделяют два основных типа заболевания: несегментарное (вульгарное) витилиго, проявляющееся в большинстве случаев распространенным двусторонним поражением кожи, и сегментарное витилиго, при котором очаги поражения обычно располагаются в пределах одного или нескольких сегментов тела. В отличие от несегментарного витилиго, сегментарное витилиго хуже отвечает на фототерапию и медикаментозную терапию. Считается, что применение этих методов лечения при сегментарном витилиго эффективно лишь на ранних стадиях заболевания. Мы наблюдали случай эффективного лечения сегментарного витилиго узкополосной фототерапией 311 нм в комбинации с топическим кортикостероидным препаратом при длительности заболевания более 30 лет. Приводим описание нашего наблюдения. В отделение физиотерапии ООСП МНПЦДК ДЗМ обратилась больная, 33 лет, с жалобами на наличие белого пятна на правой ноге, не сопровождавшегося какими-либо субъективными ощущениями. Со слов пациентки, пятно возникло в возрасте 1 года. По мере роста и развития больной пятно увеличивалось в размерах, но в 12-летнем возрасте прогрессирование его прекратилось. По поводу данного заболевания никакого лечения не проводила. Семейный анамнез пациентки не отягощен, сопутствующих аутоиммунных заболеваний не выявлено. На момент осмотра на коже передней и наружной поверхности нижней трети правой голени имелся очаг депигментации молочно-белого цвета, неправильной формы, с четкими контурами, размерами 18 см x 7 см, располагавшийся сегментарно. При осмотре в лучах лампы Вуда наблюдалось яркое белое свечение очага поражения. На основании анамнестических и клинических данных установлен диагноз сегментарного витилиго. Больной было назначено комбинированное лечение, включавшее процедуры узкополосной фототерапии 311 нм с режимом 2 раза в неделю и наружное применение крема мометазона фураата 1 раз в сутки по интермиттирующей схеме циклами по 2 недели с двухнедельным перерывом. Курс лечения продолжался 7

месяцев. Всего больная получила 60 процедур фототерапии. В результате проведенного лечения репигментация кожи в очаге составила 60% площади поражения. Переносимость терапии была удовлетворительной, каких-либо побочных эффектов не отмечено. Представленный случай свидетельствует о возможности эффективного лечения некоторых больных длительно существующим сегментарным витилиго фототерапией в комбинации с топическим кортикостероидным препаратом.

## **СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДВУХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОСИФИЛИСА.**

*Бохонович Д.В., Лосева О.К., Залевская О.В., Юдакова В.В., Чернышнёва Н.В.*

*Институт медико-социальных технологий, Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Москва*

Введение. Согласно современным научным данным, значительная часть больных нейросифилисом (24 – 32,4%) в прошлом уже получали лечение по поводу различных форм сифилиса. Наряду с этим, ежегодно выявляются больные нейросифилисом, которые не имели в прошлом заболевания какими-либо формами сифилиса. Представляет интерес, существуют ли какие-либо клинические и лабораторные различия при диагностике нейросифилиса у этих двух групп пациентов.

Материалы и методы. Были проанализированы амбулаторные карты всех больных, которым диагноз нейросифилиса (НС) был поставлен в 2015- 2017г.г.: впервые выявленных 47 человек (I группа), лечившихся по поводу сифилиса в прошлом – 29 (II группа).

Результаты. Как в первой, так и во второй группах преобладали пациенты с асимптомным нейросифилисом (АНС): 39 человек в I группе (83%) и 24 – во II (82,8%). Различие состояло в том, что у 9 из 39 больных I группы был диагностирован ранний АНС, в то время как во II группе больных с ранним АНС не было: у 21 был диагностирован поздний АНС, а у 3 – неуточнённый. Поздний НС с симптомами (менингovasкулярный) (СНС) был установлен у 8 человек в I группе (17%) и 5 – во II группе (17,3%). Таким образом, частота выявления АНС и СНС в обеих группах оказалась практически одинаковой.

У всех больных I группы отмечен положительный результат НТТ (РПР) в сыворотке крови, степень позитивности которого варьировала от 3+, т. 1:2 до 4+, т. 1:1024. Трепонемные тесты также были резко положительными у всех больных, в частности, результаты РПГА - с титрами от 1:640 до 1:327680. Во II группе НТТ положительны и резко положительны у всех 29 пациентов. Позитивность РПР варьировала от 1+ до 4+ с титром 1:256. Трепонемные тесты сыворотки крови у всех больных резко положительны, в частности, результаты РПГА с титрами от 1:1280 до 1:81920.

При исследовании ликвора результат VDRL оказался положительным или резко положительным у 24 пациентов I группы, т.е. в половине случаев; у 20 больных отмечены повышенные показатели белка, у 27 - высокий цитоз. Во II группе VDRL в ликворе дала положительный или резко

положительный результат у 11 из 29 больных (примерно в 1/3 случаев), 12 больных имели повышенные показатели белка и 11 – цитоза. Все трепонемные тесты в ликворе у больных обеих групп были положительны или резко положительны. Выводы.

1. При сравнении 2 групп больных нейросифилисом, впервые выявленных и имевших леченый сифилис в анамнезе, соотношение асимптомных форм НС и форм с симптомами оказалось одинаковым.

2. У больных с впервые выявленным НС отмечена более высокая степень позитивности серологических тестов в крови и более выраженная патология в ликворе.

3. Представляет интерес сравнение эффективности лечения НС в изучаемых группах больных после окончания лечения и проведения ликворологического контроля.

## **ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ВПЧ.**

*Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Ахтямов С.Н.*

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

Кондиломатоз аногенитальной области (КАО, аногенитальный папилломатоз, аногенитальные бородавки, остроконечные кондиломы) – одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний половых органов, вызываемое вирусом папилломы человека (ВПЧ). В настоящее время выделено, по крайней мере, 100 различных серотипов ВПЧ, однако ключевая роль в развитии КАО отведена ВПЧ 6 и 11 типов (реже – 16). Наиболее часто передача вируса осуществляется при половом контакте, однако не исключен и бытовой путь передачи через руки инфицированного человека, предметы его обихода. Высока частота интранатального инфицирования при аспирации плодом содержимого влагалища и цервикального канала, что в дальнейшем влечет за собой развитие папилломатоза гортани, нередко требующего проведения оперативного вмешательства. Наиболее часто остроконечные кондиломы диагностируются у пациентов молодого возраста (20-25 лет), живущих активной половой жизнью, причем риск заражения ВПЧ при однократном половом контакте превышает 50%. Вероятно именно этот факт, а также частое субклиническое течение заболевания и обуславливают высокую частоту выявления генитального папилломатоза у обоих половых партнеров (65-70%).

Диагноз остроконечных кондилом аногенитальной области считался установленным при визуальном обнаружении характерных разрастаний, с идентификацией ВПЧ методом ПЦР.

Рекомендуется комплексная противовирусная терапия, которая включает прием Бонафтона по 0,1 x 4 раза в день в течение 12 – 14 дней или индинола по 1 капс (300 мг) x 2 раза (блокируют синтез онкобелков в эпителиальных клетках инфицируемых ВПЧ, останавливает злокачественные процессы). Используется иммуномодулирующая терапия – циклоферон в/м через день на курс 10 -15 инъекций, либо

ликопид по 20мг ежедневно в течение 10 дней (курсовая доза 200мг) через 7 дней после лазероапоризации.

## **ИММУНОПАТОГЕНЕЗ И ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.**

*Васенова В.Ю., Бутов Ю.С.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова*

Атопический дерматит (АД) – хроническое рецидивирующее заболевание с наследственной детерминированностью и с гиперчувствительностью замедленного типа. Среди аллергических заболеваний на его долю приходится 50-60%. У пациентов с атопическим дерматитом семейная атопия встречается в 3-5 раз чаще, чем в среднем в популяции. Чаще наблюдается связь с атопическими заболеваниями по материнской линии (60—70%), реже — по отцовской (18—22%). При атопических заболеваниях у обоих родителей, риск развития атопического дерматита у ребенка составляет 80%, а у одного из них — 45—50%.

В патогенезе АД важную роль играют изменения в иммунном статусе, которые проявлялись в виде активации фагоцитарно-макрофагального звена и увеличения популяции «наивных» Т-клеток за счет перехода в активированные. Также выявлено снижение популяции NK-клеток и CD8+ Т-клеток памяти, коррелирующее с тяжестью течения АД, характером и распространенностью высыпаний.

Показано, что при АД нередко наблюдается 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, снижение показателей антиэндотоксинового иммунитета на 45% обуславливает развитие «эндотоксиновой агрессии», которая поддерживает хроническое течение дерматоза. Присоединение к базовым препаратам антиэндотоксиновой терапии, включающей в себя назначение сорбентов, гепатопротекторов и пробиотиков приводит к более быстрому регрессу высыпаний.

## **КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ.**

*Василенко Т.И., Литвина Н.В.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии*

В настоящее время идентифицировано более 100 типов вируса папилломы человека (ВПЧ), подробно описаны более 70 типов, установлен факт того, что определенные типы ВПЧ могут инфицировать строго отдельный вид эпителия и вызывать характерные клинические проявления. Инфекцию ВПЧ относят к наиболее распространенным заболеваниям, передающихся половым путем. К группе риска инфекции ВПЧ относят практически всех людей, живущих половой жизнью,

из которых 50% заражены ВПЧ (одним или несколькими типами).

Целью настоящего исследования являлось сравнительное определение противорецидивной активности комбинированной терапии аногенитальных остроконечных кондилом (АОК) у женщин.

Материал и методы. В исследование было включено 60 женщин с клиническими проявлениями АОК в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст  $29,09 \pm 5,08$  лет. Продолжительность заболевания в среднем составила  $7,25 \pm 2,07$  лет, первичный эпизод был зарегистрирован у 19 (31,67%) больных, у остальных (41 (68,33%)) – рецидив АОК. Анализ предшествующей терапии при рецидивирующем течении папилломавирусной инфекции урогенитального тракта позволил определить, что в подавляющем большинстве применялись методы химической (21 (35,00%)) и физической деструкции кондилом (17 (28,33%)). Крайне редко, у пациенток с рецидивами АОК, использовались терапевтические методы лечения (3 (5,00%)). Все больные, вошедшие в исследование, были разделены на две равные группы по 30 человек в зависимости от проводимой терапии. В группе I применялась комбинированная терапия с использованием крема, содержащего 5% имиквимода через день на область АОК №5 с последующей лазерной деструкцией (инфракрасный лазер, длиной волны 0,89 мкм, мощность 10 Вт, экспозиция 1-10 минут). В группе II (сравнения) проводилась монотерапия АОК путем лазерной деструкции.

Результаты исследования. При определении клинической эффективности через 10 дней после окончания терапии ремиссия АОК была зарегистрирована у 60 (100%) женщин. Отдалённые результаты лечения оценивали на этапах через 30, 60, и 180 дней. В группе I через месяц и через 60 дней после окончания курса комбинированной терапии рецидив аногенитальных остроконечных кондилом наблюдался у 2 (6,67%) пациенток, через 180 дней – у 6 (20,00%). В группе сравнения (II) клинические симптомы АОК через 30 дней наблюдались у 1 (3,33%) женщины, через 2 месяца – у 5 (16,67%), через полгода у 11 (36,67%).

Заключение. В результате проведённого исследования установлено, что использование комбинированной терапии с применением крема, содержащего 5% имиквимода и лазерной деструкцией, способствует повышению удельного веса безрецидивного течения аногенитальных остроконечных кондилом у женщин.

### **ПАРАДИГМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В СВЕТЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ.**

*Наринская Н.М., Короткий Н.Г., Тихомиров А.А.*

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

В патогенезе АД важная роль отводится состоянию органов пищеварения, в первую очередь, поджелудочной железы (ПЖ). Целью наших исследований было изучение функционального состояния ПЖ у детей при АД. В работу были включены дети с тяжелым АД в возрасте от 7 до 15

лет. По нашим данным дети с АД предъявляли жалобы на дискомфорт в области живота (в 92,7% случаев), урчание в животе (73,2%), боли в животе (68,2%), метеоризм (63,4%), тошноту (51,3%). Реже дети жаловались на рвоту, диарею, изжогу, запор. Повышенная экскреция триглицеридов с калом различной степени выраженности была выявлена более чем у половины обследованных больных (59%), что указывает на нарушение экзокринной функции ПЖ. В то же время уровень эластазы-1 в стуле был снижен лишь у 5% больных. Это говорит о том, что у подавляющего числа детей с АД имеет место относительная панкреатическая недостаточность, скорее всего, связанная с нарушением моторики кишечника. По результатам периферической электрогастроэнтерографии у детей с АД было выявлено усиление моторной активности двенадцатиперстной кишки. Данное состояние может обуславливать снижение эффективности процессов полостного пищеварения, в частности, функции панкреатических ферментов. Нарушения экзокринной функции ПЖ способствуют неполному расщеплению нутриентов в процессе кишечного пищеварения, что приводило к нарушению барьерной функции и абсорбции макромолекул в тонкой кишке. Так замыкается порочный патогенетический круг, в котором аллергический процесс сопровождается нарушением кишечного переваривания и всасывания, повреждением кишечного эпителия и повышением проницаемости слизистой оболочки кишечника, что приводит к нарастанию потока антигенов, поступающих в системный кровоток и усугубляющий течение основного заболевания. Разорвать этот порочный круг возможно проводя комплексную терапию: коррекцию функции органов пищеварения, параллельно с базисным лечением.

### **КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИТЕЙ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА**

*Васильева Е.В.*

*Belle Allure, Москва*

Цель: определение эффективности лифтинга и омоложения нитями для коррекции средней трети лица в практике врача-косметолога в амбулаторных условиях.

Объекты исследования: пациенты центра – 100 в возрасте 29 – 67 лет (29-43 – 77 чел., 44-55 – 13 чел., 56-67 – 10 чел.), среди них мужчин 13, женщин 87. Оценка проводилась на основе визуального осмотра, пальпации, фотодокументирования до, сразу после процедуры, через 2 месяца, 18 месяцев и степени удовлетворённости пациентов полученным результатом. Имплантированы по 2 нити пациентам с целью лифтинга в носогубно-скуловой области 87. Одномоментный лифтинг средней трети лица и коррекция носогубной складки и скуловой области (4 нити) у 13 пациентов. Последовательность процедуры: разметка, обработка 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, инфильтрационная анестезия 2% ультракаином 2-4мл, введение по разметке подкожно нитей через два небольших прокола в коже 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 отёк купировался в течение первых 2-х суток. Гематомы отмечались у 30% локально до 2,0см в диаметре, у 50% незначительные, которые рассасывались к 3-7суток. 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 86(86%), хороший 10(10,0%). Оптимальный эстетический эффект достигался к концу 2месяца за счёт стимуляции собственного неколколагенеза полимолочной кислотой: повышение тургора, плотности, эластичности и улучшение цвета кожи, исчезновение морщин. Удовлетворительный результат - у 4(4%). Пациенты остались довольны, состояние кожи улучшилось, но не был достигнут оптимальный эстетический эффект в связи с ограниченными финансовыми возможностями пациентов.

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

## **ФОТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО.**

*Вашкевич А.А., Разнатовский К.И., Кривоконева А.И., Максимова М.Д., Резцова П.А., Гулордава М.Д.*

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

Актуальность. Витилиго – хроническое мультифакториальное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся образованием депигментированных пятен и обесцвеченных волос, при патоморфологическом исследовании отмечается отсутствие меланоцитов. Частота распространения в мире составляет 0,5 - 8%, в России –1-2%. Отмечается тенденция к увеличению роста заболеваемости витилиго. Наиболее характерно появление заболевания в возрасте 10-30 лет, хотя может встречаться и в более раннем возрасте, а также у пожилых. Несмотря на то, что данное заболевание не является летальным, косметический дефект, возникающий у больных витилиго, вызывает психоэмоциональные расстройства вплоть до депрессивных и суицидальных состояний. Дерматологический индекс качества жизни, использующийся для оценки степени негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента, составляет 4.95 балла. Главной терапевтической задачей в лечении витилиго является репигментация очагов и/или замедление темпов прогрессирования заболевания. Необходима разработка и применение эффективных и безопасных методов лечения, а иногда и смежное наблюдение у психотерапевта. Цель исследования. Оценка эффективности как монотерапии ультрафиолетовым излучением, так и комплексной терапии ультрафиолетовым излучением с 0,1% мазью Такролимуса (Протопик). Материалы и методы. В исследовании

участвовали 38 больных витилиго с различными участками поражения. Каждому пациенту 3 раза в неделю проводили УФ-облучение с длиной волны 311 нм в суммарном количестве 24 процедуры; 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. Перед началом работы депигментированные участки кожи были фотографированы. Через 8 недель систематического облучения УФ-лампой очаги фотографировали повторно, сравнивая их с первоначальными фотографиями. 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 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. Обсуждение. Узкополосная фототерапия 311 нм является одним из наиболее эффективных методов лечения витилиго и оказывает значительный эффект в лечении как генерализованных, так и ограниченных форм. Данный метод является достаточно эффективным и безопасным, вызывает минимум побочных эффектов. UVB-излучение приводит к локальному подавлению иммунитета, изменениям в цитокинезе, увеличению количества меланоцитов и меланогенезу, а также к усилению производства метаболитов витамина D, которые стимулируют меланогенез. Начальная доза: 0,1-0,25 Дж/см<sup>2</sup>; режим: 2-3 раза в неделю (но не 2 дня подряд); на курс 20 -100 процедур и более. Чувствительность кожи к УФ-лучам у пациентов не одинакова: у одних сначала появляется краснота, затем загар, у других – сразу загар. Кроме того имеют значение цвет волос, глаз, наличие веснушек. Необходимо помнить, что лечение данного заболевания длительное, и клинический эффект от терапии оценивается только через 3 месяца. 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 результате терапии пациенты отмечали повышение уверенности в себе, улучшение социальных отношений, эмоционального и психологического самочувствия и настроения. Кроме того, после эффективного лечения отмечался позитивный настрой по отношению к терапии данного заболевания. 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. Одной из главных задач в терапии дерматоза является поиск новых и качественных методик в лечении заболевания, а также забота о психическом состоянии пациента.



## СЛУЧАЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОРОКЕРАТОЗА

*Вашкевич А.А., Резцова П.А., Белоусова И.Э.,  
Разнатовский К.И., Котрехова Л.П.*

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

Как известно, при всех формах порокератоза возможна злокачественная трансформация (1-6). Впервые малигнизация очагов порокератоза была описана в 1942 Vigne, риск может составлять 7- 7,5% (1-3). Наиболее часто ассоциированная опухоль – плоскоклеточный рак, но возможная трансформация в базальноклеточный рак также часто описывается. Сообщается, что онкогенный потенциал может быть результатом повышенной экспрессии p53 кератиноцитами, окружающими cornoid lamella (6). Фокус интереса: подчеркивание важности использования дерматоскопии при динамическом наблюдении дерматозов, склонных к малигнизации. Пациент К., 83 лет, направлен на консультацию по поводу распространенных высыпаний на коже туловища и конечностей. Со слов пациента высыпания существуют около 20 лет, без субъективных ощущений, за помощью не обращался. Настоящий визит связан с визуальным изменением давно существующих элементов. Объективно: процесс носил распространенный характер с преимущественной локализацией на коже туловища, верхних и нижних конечностей. На фоне хронического фотоповреждения отмечались многочисленные кольцевидные элементы нежно – коричневого цвета диаметром от 0,2 до 1,5 сантиметров с западающим центром и приподнятым гиперкератотическим нитевидным краем. На коже верхней трети спины и левого предплечья - единичные шелушащиеся бляшки розового цвета, одна из бляшек была покрыта корочками. Дерматоскопически очаги порокератоза определялись как умеренно васкуляризированные образования с кольцевой гиперкератотической структурой («дорожкой»). Отличающиеся образования имели два дерматоскопических варианта: 1) на предплечье – эритематозный очаг с шелушением, корочками, диффузно распределенными гломерулярными сосудами; 2) элементы с многочисленными древовидными сосудами на фоне эритемы. Были выставлены диагнозы «болезнь Боуэна?», «базальноклеточный рак?» соответственно. Материал для патоморфологического исследования был взят со всех трёх описываемых элементов. 1. Выявлен тонкий столбик паракератотических корнеоцитов (cornoid lamella), зернистый слой под роговой пластинкой отсутствовал, а шиповатый содержит дискератотические кератиноциты. Атипичии и нарушения архитектоники выявлено не было. Был выставлен диагноз «порокератоз» 2. Архитектоника эпидермиса дезорганизована, атипичии по всей толщине, при этом базальная мембрана интактна. Паракератоз, гиперкератоз, акантоз. Был выставлен диагноз «плоскоклеточный рак in situ» 3. Скопления атипичных клеток, распространяющихся из эпидермиса в дерму, характерный «чакокол». Был выставлен диагноз «базальноклеточный рак» Выводы. Мы подчеркиваем, что при всех кожных заболеваниях, имеющих онкогенный потенциал, необходимо динамическое

клиническое и дерматоскопическое наблюдение для выявления первых признаков малигнизации.

## О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ, РЕГУЛИРУЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИКУ И ДИАГНОСТИКУ СИФИЛИСА В ГОРОДЕ МОСКВЕ.

*Волкова С.Б., Потехаев Н.Н., Коновалов О.Е.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Российский университет Дружбы народов, Москва*

В период до декабря 2016 года профилактическое обследование населения на сифилис проводилось в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ № 87 от 26.03.2001 г. «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса»; Приказом Руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.04.2006 г. №181 «О совершенствовании лабораторной диагностики сифилиса» и методическими рекомендациями Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.11.2013 г. № 34 «Сифилис (клиника, диагностика, лечение, профилактика)».

На основании анализа данных официальной статистики по организации дерматовенерологической службы в г. Москве, социологического опроса населения по вопросам информированности об ИППП и врачей дерматовенерологов по вопросам ранней диагностики сифилиса, контент-анализа нормативно-правовых и программных документов, обеспечивающих оказание специализированной дерматовенерологической помощи и в частности лабораторные исследования на сифилис в указанном регионе, были разработаны мероприятия, использованные при формировании приказа о скрининговом обследовании на сифилис населения г. Москвы

Основными причинами подготовки и принятия нового нормативного документа по скринингу сифилиса были:

- преобладание скрытых и поздних форм в нозологической структуре сифилиса;
- изменение законодательства в отношении больных сифилисом;
- увеличение доли иностранных граждан и лиц без гражданства среди больных сифилисом в связи с интенсификацией процессов трудовой миграции и военных действий в сопредельных государствах;
- недоучет статистической информации о выявлении и лечении больных сифилисом в связи с обращением многих пациентов в медицинские организации частной формы собственности, которые не предоставляют данные в Бюро медицинской статистики и в МНПЦДК;
- изменение структуры дерматовенерологической службы в г. Москве – объединение кожно-венерологических диспансеров в Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии с единым подходом к организации специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология».

Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 21.12.2016 г. №1023 «О совершенствовании мероприятий по раннему выявлению сифилиса у населения города Москвы». определены контингенты населения и соответствующие им методы обследования:

- при массовом скрининге на сифилис;
- при скрининге в особых целевых группах;
- при скрининге по клиническим показаниям

и предложена детализация алгоритма действий врача при получении не отрицательного результата скринингового исследования

В качестве индикаторных показателей при оценке эффективности скрининговых обследований рекомендуется использовать процент охвата обследованием определенных категорий населения. При этом в начальном периоде ожидается рост показателей заболеваемости среди указанных категорий с последующим их снижением в среднесрочной перспективе.

Таким образом, преимуществами принятого приказа являются:

- систематизация и расширение перечня контингента обследуемых на сифилис;
- конкретизация вида лабораторных методов в зависимости от цели исследования при сифилисе;
- представление алгоритма действия врача при получении не отрицательного результата скринингового исследования.

### **ХРОНИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОТОТЕРАПИИ**

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

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Гематологический научный центр, Москва*

Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток применяется для лечения многих онкогематологических заболеваний. Серьезным осложнением аллогенной трансплантации является реакция трансплантат против хозяина (РТПХ), нередко приводящая к летальному исходу. Выделяют острую РТПХ, клинические симптомы которой появляются в течение 100 дней после трансплантации, и хроническую РТПХ (хРТПХ), проявления которой развиваются в более поздние сроки. У больных хРТПХ в патологический процесс могут вовлекаться различные органы и ткани: кожа, слизистые оболочки, глаза, печень и др. При поражении кожи выделяют 2 основных типа клинических проявлений: лихеноидный и склеродермоподобный, хотя могут встречаться и другие симптомы. В лечении заболевания обычно применяют кортикостероидные и иммуносупрессивные препараты. Однако у части больных наблюдается резистентность к медикаментозной терапии. Цель исследования. Изучить особенности клинической картины хРТПХ, оценить эффективность и безопасность применения в лечении больных ультрафиолетовой терапии. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 23 больных хРТПХ в возрасте от 20 до 70 лет (11 женщин, 12 мужчин) с распространенным поражением кожи. Большинство пациентов получали по поводу хРТПХ системные кортикостероиды и/или иммуносупрессивные средства (циклоsporин, микофенолата мофетил и др.). Пятнадцати больным, резистентным к проводимой медикаментозной терапии, было проведено от 1 до 4 курсов ультрафиолетовой

терапии (ПУВА- или УФА-1 терапии). Тринадцать пациентов получали фототерапию наряду с лечением кортикостероидными и иммуносупрессивными препаратами, двое – в виде монотерапии. Эффективность лечения оценивали по степени уменьшения площади поражения, которую выражали в процентах. Учитывая повышенный риск развития рака кожи при данной патологии, у больных, получавших фототерапию, проанализирована частота развития злокачественных опухолей кожи в отдаленные сроки наблюдения. Результаты и обсуждение. Наиболее частыми клиническими симптомами хРТПХ являлись пятнисто-лихеноидные высыпания, склеродермоподобные очаги поражения, нарушения пигментации кожи (де-, гипо- и/или гиперпигментация), папулезные высыпания и эрозивно-язвенные дефекты в полости рта. Реже наблюдали такие проявления, как алопеция, ксероз и шелушение кожи, фолликулярный кератоз, койкилодермия, ониходистрофия, поражение кожи и слизистых оболочек половых органов. У большинства пациентов отмечался полиморфизм клинических проявлений, имелись признаки вовлечения в патологический процесс других органов: глаз, пищевода, печени, легких и др. Среди больных, получавших фототерапию, у 3 диагностирован лихеноидный тип, у 12 – склеродермоподобный тип хРТПХ. Двенадцати пациентам была проведена УФА-1 терапия, 3 пациентам – ПУВА-терапия. В результате лечения уменьшение площади поражения более, чем на 50% установлено у 5 (33,3%) больных, на 15-50% – у 7 (46,7%). У 3 (20%) пациентов эффект от лечения отсутствовал. Улучшение клинических симптомов заболевания наблюдали в том числе у больных, получавших фототерапию в виде монотерапии. Более высокие результаты получены при лечении лихеноидного типа хРТПХ. Уменьшение площади поражения более, чем на 50% при лихеноидном типе было достигнуто в 100% случаев, при склеродермоподобном типе – лишь в 16,6% случаев. Следует отметить, что у больных склеродермоподобным типом заболевания для получения хорошего результата требовалось проведение нескольких курсов фототерапии. Переносимость лечения была удовлетворительной. При последующем наблюдении за больными в течение 1-13 лет (в среднем 3,9 лет) развития злокачественных новообразований кожи не отмечено ни в одном случае. Выводы. Наиболее частыми кожными проявлениями хРТПХ являются пятнисто-лихеноидные высыпания, склеродермоподобные очаги поражения, нарушения пигментации кожи (де-, гипо- и/или гиперпигментация), папулезные высыпания и эрозивно-язвенные дефекты в полости рта. Нередко может встречаться ряд других симптомов: алопеция, ксероз и шелушение кожи, фолликулярный кератоз, койкилодермия, ониходистрофия, поражение половых органов. У большинства пациентов наблюдается полиморфизм клинических проявлений, а также вовлечение в патологический процесс других органов и тканей. Применение методов ультрафиолетовой терапии в лечении больных хРТПХ является эффективным и относительно безопасным.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ НЕСКОЛЬКИХ ГРУПП СИСТЕМНЫХ ГКС В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ**

*Воронцова И.В., Плиева К.Т., Платонова Д.В., Денисова Е.В., Корсунская И.М.*

*Московский научно-практический центр ДЗМ, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Москва*

Вульгарная пузырчатка (ВП) – аутоиммунный буллезный дерматоз с поражением кожи и слизистых оболочек, характеризующийся образованием интраэпидермальных пузырей, обусловленных потерей межклеточных связей в супрабазальных отделах эпителия.

Патогенетически возникновение заболевания объясняется образованием IgG-антител к специфическим молекулам клеточной адгезии – к компонентам десмосом-десмоглеину 1 и 3, что приводит к разрушению десмосом, вследствие продукции протеолитических ферментов, что и ведет к акантолизу.

По частоте встречаемости – это 0,6% от всех дерматозов, болеют преимущественно лица в возрасте от 40 до 60 лет, чаще женского пола, хотя может встречаться и у детей, в том числе и у новорожденных. За последние 2 года отмечается рост количества пациентов, страдающих данной патологией, гендерное соотношение больных стремится к 1:1.

В терапии ВП используют группы препаратов, направленных на предотвращение новых пузырей, что достигается путем подавления патогенных аутоантител, а также на ускорение эпителизации. Основным средством в лечении больных пузырчаткой, являются глюкокортикостероидные препараты (ГКС) (преднизолон, триамцинолон, дексаметазон и др.). Препаратом резервной терапии являются цитостатики (метотрексат, циклоспорин и др.).

Под нашим наблюдением 2015-2017гг в стационарных отделениях филиала МНПЦДК ДЗМ «Клиника им. В.Г. Короленко» находились пациенты, с подтвержденным гистологически диагнозом ВП, в возрасте 20-70 лет: женщины – 34 чел, мужчины - 29 чел. Хотелось бы отметить увеличение количества молодых мужчин в возрасте 20-40 лет (6 человек), в сравнении с эпидемиологическими данными прошлых лет. Примечательно, что последнее время наблюдается динамика ухудшения течения ВП: торпидный характер дерматоза, осложненный резистентностью к терапии, рекомендованной стандартами оказания медицинской помощи при данной патологии, и частым возникновением побочных эффектов в результате массивной системной ГКС-терапии (остеопороз, инфекции, гипертензия, гипергликемия, изменения настроения, желудочно-кишечные кровотечения и пр.). Высокие дозы ГКС, в частности преднизолона, не останавливают патологический процесс.

Ввиду неэффективности однокомпонентной терапии, приходится прибегать к присоединению препаратов группы резерва (метотрексат), что зачастую ведет к изменению лабораторных показателей крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения). Нами использовалась методика одновременного назначения двух глюкокортикостероидных препаратов – преднизолона и дексаметазона, что показало положительную динамику, чем при монотерапии.

Принимая во внимание клинические данные лечения, хотелось бы отметить эффективность сочетания нескольких групп системных глюкокортикостероидов, что позволило ускорить иммуносупрессивное действие и снизить количество и частоту возникновения побочных эффектов, а сократить время эпителизации эрозивных дефектов кожи и слизистых.

Выводы: при первичном выборе препаратов терапии, учитывая сопутствующую патологию, следует комбинировать 2 группы ГКС для снижения количества осложнений и улучшения качества жизни пациентов.

## **ТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА КОЖЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

*Воронцова И.В., Денисова Е.В., Ливоценко Е.П., Корсунская И.М.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Афоризм «*dosis sola facit venenum*» (доза определяет степень ядовитости) принадлежащий Парацельсу (1493-1541), до сих пор не утратила актуальности и в наши дни. Действительно, мы в своей работе все чаще сталкиваемся с побочными и токсическими эффектами некоторых лекарственных средств или неправильного их применения самими пациентами. Зачастую это возникает из-за недостаточного контакта врача с пациентом и в большей мере ввиду легкодоступности медикаментов в аптечных сетях и распространении недоказанных или псевдонаучных данных о лекарственных препаратах в сети интернет.

Лекарственная аллергия является вторичной специфической реакцией иммунной системы организма на прием веществ или контакта с ними, которой сопутствуют местные и/или общие клинические проявления.

Согласно статистическим данным, чаще всего лекарственная аллергия возникает у женщин, в основном у людей в возрасте 21-40 лет, при этом половина случаев аллергических реакций связана с приемом антибиотиков. Но в клинической практике все чаще встречаются кожные проявления аллергии в более старшем возрасте как ответ на некачественные медикаменты, а также на кардиологические, сосудистые и прочие ЛС и БАДы.

Помимо контактного дерматита, токсидермии возможно возникновение или обострение таких дерматозов как многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), аллергической васкулит кожи (АВК), красный плоский лишай (КПЛ), буллезный пемфигоид (БП). Все выше перечисленные нозологии значительно ухудшают качество жизни пациентов, а некоторые из них могут привести к госпитализации. Не всегда причина обострений и неэффективности терапии МЭЭ, АВК, КПЛ и БП связывают с постоянно приемом ЛС, назначаемых другими специалистами по поводу соматических патологий. В терапии данных состояний в большинстве случаев используются системные и топические глюкокортикостероиды, дающие быстрый и выраженный эффект, что позволяет думать о преобладании токсикоаллергического компонента в возникновении рецидива или манифеста дерматоза, исключая при этом другие этиологические факторы. Для этого необходим тщательный сбор анамнеза, в особенности данных о соматической отягощенности и приеме препаратов по этому поводу.

Делая выводы, мы пришли к заключению, что при подборе терапии для данной группы пациентов необходимо работать в тандеме со смежными специалистами и клиническими

фармакологами и учитывать не только данные анамнеза, но и корректировать назначаемое лечение во избежание ухудшения течения всех патологических состояний.

## **БОЛЕЗНЬ ДЖИЛКРИСТА**

*Гаджимурадов М.Н., Джумалиева М.Д., Гашимова Х.А., Магомедгаджиев Б.Г.*

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала*

В доступной нам литературе описание blastomycosis датируется вплоть до 50-х годов. Мы постараемся напомнить дерматовенерологам особенности этого заболевания и представить случай blastomycosis кожи. Blastomycosis встречается в различных клинических формах: а) blastomycosis североамериканский (болезнь Джилкриста, Гилкриста); б) blastomycosis южноамериканский (паракокцидиоидоз, паракокцидиоидомикоз, blastomycosis бразильский, болезнь Лютца-Спландоре-Альмейды); в) blastomycosis келоидный (болезнь Лобо, blastomycosis Лобо, гленоспороз амазонский); г) blastomycosis европейский (криптококкоз, торулез, болезнь Буссе-Бушке). Приводим наше наблюдение клинического случая blastomycosis североамериканского. Мужчина в возрасте 51 год поступил в кожную клинику ГБУ Республики Дагестан РКВД с жалобы на распространённый очаг поражения и болезненность при давлении ягодичной области. Из анамнеза – болен свыше десяти лет. Из-за локализации эфлоресценций в интимном месте к врачам не обращался. Лечился самостоятельно, процесс прогрессировал по периферии. В последние годы периодически отмечает общую слабость, недомогание. Объективно: состояние удовлетворительное. Пациент правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже ягодичной области (левой и правой) резко выраженный инфильтрат с массивными вегетациями и корочками размером 10x15 см с каждой стороны. При давлении, в положении сидя отмечается болезненность в этой области. В центре представлены мягкие папилломатозные разрастания с глубокими щелями между сосочками, которые наполнены серозно-гнойным отделяемым. По периферии очага фиолетовый ободок на котором видны мелкие жёлтые точки (микроабсцессы). Такие же изолированные элементы наблюдаются и на некоторых сосочках. За исключением центральной части вся поверхность бляшки покрыта мягкими тонкими рубцами. При выставлении предварительного диагноза рассматривались следующие заболевания: хроническая язвенная пиодермия, глубокие микозы (кокцидиоидоз, blastomycosis), веррукозный туберкулёз кожи. Из отделяемого очага поражения кожи ягодичной области приготовлен препарат, окрашенный методом Грама. В нём мы видим нити мицелия, дрожжевые клетки отсутствуют. Произведён также посев гноя отделяемого на агар Сабуро, который инкубирован при температуре 37° С. В нём дали рост колонии, которые представляют собой мицелий с круглыми и овальными кондиями на конце нитей. В этой же культуре встречаются единичные дрожжевые формы грибка. На основании клиники, лабораторных данных и анамнеза был диагностирован blastomycosis кожи (болезнь Джилкриста). Больному была проведена терапия, которая еще в стационаре

вызвала положительную динамику: аутогемотерапия (№8), карсил по 0,35 г x 3 раза в день (№45), авит по 1 капсуле один раз в день (№15), доксицилин по 1 капсуле (0,1 г) x 2 раза в день (№20), нистатин по 0,5 (1 таблетка) x 3 раза в день (№30), тербинафин по 250 мг x 2 раза в день (№20), диазолин по 1 таблетке 2 раза в день; местно – смазывание раствором фуорцина. На фоне лечения выступающие участки несколько запали, отделяемое сохраняется. Пациент выписан под наблюдение районного дерматолога и ему на длительный период назначен ламизил по 1 таблетке x 1 раз в день. Описание подобного наблюдения глубокого микоза – это казуистически редкое явление, которое должно наглядно продемонстрировать врачам дерматовенерологам, общей практики и инфекционистам клинические особенности, методы микробиологической идентификации возбудителя и помочь в дифференциальной диагностике этой редкой патологии кожи.

## **ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА**

*Гайсина И.А., Разнатовский К.И.*

*Северо-Западный Государственный Медицинский Университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Розацеа представляет собой ангионевроз в зоне иннервации тройничного нерва, и страдают этим заболеванием, в основном, женщины в предклимактерическом и климактерическом периоде. У большинства женщин, страдающих этим поражением кожи, отмечаются признаки патологического климакса. В этот сложный для каждой женщины период, эмоциональные стрессы социально-бытового характера приводят к дезинтеграции центра вегетативной нервной системы (гипоталамуса) и нарушают функциональное состояние гипофиз-гонадо-надпочечниковой системы, что в свою очередь неблагоприятно сказывается на сосудистую регуляцию и периферическую микроциркуляцию кожи в области лица. Целью нашего исследования было изучение гипофиз-гонадо-надпочечниковой системы (ГГН) у женщин больных розацеа. Исследование гормонов ГГН: фолликуло-стимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), прогестерона, эстрадиола, кортизола, тестостерона проводилось радиоиммунным методом и для количественного определения их в сыворотке крови использовался набор фирмы «Sea-Ire-Sorin» (Франция-Италия). Всего обследовано 37 женщин больных розацеа в возрасте от 45 до 60 лет. Определение функционального состояния системы ГГН у женщин больных розацеа показало снижение уровня эстрадиола в крови. Гонадотропная функция гипофиза проявлялась в резком повышении ФСГ и ЛГ, а также отмечено повышение функциональной активности коры надпочечников, что выражалось в повышенном уровне кортизола. Таким образом, основываясь на полученных нами данных можно сказать, что выявленные нарушения системы ГГН у больных женского пола имеют важное значение в патогенезе розацеа и требуют соответствующей коррекции в комплексном лечении этого заболевания.



## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ПОДРЫВАЮЩЕГО ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА У ПАЦИЕНТА ИЗ АФРИКИ. ПОЗИТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ИЗОТРЕТИНОИНОМ И ДАПСОНОМ.**

*Гладько В.В., Измайлова И.В.*

*Институт медико-социальных технологий, Медицинский Институт Усовершенствования врачей, Москва*

Ключевые слова: абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффмана, гранулематозное воспаление, кератин, изотретиноин, дапсон. АППГ впервые описан Шпитцером в 1903 году, Гоффман в 1907 г. ввел в название *suffodio* (лат.) «подрывающий». Заболевание превалирует у молодых чернокожих мужчин в возрасте 20-35 лет, однако может наблюдаться у пациентов другой расы, также у женщин. Этиология АППГ недостаточно изучена. Клинически на волосистой части головы определяются перифолликулярные пустулы, абсцессы, конглобатные узлы с фистулами заполненные гноем, с последующим формированием рубцовых изменений кожи с очагами алопеции. В основе патогенеза лежит гранулематозное воспаление как реакция гиперчувствительности замедленного типа на собственный кератин и продукты его метаболизма, механическая окклюзия сальных желез с последующим вторичным бактериальным воспалением, наиболее частым возбудителем которого является *St. aureus*. АППГ часто сочетается с конглобатной формой угревой болезни, отмечается высокая корреляция с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа. Некоторыми учеными АППГ рассматривается как особая форма *acne inversa*. Описанный нами случай представляет интерес позитивной динамики в течение заболевания после применения сочетанной системной терапии изотретиноином и дапсоном для достижения длительной ремиссии.

### **«ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ» И СКЛАДЧАТЫЙ ЯЗЫК. ОДНО ИЛИ ДВА ЗАБОЛЕВАНИЯ?**

*Голоусенко И.Ю., Абесадзе Г.А. Анохина Л.С.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова Минздрава России*

У врачей дерматовенерологов и преподавателей ВУЗов часто возникает вопрос терминологии и разницы в диагнозах «географический» и складчатый язык. Чаще всего эти два термина обозначают как одно заболевание. Такой непрофессиональный подход ведет к ошибочному объяснению больному сути обнаруженной патологии и назначению не адекватной терапии. Десквамативный глоссит (син.: «географический» язык, мигрирующий глоссит) является воспалительно-дистрофическим заболеванием собственно слизистой оболочки языка. Этиопатогенез заболевания окончательно не выяснен, но наиболее часто встречается при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта. В последние годы появилось мнение, что эта форма глоссита связана

с наличием у больного атопии, в том числе атопического дерматита (АД). По нашим данным, данная патология встречается у 60-70% больных с АД. Обнаружение у таких пациентов вялотекущих аллергических гастритов, энтеритов делает понятным развитие этой патологии. Обычно изменения на языке протекают без субъективных ощущений. Иногда предъявляются жалобы на парестезии, жжение, покалывание.

Клиника характеризуется появлением на спинке, кончике или боковых поверхностях языка участков десквамации эпителия разной формы и величины в виде пятен красноватого цвета, часто в виде колец или полуколец, по периферии которых имеется полоска набухшего, мацерированного, ороговевшего эпителия. Участки поражения постоянно меняют свою форму и размеры, перемещаясь по языку, напоминая собой географическую карту, что и отражено в одном из названий этой патологии. Процесс восстановления эпителия обычно составляет несколько дней. Прогноз заболевания благоприятный. Отмечаются периоды полного исчезновения высыпаний. Обострения, как мы думаем, связаны с состоянием желудочно-кишечного тракта. Дифференциальный диагноз следует проводить с лейкоплакией, красным плоским лишаем, папулами при вторичном сифилисе. Специфического лечения нет, целесообразны санация и рациональный уход полости рта. Складчатый (син.: скротальный, мошоночный язык) является врожденной аномалией формы или размеров языка. Частота данной патологии колеблется в пределах 10% всего населения.

Характерно наличие глубоких борозд (складок), проходящих в различных направлениях. Чаще они располагаются симметрично в продольном и поперечном направлениях. По срединной линии обычно идет наиболее глубокая продольная складка. Иногда наличие многочисленных борозд создает картину дольчатого языка. Часто вкусовые сосочки при этом выражены, даже гипертрофированы. Субъективных симптомов, как правило, нет. Складчатый язык может являться одним из симптомов синдрома Мелькерсона-Розенталя.

Специального лечения при этой аномалии не требуется. Рекомендуются санация и гигиена полости рта.

### **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОГО ОМОЛОЖЕНИЯ ПРИ СТАРЕНИИ КОЖИ.**

*Демина О.М., Карпова Е.И., Газитаева З.*

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

В настоящее время для коррекции возрастных дефектов кожи и ее омоложения применяют различные методы эстетической медицины, среди которых особую популярность получили методы фототерапии с использованием лазера и широкополосных источников света. Данные технологии применяются для восстановления фотоповрежденной кожи, коагуляции телеангиэктазий и неравномерной пигментации с существенным восстановлением эпидермиса и дермы. Однако, установлено, что для достижения необходимого

омолаживающего эффекта требуется проведение от 6 до 10 сеансов, лифтинговый эффект является недостаточным, не всегда удается добиться полного регресса сосудистых и пигментных дефектов, сеансы фототерапии, как правило, сопровождаются болезненностью. Это обуславливает поиск и внедрение новых технологий омоложения. Среди применяемых методов фототерапии весьма перспективным является метод фотодинамического омоложения кожи (ФДТ ОК).

Цель: патогенетическое обоснование метода фотодинамического омоложения с использованием широкополосного импульсного источника света (585-1100нм) и комбинированного топического фотосенсибилизатора при старении кожи.

Материалы и методы: 8 пациентов с признаками старения кожи лица: все женского пола в возрасте от 36 до 71 года с клиническими признаками старения, проявляющиеся сочетанием признаков фото- и хроностарения. Основными из них были морщины, сенильное лентиго, телеангиэктазии, морщины-складки, снижение тонуса кожи и ее провисание, сглаженность и изменение овала лица. Для неинвазивной оценки функционального состояния кожи до и после проведения фотобиомодулирующей терапии применялся комплексный анализ показателей жирности, эластичности, влажности, содержание меланина в коже и степень эритемы с помощью аппарата Multi Skin Center MC 900 (Courage+KHzaka electronic, Германия). Всем пациентам проводилось 3 процедуры ФДТ ОК с использованием широкополосного импульсного источника света (585-1100нм). Интервал между процедурами составлял 2 недели. Использовали плотность энергии 10-20 Дж/см<sup>2</sup> в зависимости от процедуры, типа и фототипа кожи, индивидуальной реакции и функциональных параметров кожи.

Результаты. У всех пациентов отмечалось уменьшение выраженности морщин, повышение тургора кожи, выраженный лифтинговый эффект, коррекция овала лица, повышение упругости и эластичности кожи, регресс телеангиэктазий и осветление гиперпигментаций, выравнивание рельефа. Переносимость ФБТ ОК была хорошей. Показано повышение показателя эластичности кожи значительно повысился (на 15,8%), уменьшение показателя влажности (на 14,3%), снижение уровня меланина в среднем на 30-55%. Показатель уровня насыщенности эритемы кожи также существенно снижался, в среднем на 10-15%.

Таким образом, метод ФДТ ОК оказывает выраженный омолаживающий эффект, проявляющийся в редукации морщин, лифтинге, коррекции овала лица, восстановление цвета и тона кожи. Данная технология омоложения позволяет снизить световую дозу как за один сеанс, так и общую курсовую, что обеспечивает безопасность воздействия, сокращает длительность терапии, отсутствие реабилитационного периода и является неинвазивным альтернативным методом в коррекции возрастных дефектов кожи.

## **ИТРА-ИНДЕКС КАК СПОСОБ ВЕРИФИКАЦИИ НЕЙРОСИФИЛИСА**

*Дмитриев Г.А., Негашева Е.С., Фриго Н.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Актуальность. В России в последние годы отмечается рост случаев нейросифилиса (НС), нередко приводящего к инвалидности и летальному исходу. Регламентированные в РФ методы лабораторной диагностики НС в ряде случаев не позволяют поставить диагноз заболевания, что вызывает необходимость разработки новых диагностических подходов. Цель исследования: сопоставительный анализ стандартных методологий и способа, ранее не использованного в РФ для диагностики НС – определения ИТРА-индекса. Материалы и методы. Объектом исследования явились парные образцы сыворотки крови и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) 91 пациента с НС (асимптомный нейросифилис (АНС), нейросифилис с симптомами (НСС) и другими формами сифилиса (ранний скрытый сифилис, поздний скрытый сифилис, сифилис неуточненный, вторичный сифилис). Для установления диагноза НС образцы были исследованы в регламентированных клинико-биохимических и иммунохимических методах, а также путем подсчета ИТРА-индекса (Intrathecal T.pallidum assay), определяемого по формуле: ИТРА-индекс=(РПГА IgG титр в ЦСЖ)/(общие IgG (мг/л) в ЦСЖ) □ (РПГА IgG титр в сыворотке)/(общие IgG (мг/л) в сыворотке крови). ИТРА-индекс не регламентирован для диагностики НС в РФ. Результаты. Выявлена более высокая эффективность ИТРА-индекса при диагностике НС по сравнению с применяемым в РФ комплексом регламентированных методологий (нетрепонемные, трепонемные иммунохимические тесты, исследование уровня белка и клеток в ЦСЖ). Проведенные исследования продемонстрировали эффективность ИТРА-индекса по сравнению с регламентированными методами: - с помощью ИТРА-индекса диагноз НС был подтвержден у всех (100%) пациентов с НСС и АНС; его значения при этом находились в пределах от 9,06 до 260,8; - у всех пациентов с сифилисом неуточненным и у подавляющего большинства пациентов с ранним скрытым сифилисом, поздним скрытым сифилисом и вторичным сифилисом (18 из 22-х, 81,8%) были получены отрицательные результаты ИТРА-индекса, что позволило отвергнуть у них диагноз НС; - у части (4 из 22-х, 18,2%) пациентов со скрытыми и манифестными формами сифилиса были обнаружены значения ИТРА-индекса (1,8-4,38), свидетельствовавшие о формировании патологии ЦНС, что потребовало изменений тактики ведения больных и назначения адекватной специфической терапии. Таким образом, была установлена возможность уточнения клинического лабораторного диагноза с помощью этой методологии не только при явном подозрении в отношении развития НС, но и при других формах заболевания. Следует отметить, что определение индекса позволяет установить наличие НС при отсутствии плеоцитоза, гиперпротеинарии, положительных значений нетрепонемного теста, а также при низком проценте иммобилизации бледных трепонем в ЦСЖ, определяемом в РИБТ. Заключение: Результаты комплексных исследований продемонстрировали, что регламентированные в РФ методологии клинико-лабораторной диагностики сифилиса во многих случаях не дают возможности подтвердить или опровергнуть клинический диагноз нейросифилиса. Высокая

эффективность ИТРА-индекса позволяет рекомендовать данный способ для верификации нейросифилиса. Преимуществом определения ИТРА-индекса является наличие отечественных зарегистрированных тест-систем для постановки РПГА и ИФА, используемых при подсчете ИТРА-индекса, автоматизированный учет результатов, возможность одновременного исследования значительного количества биопроб, а также высокая чувствительность и специфичность используемых наборов. Все это позволит снизить стоимость диагностики, стандартизировать исследования, сократить сроки обследования пациентов и установления диагноза.

### **НЕКОТОРЫЕ ИММУНО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.**

*Евдокимов Е.Ю., Сундуков А.В.*

*Центральный НИИ эпидемиологии, Москва*

Псориаз - хроническое генетически обусловленное заболевание. В патогенезе которого значительную роль играют иммунологические и метаболические нарушения. Развитие псориаза связывают со стрессом, частыми воспалительными процессами в носоглотке, алкоголизмом, приемом лекарств. Влияние ВИЧ инфекции на возникновение и течение псориаза и метаболизм у этих больных изучено не достаточно. Цель работы: исследовать у ВИЧ инфицированных больных в период обострения вульгарного псориаза содержание витамина D и активность кальций-связывающих белков S100. Материалы и методы: Под нашим наблюдением за период с 2014 по 2017 гг. находилось 53 ВИЧ инфицированных больных страдающих вульгарным псориазом. В зависимости от количества CD4+ - лимфоцитов, все больные были разделены на 4-группы: I – группа CD4+ - лимф. более 600 кл./мл.(n- 9), II- группа CD4+ - лимф. 400-599 кл./мл.(n- 13), III- группа CD4+ - лимф. 200-399 кл./мл.(n- 15), IV- группа CD4+ -лимф. менее 199 кл/мл. (n- 16) У всех больных исследовано содержание 25(OH)D - (витамина D) в периферической крови и оценена активность белков S100 в биоптатах кожи (согласно протоколу DAKO). Отмечалось утяжеление течения вульгарного псориаза у ВИЧ больных по мере нарастания иммуносупрессии в группах (PASI в группе I < 10, в группе IV PASI > 30), при этом выявлена обратно-пропорциональная зависимость концентрации витамина D в периферической крови с тяжестью течения псориаза (< 58 ±17,5 нг/мл в группе I и < 11±2,1 нг/мл - в группе IV), так же отмечается уменьшение количества белков S100 в зоне воспаления и здоровой коже (42,5 ± 12,3/14,1 ± 3,2 в группе I и 16,2 ± 2,6/7,4 ± 1,6 в группе IV). Выводы: 1. По мере нарастания иммуносупрессии отмечается утяжеление течения псориаза у ВИЧ инфицированных больных. 2. Выявлена прямо-пропорциональная зависимость между количеством витамина D в периферической крови и количеством CD4+лимфоцитов у ВИЧ больных страдающим вульгарным псориазом. 3. Помимо этого, активность кальций связывающих белков S100 в коже уменьшается по мере уменьшения количества CD4+лимфоцитов и снижению количества витамина D у ВИЧ инфицированных больных страдающих вульгарным псориазом.

### **НОВЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В АНТИ-ЭЙДЖ ТЕРАПИИ.**

*Задюченко Е.В., Исаева С.Г.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва*

Наиболее перспективным направлением в косметологии для коррекции признаков старения, является комплексное разнонаправленное воздействие омолаживающих методик на различные структурные компоненты кожи, так и на организм в целом. Согласно современным концепциям старения, особую актуальность приобретает применение препаратов, способных перезапускать процессы обновления клеток, благодаря наличию в них специфических пептидов и сигнальных молекул. Считается, что для достижения более выраженного, таргетного эффекта наиболее эффективным методом доставки этих активных ингредиентов является инъекционные способы применения. Особую популярность получили препараты из класса биорепарантов-реструктуризантов, адаптогенов для местного и системного инъекционного применения, содержащих набор регуляторных пептидов, стимулирующих синтез сигнальных молекул, отвечающих за активацию пролиферации собственных стволовых клеток, благодаря которым повышается синтетическая активность фибробластов.

Целью нашего исследования явилось усовершенствование методов комплексной коррекции возрастных изменения у лиц старше 40 лет.

Материалы и методы: В течение 5 месяцев, под нашим наблюдением находились 28 женщин в возрасте от 43-48 лет, находившихся в перименопаузе, проживающих в условиях крупного мегаполиса, работающих. Все пациентки имели видимые клинические признаки старения преимущественно I-типа «усталое лицо», II-типа мелкоморщинистого и комбинированного, не требующих хирургической коррекции. При клиническом осмотре регистрировались: гравитационный птоз I-II степени выраженности, тусклый, неровный цвет лица с участками гиперпигментации, дряблость, сниженный тургор и неровный рельеф кожи, а так же морщины различной глубины. Всем женщинам до проведения процедур была проведена вакуумная кутометрия, показатели которой были значительно снижены у более чем у 88,2% женщин. Все пациентки предоставили отрицательный тест на беременность и результаты общего и биохимического анализа крови, в которых не было зарегистрировано серьезных отклонений. Несмотря на то, что ни у одной пациентки не было выявлено выраженной соматической патологии 60,7% предъявляли жалобы на нехватку сил, слабость, апатию, утомляемость, плохой сон, 18,2 % повышенную тревожность, 13,4 % частые простудные заболевания. У всех было получено добровольное согласие на проведение процедур.

Пациентки были разделены на 2 группы: в первую вошли дамы преимущественно с I-степенью гравитационного птоза, I-ым и мелкоморщинистым типами старения-13 человек, которые получили курс биорепаранта с регуляторными олигопептидами эмбрионального происхождения 1.5 мл

на одну процедуру на область кожи лица и шеи методом интрадермальных инъекций №6 каждые 2 недели. Во вторую группу вошли женщины с гравитационным птозом II – степени выраженности и комбинированным типом старения-15 человек, которые получили аналогичный курс биорепаранта на область кожи лица и шеи методом интрадермальных инъекций №6 каждые 2 недели в сочетании с внутривенными капельным введением гидролизата плаценты человека 6 мл гидролизат плаценты человека, предварительно разведенным в 250 мл 0.9% растворе хлорида натрия, курсом 1капельница 1 раз в неделю, №4. Заключительная оценка результатов курса ант-эйдж терапии проводилась через 3,5 и 5 месяцев после полного завершения всех процедур, на основании анкетирования, клинического осмотра и анализа данных вакуумной кутометрии.

Результаты: Значимые изменения со стороны кожных покровов, свидетельствующие об эффективности косметологических воздействий наблюдались чрез 3.5 месяца у 87,7% женщин обеих групп. 34,2% женщин первой группы и 42,3% второй, регистрировали положительные изменения внешнего вида кожи лица уже на 2-3 процедуре. Удалось установить, что у лиц, получавших комплексную терапию эффект наблюдался на 1,5 недели раньше, чем при монотерапии, несмотря на большую выраженность признаков старения. Клинико-эстетический эффект выражался в выравнивании рельефа и цвета лица, восстановлении увлажненности кожи, устарении мелких морщин, умеренном лифтинге тканей лица. По данным аппаратной диагностики степень упругости кожи в первой группе повысилась на 10,4 %, по сравнению с исходным, а во второй на 17.3%. 87,5 % дам остались довольными результатами терапии. У трех пациенток первой группы и 2-х второй зарегистрирован незначительный положительный эффект, и им потребовались дополнительные процедуры (контурная пластика и ботулинотерапия).

Кроме положительного эстетического результата, у 41,4% женщин получавших комплексную терапию с гидролизатом плаценты человека значительно улучшился эмоциональный фон, повысился общий тонус организма, нормализовался сон, уменьшилась тревожность. В 3% случаях повысилось либидо. В первой группе подобных эффектов не зарегистрировано. Все пациентки переносили процедуры хорошо, побочных явлений, угрожающих жизни не отмечено. В 1 случае был эпизод местной аллергической реакции на аппликационный анестетик, который не помешал в дальнейшем проводить процедуры. Выводы: Сочетанное применение интрадермального полипептидного биорепаранта и внутривенного раствора гидролизата плаценты человека у лиц старше 40 лет без соматической отягощенности обеспечивает выраженное местное омолаживающее и системное адаптогенное действие. В зависимости от кратности и способа введения, особенно в сочетании друг с другом, эти препараты способствуют более активному укреплению и обновлению дермоэпидермальных структур, возможно потенцируют действие друг друга, тем самым повышают эластические и защитные свойства кожи, приводят к значительному улучшению внешнего вида и активизации биологических ресурсов организма.

## **ГРЯЗНЫЙ ДЕРМАТОЗ ДУНКАНА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

*Заторская Н.Ф., Баткаев Э.А., Львов А.Н., Валитова И.В.,  
Пилявская С.О., Миченко А.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии города Москвы,*

Важным аспектом детской дерматологии является знание расстройств, не требующих активного обследования и интенсивного дерматологического лечения. Одним из таких расстройств является так называемый «грязный дерматоз Дункана» или «terra-фирма-формный дерматоз» (от латинского «твердая земля»), впервые описанный в 1987 году W. Duncan, J. Tschen и J. Knox. Представляем наблюдение ребенка 6 лет, направленного в Коломенский филиал ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ с диагнозом «Питириаз красный волосистой отрубевидный», жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей без субъективных ощущений. Впервые высыпания на коже туловища отметили в декабре 2016 г, наблюдались у дерматолога по месту жительства (диагноз и проводимую терапию мать указать не может). В мае 2017 г. проведено обследование у эндокринолога: УЗИ надпочечников – без патологии, ТТГ – 2,12, АКТГ – 19, кортизол 336. Рекомендована консультация в КДЦ «Коломенский». При поступлении патологический кожный процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, верхних и нижних конечностей, представлен множественными фолликулярными папулами с роговыми чешуйками, гиперпигментированными серо-коричневыми бляшками с шероховатой поверхностью за счет гиперкератоза с четкими границами. Кожа шеи, складок, ладоней, подошв свободна от высыпаний, волосы и ногтевые пластины не изменены. Дермографизм белый. Болевая, тактильная и температурная чувствительность не нарушены. Клинический анализ крови и общий анализ мочи в пределах референсных значений. Пациент представлен на консилиуме проф. Баткаеву Э.А. Проведена проба с интенсивным оттиранием очагов поражения салфеткой, пропитанной изопропиловым спиртом, получен положительный результат: Учитывая распространенность процесса и выраженность явлений гиперкератоза для уточнения диагноза в условиях дневного стационара проведена диагностическая биопсия кожи, препараты направлены на гистологическое исследование с предварительными диагнозами «болезнь Девержи? Грязный дерматоз Дункана?». При патоморфологическом исследовании: эпидермис с сетчатым ортогиперкератозом, папилломатозом, незначительным акантозом. Данных за болезнь Девержи в пределах исследованного биоптата не обнаружено. Гистологические изменения могут наблюдаться при черном акантозе, эпидермальном невусе. Убедительно судить о дерматозе Дункана не представляется возможным в связи с нечеткими морфологическими критериями данного заболевания. Учитывая соответствие гистологических признаков представленным в литературе немногочисленным описаниям данного расстройства, отсутствие гистологических признаков болезни Девержи,



отсутствие клинических признаков черного акантоза и эпидермального невуса а также положительные результаты пробы с изопропиловым спиртом поставлен диагноз грязный дерматоз Дункана.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.**

*Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Негашева Е.С., Рысь-Макматов М.Б.*

*Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Локализованная (ограниченная) склеродермия (ЛС) — хроническое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением кожи и подлежащих тканей, характеризующееся появлением очагов склероза на фоне воспалительных явлений и последующим присоединением атрофии и гипо/гиперпигментации кожи. Предполагается, что ежегодная заболеваемость ЛС находится в диапазоне 1-3 случая на 100 000 детей. Средняя задержка в постановке диагноза ЛС составляет около 1,2-1,6 года. В редких случаях врожденной ЛС для постановки окончательного диагноза проходит от 3,3 до 3,9 года. Приблизительное соотношение между женщинами и мужчинами при ЛС в детском возрасте составляет 2:1. ЛС у детей необходимо дифференцировать с кожными проявлениями системной склеродермии, хроническим атрофическим акродерматитом, диффузным эозинофильным фасциитом Шульмана, склеродемой Бушке, реакцией «трансплантат против хозяина», липодерматосклерозом, склеромикседемой, индуцированными склеродермоподобными состояниями, вызванными применением некоторых лекарств и пищевых добавок силиконовых протезов, контактом с химикатами и пр., келоидными и гипертрофическими рубцами, липоидным некробиозом, соединительнотканым невусом, поздней кожной порфирией, саркоидозом, амилоидозом, синдромом Вернера, фенилкетонурией, радиационный фиброзом, панникулитом, кольцевидной гранулемой и др. состояниями.

Пациентка, девочка, в возрасте 11 лет, в сопровождении матери обратилась за консультацией в консультативно-диагностическое отделение филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПДЦК ДЗМ» с жалобами на высыпания на коже лица, без субъективных ощущений. Из анамнеза известно, что впервые высыпания возникли год назад в области левой щеки, их появление ни с чем не связывает. Обращались к дерматологу по месту жительства, был предположен диагноз «Локализованная склеродермия», даны рекомендации по дообследованию у смежных специалистов, проведено расширенное лабораторное обследование. По результатам обследования общий анализ крови, мочи и биохимический анализ крови – без значимых патологических изменений. Лечение не проводилось, рекомендовано динамическое наблюдение. Через 6 месяцев мать пациентки отметила появление новых очагов, в связи с чем обратилась в консультативно-диагностическое отделение филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПДЦК ДЗМ».

При осмотре кожный патологический процесс носил хронический характер. На коже лица в области левой щеки

с переходом на нижнюю челюсть и нижнюю губу слева наблюдалась округлые белесоватые очаги уплотнения и незначительной атрофии кожи с четкими границами до 6-7 см диаметре. По периферии очагов отмечался синюшно-фиолетовый венчик. В области левой половины языка визуализировались два уплотненных белесоватых очага атрофии овальной формы с диаметром 5-7 мм, а на слизистой оболочке левой щеки – два округлых очага атрофии до 5-6 мм. Концевые фаланги пальцев кистей имели синюшный оттенок.

По результатам лабораторного обследования патологические изменения в общем и биохимическом анализах крови, общем анализе мочи не выявлены. Ревматоидный фактор, С-реактивный белок в пределах нормы, иммуноблот аутоантитела к высокоочищенным ядерным антигенам – отрицательный, Ig M и G к *Borrelia burgdorferi* не обнаружены. По данным УЗИ органов брюшной полости патологических изменений не зафиксировано.

На основании полученных данных был поставлен диагноз: Локализованная склеродермия, гемиатрофия Пари-Ромберга. Учитывая выраженность и прогрессирующий характер патологического процесса, пациентка была госпитализирована в круглосуточный стационар, где проводилась комбинированная терапия препаратами пенициллинового ряда, сосудистыми и антигистаминными препаратами и местными кортикостероидами. На фоне лечения отмечался положительный эффект в виде уменьшения плотности очагов, побледнения и исчезновения периферического венчика, отсутствия новых очагов. Пациентка была выписана, даны рекомендации по амбулаторному долечиванию. Рекомендована консультация ревматолога для исключения системной патологии и повторная госпитализация через 2,5 месяца для проведения очередного курса комбинированной терапии

Заключение: Клиническая картина ЛС, особенно в дебюте, может отличаться от «классических» описаний. Данный клинический случай показывает, как важно, на основании тщательно собранного анамнеза, вовремя установить диагноз и своевременно начать лечение.

## **МЕТОД ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ В ОЦЕНКЕ ФАРМАКОДИНАМИКИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ**

*Зирчик А.А., Торшина И.Е., Евсеев А.В.*

*Отделенческая больница на ст. Смоленск, Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск*

Актуальность: псориаз – системное воспалительное заболевание с вовлечением в патологический процесс нейроэндокринной, иммунной систем, желудочно-кишечного тракта. Сопутствующая патология гепатобилиарной системы, особенно печени, зачастую отягощает течение псориаза. Методы современной терапии псориаза имеют большое количество побочных эффектов, в т.ч. неблагоприятное влияние на функцию печени. При псориазе в условиях нарушения микроциркуляции, гипоксии организма липидные и белковые структуры клеток подвергаются атакам свободных радикалов и их токсичных соединений, вызывая эндогенную

интоксикацию. Учитывая патогенетические основы псориаза, обосновано включение в комплексную терапию препаратов, оказывающих липотропный и мембраностабилизирующий эффект. Цель: проанализировать быстроту наступления и направленность терапевтического эффекта комбинированного гепатотропного препарата фосфолипидов+глицерризината натрия («Фосфолип») при псориазе в процессе стационарного лечения. Материалы и методы: у 99 больных псориазом обыкновенным распространенным и 39 практически здоровых доноров выполнено исследование сыворотки крови методом хемилюминесценции по стандартной методике на аппарате «БХЛМ 3606М» (СКТБ «Наука» КНЦ СО РАН, г.Красноярск, Россия) с оценкой интенсивности быстрой вспышки (Ф тах, отн.ед.) и светосуммы хемилюминесценции (S, отн.ед.) ((Me; Q1;Q3). У пациентов исследование проводили при поступлении в стационар, на 7-е и 14-е сутки. 76 больных получали традиционную терапию (наружное лечение, витамины, седативные препараты) (1-я группа), 23 пациента, имевшие отклонения биохимических показателей функции печени, дополнительно получали гепатопротектор («Фосфолип») (2-я группа). Результаты: у всех пациентов при поступлении в стационар Ф тах и S были выше, чем у здоровых людей ( $p < 0,05$ ). На 7-е сутки показатель S оказался достоверно выше в 1-й группе, чем у пациентов, получавших гепатопротектор, и составил 49460 (34450; 60620) и 30200 (20330; 76460) соответственно ( $p = 0,03$ ). При сравнении Ф тах на 7-е сутки стационарного лечения различий в двух группах не наблюдалось. На 14-е сутки терапии показатель светосуммы хемилюминесценции (S) у пациентов, получавших гепатопротектор, приблизился к контрольной группе и составил 28550 (24370; 48310) у больных псориазом и 18580 (17050; 35180) у здоровых лиц ( $p = 0,08$ ). У пациентов, не получавших гепатопротектор, данный показатель оставался высоким по сравнению со 2-й группой и контролем ( $p < 0,05$ ). Интенсивность быстрой вспышки на 14-е сутки оставалась по-прежнему высокой в 1-й и 2-й группах. PASI-ответ на лечение составил 50,6 (42,9; 60,3) баллов в первой группе, что статистически было ниже, чем в группе пациентов, получавших гепатопротектор – 63,6 (43,7; 77,4) балла ( $p < 0,05$ ). Выводы: у больных псориазом наблюдается дисбаланс в системе «про- и антиоксиданты» в сторону усиления перекисного окисления липидов и дефицита антиоксидантов. На фоне приема гепатопротекторов, обладающих цитопротекторным действием и нормализующих липидный обмен, уже на 7 сутки лечения наблюдается повышение антиоксидантной активности крови, а к 14-м суткам активность антиоксидантной системы достигает показателей у здоровых лиц, что соответствует клиническому улучшению (PASI-ответ  $> 50\%$ ). Уровень свободнорадикальных процессов за этот период наблюдения сохраняется высоким. Стимуляция антиоксидантной системы является дополнительным механизмом действия гепатопротекторов при лечении больных псориазом

### **ТИПОВЫЕ ОТРАСЛЕВЫЕ НОРМЫ ВРЕМЕНИ НА ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ, СВЯЗАННЫХ С ПОСЕЩЕНИЕМ ОДНИМ ПАЦИЕНТОМ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

*Иванова М.А., Мерзляков В.А., Сачек О.И., Одинец А.В., Люцко В.В.*

*Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Областной кожно-венерологический диспансер Удмуртской Республики, Ставропольский государственный медицинский университет, Москва, Ижевск, Ставрополь*

Актуальность: Нормы времени являются основой для расчета норм нагрузки, нормативов численности и иных норм труда врачей-дерматовенерологов и врачей других специальностей, что особенно актуально для медицинских организаций в условиях введения эффективного контракта. Целью исследования явилось установление норм времени врача-дерматовенеролога на посещение одним пациентом. Задачами исследования явились подготовка методического инструментария и компьютерной базы для обработки полученных результатов и их анализ.

Материалы и методы: фотохронометражное исследование рабочего процесса врачей-дерматовенерологов пилотных территорий в течение двух рабочих недель в соответствии с методикой проведения фотохронометражных исследований. Результаты и их обсуждение: Анализ результатов фотохронометражных наблюдений за рабочим процессом врачей-дерматовенерологов показал, что средневзвешенные затраты рабочего времени при посещении одним пациентом в амбулаторных условиях составили 19 минут. В структуре данного показателя немногим более половины рабочего времени занимала работа с документацией (50,81%). Приоритетом при работе с документами, на которую приходится 10,05 минут, являлась запись в медицинские документации (40,10%), работа на компьютере (20,20%) и оформление статистического талона (12,44%). Достаточно большой объем времени расходуется на оформление направлений, справок и других рукописных материалов, которые могут быть заполнены средним медицинским персоналом без ущерба качества оказания специализированной помощи пациенту.

Таким образом, результаты фотохронометражных наблюдений за рабочим процессом врача-дерматовенеролога показали, что значительную часть времени, которую врач затрачивает на оформление медицинской документации, можно передать среднему медицинскому персоналу, что увеличит время специалиста на основную деятельность.

### **ВЛИЯНИЕ ПСОРИАЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ**

*Иванчик А.А., Султанова А.Н., Вашкевич А.А., Гулордава М.Д.*

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

Псориаз – мультифакториальное и генетически детерминированное хроническое рецидивирующее заболевание иммуновоспалительного генеза с преимущественным поражением кожи, характеризующееся гиперпролиферацией эпидермиса, нарушением кератинизации и воспалительным инфильтратом в дерме, развивающееся вследствие активации клеточного иммунитета. По данным зарубежных исследований, распространенность псориаза в мире колеблется от 0,6 до 5%, составляя в среднем

3%. В рамках проведенного в университете Мельбурна обзора данных эпидемиологических исследований псориаза было установлено, что заболеваемость псориазом (по данным когортного исследования) составляет в среднем 60,4 на 100 000 населения. Средний уровень заболеваемости в Европе, США и России – 2-3%. Частота встречаемости среди всей дерматологической патологии достигает 30 %, что обуславливает необходимость исследований и поиска конкретных триггеров и патогенетических звеньев в условиях современных окружающих факторов. Цель исследования. Изучение качества жизни больных псориазом с учётом клинических проявлений дерматоза, психологических, социально-биологических факторов. Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов больных псориазом. Из них 25 больных, обратившихся за помощью в амбулаторно-поликлиническое звено дерматологической помощи (СПБ ГБУЗ КВД 12), и 25 – стационарное звено (микологическая клиника НИИ им.П.Н.Кашкина). Возраст пациентов варьировал от 18 года до 76 лет, в структуре исследуемой группы было 29 мужчин и 21 женщина. Распространенность поражения(локализация): верхние и нижние конечности, туловище, волосистая часть головы-32%, верхние и нижние конечности, туловище-30%, верхние и нижние конечности-26%, верхние конечности, туловище, волосистая часть головы-6%, верхние конечности и туловище-4%, верхние конечности-2%. Основную группу исследуемых составляют больные, страдающие псориазом в течение нескольких и более лет (n= 46) и лишь небольшая часть пациентов с впервые поставленным диагнозом «Псориаз» и не получающих ранее терапии по поводу данного заболевания (n= 4). В ходе исследования все пациенты были оценены по Дерматологическому индексу качества жизни (Dermatology Life Quality Index, DLQI), являющегося одним из распространенных и валидизированных общих дерматологических индексов оценки качества жизни дерматологических больных. Интерпретация результатов: 0-1 балл - заболевание не оказывает влияние на жизнь пациента; 2-5 – незначительное влияние на качество жизни пациента; 6-10 – умеренное влияние на качество жизни пациента, 11-20 – очень сильное влияние на качество жизни пациента, свыше 21 – чрезвычайно сильное влияние на качество жизни пациента. Результаты и обсуждение. Результаты исследования пациентов по Дерматологическому индексу качества жизни: 9 пациентов (18%) набрали от 2 до 5 баллов; 13 (26%) пациентов набрали от 6 до 10 баллов; 22 (44%) пациента набрали от 11 до 20 баллов, 6 (12%) пациентов набрали свыше 21 балла. В ходе исследования пациенты предъявляли жалобы на подавленное депрессивное состояние 28 из 50 пациентов(56%). Больше всего при опросе больных беспокоило (представлены данные при ответе - «очень сильно» 3 балла): повседневная активность-18%; внешний вид-14%; социальная активность-10%; проблемы с работой/учебой-10%; зуд, боль, жжение-10%; сексуальная жизнь-8%; межличностные отношения-6%. Выводы. Псориаз в той или иной степени оказывает влияние на качество жизни пациентов всей исследуемой группы, что свидетельствует о необходимости более детального изучения влияния психоэмоциональных факторов на течение дерматологического заболевания, а также проведения адекватной медикаментозной коррекции у данной

группы пациентов. Таким образом для группы с очень сильным и чрезвычайно сильным эффектом на жизнь требуется комплексный подход терапии: медикаментозная и физиотерапия (седативные, антигистаминные препараты, физиотерапия (ТЭС). Для группы с умеренным эффектом на жизнь необходима медикаментозная коррекция седативными и антигистаминными препаратами. Для группы с небольшим эффектом на жизнь – антигистаминные препараты при зуде.

### **ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНОВ (MMP1, XRCC1, BLM, HFE(2), GSTT) – ПРЕДИКТОРЫ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ?**

*Иконникова Е.В.*

*Центральная государственная медицинская академия, Москва*

В рамках проекта «Геном человека» выяснилось, что отдельные изменения нуклеотидов или точечный нуклеотидный полиморфизм могут являться маркерами различных заболеваний или предрасположенности к их возникновению. Полногеномный поиск ассоциаций в течение последнего десятилетия привел к открытию множества различных участков хромосом, связанных с наиболее распространенными заболеваниями и патологическими состояниями, включая гиперпигментацию. Основная цель подобных исследований - определение генетических факторов риска и прогнозирование предрасположенности к возникновению заболевания, а также определение конституциональной восприимчивости к исследуемой патологии для определения более эффективных возможностей терапии и профилактики. Повышенная фоточувствительность кожи, сниженная способность к репарации ДНК, а также патологические обменные процессы, имеющие генетическую детерминированность, определили поиск генов, влияющих на пигментацию. В последнее время стали появляться сообщения о полиморфных вариантах генов, участвующих в развитии гиперпигментации: MMP1, XRCC1, HFE (2), GSTT, BLM. MMP1 – под действием УФ-излучения возникает резкое увеличение экспрессии данного гена, что приводит к повышению активности ферментов, разрушающих внеклеточный матрикс. Следствием этого является деградация коллагена и эластина, а также частичное разрушение базальной мембраны, способствующее проникновению меланоцитов и меланина в дерму, что может приводить к возникновению стойкой пигментации, трудно поддающейся лечению. Ген XRCC1 (ген репарации ДНК) и ген BLM (кодирует белок, который играет важную роль в поддержании стабильности ДНК в процессе репликации) - при снижении активности данных генов способность к нейтрализации воздействия УФ-излучения снижена или отсутствует, что приводит к накоплению повреждений в ДНК, а также к патологической пигментации. HFE(2) – ген, ассоциированный с наследственным гемохроматозом. Полиморфизм данного гена характеризуется избыточным поглощением железа слизистой желудочно-кишечного тракта, что опосредованно может приводить к возникновению гиперпигментации. Дефект данного гена широко распространен в северных европейских популяциях. Ген GSTT

кодирует аминокислотную последовательность фермента глутатион-S-трансферазы, которая играет существенную роль в инактивации электрофильных органических веществ. В случае дефекта или отсутствия гена GSTT фермент не образуется, в результате чего способность организма к нейтрализации токсичных соединений и коррекции оксидативного стресса значительно снижается. Данное генетическое нарушение может являться патогенетической основой для возникновения гиперпигментации. Таким образом, взаимосвязь полиморфизма генов в возникновении гиперпигментации представляет научный интерес и нуждается в дальнейших исследованиях.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЙ.**

*Иконникова Е.В.*

*Центральная государственная медицинская академия,  
Москва*

Неопухолевые меланиновые гиперпигментации кожи, такие как мелазма/хлоазма, поствоспалительная/посттравматическая пигментация, солнечное лентиго являются широко распространенной причиной обращения за врачебной помощью. К основным этиологическим факторам возникновения гиперпигментации традиционно относят: УФ-излучение, женские половые гормоны, воспалительный процесс. При этом генетическая предрасположенность считается одной из главных причин, влияющих на развитие гиперпигментации. Данные эпидемиологических исследований показывают, что существуют различия в появлении пигментации у представителей разных рас, а также отмечают влияние отягощенного семейного анамнеза по данному типу пигментных расстройств. Несмотря на многочисленные исследования причин развития неопухолевых меланиновых гиперпигментаций в понимании их патогенеза до сих пор остается много вопросов. В последние годы были получены многочисленные данные, указывающие на то, что полиморфизмы генов эксцизионной репарации ДНК способны модулировать предрасположенность к повышенной чувствительности к воздействию УФ-излучения и, как одно из следствий, влиянию на процесс синтеза меланина. Всё чаще высказываются предположения о важной роли окислительного стресса и системы репарации ДНК в меланогенезе. Снижение активности системы репарации ДНК может способствовать развитию патологических очагов пигментации. Одним из важнейших механизмов защиты кожи от УФ-излучения является система репарации повреждений ДНК и сохранение ее стабильности в процессе репликации. В некоторых исследованиях показывается, что пониженная способность к репарации ДНК является предрасполагающим фактором развития различных патологических состояний кожи, в том числе гиперпигментации. Результаты исследований показывают, что УФ-излучение способствует возникновению реактивных форм кислорода и вторичных продуктов, повреждающих геномную ДНК. Вследствие этого происходит появление мутаций в кодирующих и регуляторных последовательностях ДНК генов. Предполагается,

что пациенты, кожа которых обладает повышенной чувствительностью к УФ-излучению, имеют сниженную способность к репарации ДНК. Таким образом, поиск генов, ассоциированных с неопухолевыми меланиновыми гиперпигментациями, может служить маркером их развития. Результаты подобных генетических исследований могут представлять ценность для прогнозирования риска возникновения гиперпигментации и профилактики ее возникновения, а также выявления причины торпидности к проводимому лечению.

## **НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ВИРУСНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ.**

*Исаева Д.Р., Халдин А.А., Безуглый А.П., Белков П.А.*

*Московский научно-практический центр дерматологии  
и косметологии, Москва*

Вирусные бородавки (ВБ) представляют собой эпидермальные новообразования с определенной тканевой специфичностью, причиной возникновения которых является различные типы вируса папилломы человека. Под нашим наблюдением находились пациенты с диагностированными ВБ с локализацией на коже стоп. Целью исследования явилось изучение ультразвуковых особенностей локальных изменений кожи при вирусном поражении кожи стоп. Определить показания к проведению ультразвукового исследования кожи, как дополнительного метода диагностики. Материалы и методы: Для визуализированной оценки состояния кожи стоп у всех больных применялись методы клинического осмотра и пальпации, дерматоскопия и высокочастотное ультразвуковое сканирование с использованием аппарата Skinscanner DUB 22-75 с датчиком 22 МГц. Проанализированы ультразвуковые сканограммы 15 пациентов, старше 18 лет, с диагнозом подошвенные бородавки. Метод ультразвукового сканирования позволяет оценить толщину и характер структуры эпидермиса, дермы; определить глубину распространения и характер роста вирусных образований. Ультразвуковые изменения отображают не только размер и глубину измененного участка кожи, но и его внутреннюю структуру. Отметим, что в ряде случаев в качестве дополнительного метода диагностики может потребоваться и гистологическое исследование. Результаты: На основании анализа данных, полученных в ходе обследования пациентов с вирусными новообразованиями кожи, выделены следующие паттерны: деформация наружного контура эпидермиса, неравномерно утолщенный гиперэхогенный эпидермис либо гиперэхогенные тяжи, направленные от поверхности вглубь дермы, гипозоногенные участки по периферии; субэпидермальная гипозоногенная полоса деформирована или смазана. Выводы: Предложенный дополнительный способ диагностики ВБ кожи стоп использовался нами в случаях распространенных вирусных поражений, при рецидивах вирусной инфекции после применения деструктивных методов лечения или как контроль излеченности после проведения внутриочагового инъекционного лечения препаратами интерферона. На данном этапе обобщения полученных сведений по ультразвуковому исследованию особенностей вирусных бородавок, отмечено, что основными



паттернами являются эпидермальное расположение образования; деформация наружного контура эпидермиса; гиперэхогенный эпидермис либо гиперэхогенные тяжи, направленные от поверхности вглубь дермы, гипозоногенные участки по периферии. Отметим также, что современные методы диагностики новообразований кожи вирусной и невирусной этиологии доступны только лишь в крупных специализированных центрах. Предложенный метод дополнительной диагностики не требует высокобюджетных расходных материалов, безопасен, демонстрирует высокую информативность.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОПИЧЕСКИХ КОМБИНИРОВАННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ.**

*Исаева С.Г., Задионченко Е.В.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Москва*

Актуальность. Микробная экзема является одной из социально-значимых медицинских проблем и развивается как сенсibilизация к микробному антигену на фоне изменений нейроэндокринной, иммунной систем, нарушения функций ЖКТ. В последние годы микробная экзема приобрела тенденцию к более тяжелому течению с частыми, продолжительными рецидивами, значительным распространением патологического процесса и резистентностью к общепринятым методам лечения, что значительно снижает качество жизни больного и его социальной адаптации в обществе. С целью одновременного воздействия на несколько звеньев патогенеза заболевания и для устранения действия различных инфекционных факторов в терапии микробной экземы чаще всего используют топические комбинированные глюкокортикостероидные препараты.

Цель. Сравнительная оценка клинической эффективности и переносимости топической терапии больных экземой средней степени тяжести, осложненной бактериальной инфекцией комбинированными препаратами, содержащими мупироцин и бетаметазонадипропионат и гентамицина сульфат и бетаметазонадипропионат.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 46 пациентов (21 мужчина, 25 женщин) в возрасте от 25 до 57 лет с микробной экземой средней степени тяжести, различной локализации. Пациенты 1-й группы (23 пациента) получали топическую терапию мазью содержащую мупироцин в комплексе с бетаметазонадипропионатом 2 раза в день в течение 14 дней. Больным 2-й группы (23 пациента) назначали мазь содержащую гентамицина сульфат в комплексе с бетаметазонадипропионатом 2 раза в день на протяжении 14 дней. Форма препаратов (крем или мазь) зависела от активности воспалительного процесса. Также, все больные получали стандартную гипосенсибилизирующую терапию лоратадином по 0,01 г один раз в сутки в течение 14 дней. Качество жизни пациентов оценивали с помощью дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Распространенность и тяжести дерматоза, а также

эффективность терапии оценивали с помощью индекса EASI и дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС). Оценку клинической эффективности проводили на 7-й и 14-й дни лечения.

Критерии исключения из исследования являлись беременность и наличие тяжелых хронических заболеваний.

Результаты. У пациентов первой группы получающих мупироцин в комплексе с бетаметазонадипропионатом индекс EASI до лечения составил  $38 \pm 0,5$ , а ДИШС  $19 \pm 0,2$ . Уже к 7 му дню терапии констатировано достоверное снижение величины индексов EASI и ДИШС ( $p < 0,001$ ). На момент окончания проводимой терапии значение индекса EASI уменьшилось в 4,7 раза по сравнению с исходным.

У пациентов второй группы получавших гентамицина сульфат в комплексе с бетаметазонадипропионатом величина индекса EASI до лечения составила  $37 \pm 0,1$ , а индекса ДИШС  $18 \pm 0,3$ , а статистически важное зарегистрировано снижение величины данных индексов зарегистрировано лишь к 14 му дню терапии ( $p < 0,001$ ).

У пациентов, получавших лечение мупироцином в комплексе с бетаметазонадипропионатом, величина ДИШС снизилась в 6 раз по сравнению с исходными данными ( $p < 0,001$ ), значения индекса ДИКЖ до лечения составили  $23,8 \pm 0,3$ , и соответственно  $22,8 \pm 0,9$  в группе пациентов, получавших гентамицина сульфат в комплексе с бетаметазонадипропионатом. На 7 й день терапии не было зарегистрировано достоверных изменений значения индекса ДИКЖ у больных, получавших лечение гентамицином сульфатом в комплексе с бетаметазонадипропионатом.

Переносимость лечения во всех случаях применения мупироцина в комплексе с бетаметазонадипропионатом была хорошей, побочных эффектов на фоне применения препарата не выявлено. При применении гентамицина сульфат в комплексе с бетаметазонадипропионатом у двух пациентов отмечалось незначительное, кратковременное усиление зуда, не требующее отмены терапии.

Выводы: На сегодняшний день применение топического комбинированного препарата содержащего мупироцином в комплексе с бетаметазонадипропионатом является наиболее эффективным и безопасным при микробной экземе. Оказывает сильное антимикробное и противовоспалительное действие и может являться препаратом выбора при лечении данной патологии.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ МАДЕКАССОЛ В КОМПЛЕКСЕ С КОЛЛАГЕН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ СТРИЙ.**

*Исмаилова Г.А., Нурматова И.Б., Правоторова Т.С.*

*Ташкентская медицинская академия, Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница, г.Ташкент, Узбекистан*

Цель: Определить эффективность применения мази Мадекассол в комплексе с Коллаген-индуцированной терапией (далее КИТ) при коррекции стрий. Задачи исследования: Провести сравнительную оценку эффективности КИТ с применением мази Мадекассол при коррекции стрий. На основе полученных данных рекомендовать оптимальные методы терапии для

лечения стрий. Материалы и методы: В ходе работы была проведена терапия у 24 пациентов с наличием послеродовых растяжек на животе и у 16 пациентов со стриями на коже внутренней поверхности плеч, на боковых поверхностях бедер и голенях. Пациенты были разделены на две группы. В обеих группах проводилась КИТ с использованием дермароллеров (МС925), после процедуры на обработанную кожу наносилась сыворотка гиалуроновой кислоты и витамины С, А, Е. В первой группе далее ежедневно использовалась мазь Мадекассол. Иглы дермароллера проникают в кожу на 2,5 мм и достигают дна рубца. Микроиглы травмируют как коллагеновые волокна, так и фибробласты. В участках проколов отмечается активная пролиферация фибробластов и синтез коллагена. Свежая коллагеновая ткань образует эластичный каркас, подтягивая дно растяжки к поверхности раны. Мазь Мадекассол – на основе *Centella asiatica*, стимулирует образование коллагена I типа, продукцию миофибробластов и снижает воспалительную реакцию. Результаты: В группе с применением мази Мадекассол в сравнении с контрольной отмечалось значительно быстрее восстановление кожи после процедуры, лучший эффект от процедуры, что позволило сократить сроки между проведением повторных процедур и снизить общее количество процедур. Вывод: Оценка предварительных результатов характеризует использование мази Мадекассол в комплексе с КИТ как эффективный метод терапии в лечении атрофических рубцов (стрий) и позволяет рекомендовать данный метод для дальнейшего применения в практике.

## **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА В ДЕРМАТОЛОГИИ**

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

*Центральный научно-исследовательский институт организации и здравоохранения, Москва*

Резюме В статье представлены результаты научно-исследовательской работы, проведенной в кожвендиспансере г. Твери. Дан анализ госпитализированных пациентов в пилотном КВД (г.Тверь). Целью исследования являлся анализ эффективности использования коечного фонда в дерматологии и поиск резервов сокращения сроков лечения пациентов в стационарах. Задачи исследования: - дать анализ статистических данных отчетных форм Минздрава РФ (2016 г.), касающихся деятельности ДС; - провести экспертизу эффективности использования коечного фонда в дерматологии; - рассчитать число койко-дней, которые возможно сократить за счет использования ДС, более ранней выписки пациентов. Методы исследования: статистический, непосредственного наблюдения, экспертных оценок. Ключевые слова: дневной стационар (ДС), эффективность использования коечного фонда, пациент, дерматология, койко-место. По данным статистических отчетных форм Минздрава РФ (2015 г.) показатель обеспеченности койко-местами ДС дерматологического профиля составила 0,411 на 10 тысяч населения. Число пролеченных пациентов в ДС дерматологического профиля составило 1,03 на 1000 населения. Средняя длительность лечения пациентов в ДС дерматологического профиля составила 12,2 дней, в ДС больничных организаций - 13,05 дней,

в ДС амбулаторно-поликлинических организаций – 11,36 дней. В процессе исследования нами была изучена обоснованность госпитализации пациентов в КВД базовой территории (г. Тверь), что позволило выявить резервы использования коечного фонда в дерматологии. Экспертиза проводилась с помощью разработанной нами «Карты экспертной оценки обоснованности госпитализации пациента в КВД». Экспертизе подверглось 1154 историй болезней. Экспертами на основе анализа историй болезни определялось возможное сокращение сроков лечения за счет улучшения организации и интенсификации лечебно-диагностического процесса, а также за счет возможного лечения (или долечивания) в дневном стационаре (ДС) или более ранней выписки пациентов на долечивание в поликлинику. В начальном и активном периодах необоснованно длительные сроки госпитализации были связаны с неполным обследованием планово госпитализированных пациентов в поликлинике. В активном периоде сроки лечения могли быть сокращены за счет интенсификации лечебно-диагностического процесса, за счет более раннего привлечения врачей-консультантов. В заключительном периоде лечения экономия койко-дней складывалась за счет того, что пациентов можно было бы передать на лечение в ДС, где койко-день дешевле. Проведенная экспертиза обоснованности госпитализации пациентов в дерматологическое отделение стационара показала, что доля необоснованно выполненных койко-дней составила 37,8%, в их числе 3,5% койко-дней, по мнению экспертов, можно было бы исключить из общего числа за счет более интенсивного лечения в стационаре, 25,6% следовало бы передать в ДС и 8,7% передать на лечение в поликлинику. Из числа койко-дней, переданными экспертами на лечение в ДС, 76,3% были проведены от пациентов, которые вообще не нуждались в госпитализации и могли лечиться в ДС с первого дня и 23,7% койко-дней могли быть сокращены за счет долечивания пациентов в ДС. Выводы. Проведенное исследование выявило резервы сокращения коечного фонда в дерматологии за счет интенсивности лечения и использования ДС.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМУВЕРОВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НА МЕЖДУНАРОДНОМ И РОССИЙСКОМ РЫНКАХ, ПРЕИМУЩЕСТВА БИОХИМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ УДАЛЕНИЯ ПИГМЕНТОВ ПЕРМАНЕНТНОГО МАКИЯЖА И ТАТУАЖА ИЗ КОЖИ.**

*Клейман Т.А.*

*Центр Успешные Люди, Москва*

1. Химический состав пигментов, используемых для перманентного макияжа и татуажа. Органические и неорганические пигменты. Новое поколение пигментов - синтетические и смешанные пигменты, преимущества и недостатки. 2. Глубина залегания пигмента и реакции кожи на пигмент. Реакции местного иммунитета и общие реакции организма. 3. Точки приложения ремуверов. Химические аспекты взаимодействия ремуверов и пигментов. 4. Сравнительная характеристика ремуверов, представленных на международном и российском рынках. Аспекты безопасности применения. 5. Преимущества биохимической

системы CRC Tadoo Remover I+II. Безопасность превыше всего. Результаты. 6. Сочетанное применение неодимового лазера и биохимической системы CRC Tadoo Remover I+II. Преимущества и результаты.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ ГЛОБАЛЬНОГО ОМОЛОЖЕНИЯ ОРГАНИЗМА.**

*Клейман Т.А., Масленников О.В.*

*Центр Успешные Люди, Москва*

1. Свойства озона. Влияние низких терапевтических доз озона на организм человека. 2. Современные требования рынка медицинских услуг. Портрет современного потребителя. 3. Симбиоз медицинских и спа услуг. Озонотерапия в программах глобального омоложения организма. Возможности применения озонотерапии в условиях медико-эстетических центров и спа. 4. Опыт применения озонотерапии в сочетании с медицинскими и спа-процедурами. 5. Выводы. Симбиоз науки и практики - рождение новых wellness направлений.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА СОЛАНТРА (ИВЕРМЕКТИНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАПУЛО – ПУСТУЛЕЗНОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА.**

*Колдарова Э.В.*

*Российский университет дружбы народов, г. Москва*

Во всем мире розацеа кожи лица является наиболее распространенной дерматологической патологией зрелого возраста. Актуальность исследования обусловлена ростом заболеваемости, частыми рецидивами, недостаточной эффективностью существующих методов лечения. Цель исследования. Оценить эффективность применения крема солантра (ивермектина) в комплексной терапии папуло – пустулезной формы розацеа. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 22 пациентов в возрасте от 34 до 57 лет (17 женщин и 5 мужчин) с папуло – пустулезной формы розацеа. Длительность заболевания у всех больных в среднем составляла от 1,2 до 10 лет. В 70% в соскобах с себорейных зон кожи лица был обнаружен Demodex folliculorum. У всех пациентов в анамнезе отмечалась патология желудочно-кишечного тракта, в частности, наличие Helicobacter pylori. Общая терапия включала в себя противовоспалительные, ангиопротекторные и антибактериальные средства (антибиотики, метронидазол), местно и внутрь – препараты содержащие цинк, проводилась элиминация экзогенных и эндогенных триггерных факторов. Использование в комплексной терапии папуло – пустулезной формы розацеа крема солантра (ивермектина) 1 раз в сутки ежедневно на протяжении 4 месяцев на воспалительные инфильтраты с целью более быстрого их разрешения. Ивермектин - активное вещество, подавляет выработку цитокинов, вызывающих воспаление, также оно обладает противопаразитарным действием, вызывает гибель

клещей Demodex. Результаты. Оценка эффективности комплексной терапии папуло- пустулезной формы розацеа, включающей применение крема солантра (ивермектина) показала положительную динамику клинических симптомов заболевания у 18 пациентов (80%) через 4 месяца от начала заболевания. В результате использования крема солантра (ивермектина) наблюдался регресс воспалительных явлений и разрешение инфильтратов у 70% пациентов. Контроль микроскопического исследования соскоба с себорейных зон кожи лица проводили 1 раз в месяц, по окончании лечения у всех пациентов Demodex folliculorum не был обнаружен. У 2 пациентов отмечалась незначительная сухость кожи лица при нанесении крема солантра (ивермектина), которая устранялась применением наружных увлажняющих средств. Вывод. Полученные результаты дают основание полагать, что использование крема солантра (ивермектина) может быть эффективно использовано в комплексной терапии папуло – пустулезной формы розацеа.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ RF-МИКРОИГЛ В КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ**

*Колчева П.А., Жукова О.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Акне является наиболее распространенным хроническим воспалительным заболеванием сальных желез и волосяных фолликулов. Преимущественно молодой социально активный возраст пациентов, особенность локализации высыпаний на лице и других открытых участках тела объясняет высокий уровень различных психоэмоциональных расстройств, связанных с так называемым “дефектом внешности”. Психологическое состояние пациентов усугубляется высокой вероятностью образования поствоспалительных явлений различной степени выраженности. Из них наибольшую сложность для коррекции представляют рубцовые изменения кожи. Характер рубца, в основном, зависит от площади и глубины поражения. Как правило, с образованием рубцовой деформации разрешаются глубокие воспалительные элементы сыпи. Но нередко наблюдается формирование рубцовой ткани и при разрешении относительно легких форм заболевания. По результатам некоторых наблюдений, гнойные элементы разрешаются с образованием втянутых атрофических рубцов типа «ice-pick». Для коррекции рубцовых деформаций Всемирным Альянсом по лечению акне, для коррекции рубцов «постакне» одобрено применение глубоких пилингов, дермальных филлеров, некоторые виды шлифовок и хирургическое иссечение участков рубцовой деформации. В настоящее время особое внимание специалистов уделяется лазеротерапии, причем в лечении акне (постакне) успешно используется как высокоэнергетическое так и низкоэнергетическое лазерное воздействие. Длительное время золотым стандартом лазерных методик в коррекции рубцов «постакне» остается аблятивный метод коррекции CO<sub>2</sub>-лазером. Однако, за счет образования дополнительных термических зон повреждения, остается высокий риск образования побочных явлений. Кроме того, период реабилитации может занимать длительное

время. Менее травматичным методом является шлифовка эрбиевым лазером, но для достижения аналогичного с CO<sub>2</sub>-лазером эффекта необходимо проведение нескольких процедур. Применение более современных неаблятивных лазеров сопровождается наименьшей травматичностью и низкой вероятностью развития побочных явлений, но по своей эффективности в коррекции атрофических рубцов, неаблятивные методики несколько уступают аблятивным. Сократить травматичность аблятивных методик при сохранении их эффективности помогло появление нового лазерного метода воздействия, фракционного фототермолиза. Несмотря на высокую эффективность фракционных лазерных методик, остается ряд нерешенных задач. К ним относится, например, проблема ограниченной глубины проникновения лазерного луча. Появление новых технологий позволяет использовать лазерные методики, но и привлечь, с целью коррекции рубцов постакне, переменный электрический ток. Для коррекции рубцов постакне он применяется в виде RF-термолиза. На биологические структуры RF-волна оказывает диатермическое воздействие. Выраженность его зависит от электрического сопротивления ткани. Роговой слой эпидермиса проводит ток хуже и нагревается сильнее, чем дерма. Появление аппаратов, позволяющих «доставлять» RF-волну на заданную глубину посредством микроигл, позволяет избежать излишнего термического повреждения биологических тканей при значительном увеличении глубины воздействия. Цель исследования: оценить эффективность применения RF-микроигл для коррекции рубцов постакне

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 26 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет с атрофическими рубцами постакне, из них 16 (61,5%) женщин и 10 (38,5%) мужчин. Всем пациентам проводились процедуры RF-микронидлинга от аппарата ScarLet RF (VIOL CO., Корея) при следующих параметрах: глубина введения иглы – 1,5 – 3,5 мм в зависимости от анатомической зоны, мощность 2,0 Вт ± 20%, частота 2МГц. Всего было проведено 5 процедур с периодичностью один раз в месяц. Результаты исследования: значительное улучшение, отмечалось у 22 (84,5%) пациентов в результате 5 процедур RF-микронидлинга, что выражалось в снижении гиперпродукции кожного сала, частичном сглаживании атрофических рубцовых изменений кожи. У остальных пациентов эффективность курса процедур была оценена как «хорошая» и «удовлетворительная». Выводы: применение метода коррекции рубцов постакне методом RF-микроигл позволяет значительно снизить травматичность процедуры, уменьшить реабилитационный период, сократить длительность курса лечения, скорректировать поствоспалительные явления.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ МЕЗОТЕРАПИЕЙ ПРЕПАРАТАМИ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТОВ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

*Королькова Т.Н., Гома С.Е.*

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

Цель: у женщин с признаками возрастных изменений кожи

шеи и зоны декольте провести сравнительный анализ изменения показателей эластичности кожи под воздействием мезотерапии препаратами на основе пептидов тимуса, пептидов эпифиза и нуклеиновых кислот.

Материалы и методы: наблюдали 3 группы пациенток в возрасте от 30 до 59 лет. В первую группу вошли 22 женщины, которым выполняли внутридермальные инъекции пептидами тимуса. Вторая группа (21 женщина) получала препарат на основе пептидов эпифиза. Третья группа (51 женщина) получала препарат, содержащий нуклеиновые кислоты. Внутривенное введение препаратов выполняли методом «наппаж», 1 раз в неделю, курс состоял из 5 процедур. Эластичность кожи изучали прибором Cutometer MPA 580 (Германия) перед курсом мезотерапии, а также спустя 1 неделю после 5-й процедуры и через 1 месяц после 5-й процедуры.

Результаты: мезотерапия препаратом тимуса привела к статистически значимым изменениям большинства показателей эластичности кожи: выявлено увеличение растяжимости кожи (R0) на 20% и параметра, характеризующего «утомление кожи» (R4) на 42%. Снижение показателей R6 на 19% и R8 на 11% свидетельствует об улучшении эластических свойств кожи, однако, судя по показателям R0, R4 и F1, остаточная деформация кожи значимо увеличивается ( $p < 0,05$ ). Обнаруженные изменения вписываются в состояние отека тканей, не выраженного клинически, но доступного для измерения прибором.

Под воздействием препаратом эпифиза выявлено снижение параметров эластичности R0 на 15%, R4 на 33%, R6 на 13%, R8 на 12%, F0 на 17%, F1 на 24% и увеличение показателя эластичности R2 на 10%. Данные эластометрии свидетельствуют о повышении эластических свойств кожи. Под воздействием препарата на основе нуклеиновых кислот установлено, что все изменения показателей эластичности кожи не были статистически значимыми.

Выводы: при изучении показателей эластичности кожи выявлено, что пептиды тимуса способствуют более длительному отеку тканей, препараты нуклеиновых кислот не оказывают существенного влияния на эластичность кожи, пептиды эпифиза могут быть рекомендованы для коррекции возрастных изменений кожи шеи и декольте.

### **СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА УХОДА ЗА КОЖЕЙ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ**

*Кучерявая И.О., Сучкова Т.Н., Шемшук М.И., Кубылинский А.А.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва*

Угревая болезнь (акне, угри) - полиморфное мультифакториальное заболевание, у большинства пациентов с хроническим течением, в основе которого лежит патология пилосеборейного комплекса, связанная с его функциональной активностью и развитием воспалительных и невоспалительных высыпаний на участках кожи, богатых сальными железами.

В основе патогенеза акне лежат четыре взаимосвязанных фактора: патологический фолликулярный гиперкератоз, избыточное образование секрета сальных желез, микробная



колонизация *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) и воспаление. Принципиально выбор терапии при угревой болезни должен основываться на анализе двух основных критериев: степени тяжести кожного процесса и характера его течения. К основным группам препаратов для лечения угревой болезни относят: себостатические, антибактериальные, противовоспалительные и устраняющие фолликулярный гиперкератоз.

Наружная терапия и соответствующие средства по уходу за кожей назначаются пациентам независимо от степени тяжести заболевания.

Для наружной терапии угревой болезни в настоящее время используются топические ретиноиды, антимикробные препараты (бензоил пероксид), антибактериальные препараты, комбинированные лекарственные средства, азелаиновая кислота, салициловая кислота. Все эти препараты для наружного применения действуют на определенные звенья патогенеза.

Хорошо зарекомендовавшие себя средства для мягкого очищения проблемной кожи Мусс Себиум и Мицелловый раствор Себиум H2O, обладают себорегулирующим и антисептическим действием. Они не содержат щелочи, спирта и ароматизаторов, тем самым не вызывая раздражения и ощущения сухости. Крем Себиум Гидра интенсивно увлажняет и восстанавливает кожу после применения топических ретиноидов или бензоил пероксида, оказывает противовоспалительное и успокаивающее действие.

В состав препаратов всей линии Себиум входят сбалансированные компоненты, позволяющие воздействовать на все звенья патогенеза при угревой болезни: глюконат цинка, сопорозные липиды, инфламин, эфиры АНА и запатентованный комплекс Флюидактив, защищающий сквален от окисления (т.к. окисленный сквален обладает комедоногенным эффектом) и нормализующий качество кожного сала, препятствует появлению гиперкератоза.

Высокая концентрация глюконата цинка оказывает бактерицидное действие на *P. acnes*, включая штаммы, устойчивые к эритромицину, а также обладает себорегулирующим эффектом, ингибируя 5 альфа-редуктазу. Сопорозные липиды, входящие в состав средств являются продуктом процесса ферментации дрожжей *Candida bombicola*. Они ингибируют активность липаз, препятствуя освобождению свободных жирных кислот, оказывающих раздражающее действие и приводящих к воспалению.

Инфламин представляет собой сочетание ламинари и рамнозы. Экстракт ламинарии блокирует продукцию основных медиаторов воспаления (ИЛ-1 аль и ИЛ-6) а рамноза ингибирует ИЛ-8, тем самым ограничивает развитие воспалительных реакций.

Кератолитический эффект препаратов достигается сочетанием эфиров АНА с салициловой кислотой, при этом входящая в состав яблочная кислота активно стимулирует эксфолиацию липидов рогового слоя.

Таким образом, грамотное и обоснованное назначение местной терапии, в сочетании со средствами базового ухода за кожей, несомненно обеспечит успех в лечении такого порой длительно протекающего хронического дерматоза как угревая болезнь.

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ КОЖИ**

*Кушкин Д.Н.*

*Московский областной научно-исследовательский институт им. Владимирского, Москва*

Цель: внедрить в практику здравоохранения хирургический подход лечения рака кожи с одновременным интраоперационным контролем границ резекции. Задачи: определить показания к хирургическому лечению с проведением интраоперационного контроля границ резекции при злокачественных новообразованиях кожи, проследить ближайшие и отдаленные результаты. Материалы: под наблюдением находилось 50 пациентов с базальноклеточным раком кожи в области лица и головы. Возраст пациентов был от 37 до 92 лет. У каждого из пациентов диагноз базально-клеточного рака был подтвержден гистологически. Все пациенты имели рецидивную форму базально-клеточного рака. Количество рецидивов было от 2 до 9. Срок давности заболевания от 2 до 15 лет. Всем пациентам ранее проводилось лечение, которое приводило к клинической ремиссии. Рецидивы возникали в срок от 1 до 7 лет. Методы: всем пациентам было предложено и выполнено хирургическое лечение с интраоперационным контролем границ резекции по методу микрографической дерматохирургии по Mohs. Сроки наблюдения составили от 1 до 3 лет. В течение периода наблюдения рецидивов не было отмечено. Выводы: 1. с учетом того, что все пациенты имели рецидивные формы рака, требуется дальнейшее наблюдение в течение не менее 5 лет после проведенного хирургического лечения. 2. хирургический метод удаления базально-клеточного рака с интраоперационным контролем границ резекции показал хорошие результаты в отношении минимизации риска рецидива.

## **ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ**

*Левшин Р.Н.*

*Елецкий кожно-венерологический диспансер, Елец*

Современная концепция терапии красного плоского лишая подразумевает не только медикаментозное лечение, но и использование физиотерапевтических методик. В настоящее время широко применяются преформированные физические факторы: ультрафиолетовое (УФ) облучение, лазерное излучение, поляризованный свет, низкочастотное и высокочастотное магнитное излучение, ультразвук, лекарственные форезы и др. Среди всех физиотерапевтических методов основное место по-прежнему занимает ультрафиолетовое облучение. Под нашим наблюдением находилось 23 больных с красным плоским лишаем в стадии обострения, из них 19 женщин (82,6%) и 4 мужчины (17,4%), в возрасте от 19 до 48 лет (средний возраст составил  $34,8 \pm 3,2$  года). У большинства пациентов 69,6% процесс носил распространенный характер (площадь поражения от 30% до 50%), у 30,4% - диффузный

(площадь поражения более 50%). Все пациенты получали комплексную терапию, включающую узкополосную (311нм) УФБ – фототерапию. Общая эффективность комплексного лечения составила 82,6%, сроки лечения -  $28,7 \pm 1,4$  дня, а количество процедур –  $19,1 \pm 1,2$ . Максимальная разовая доза -  $1,92 \pm 0,33$  Дж/см<sup>2</sup> при суммарной дозе облучения  $21,7 \pm 0,2$  Дж/см<sup>2</sup>. Переносимость УФБ-терапии в целом была хорошей. Побочные реакции в виде проходящей эритемы были отмечены у 4 пациентов (17,4%), ксероз отмечали 21,7%. До лечения большинство больных жаловались на средней интенсивности зуд – Пруриндекс составлял 7,4 балла. К концу первой недели комплексной терапии индекс снизился на 64%. К концу лечения Пруриндекс редуцировал на 98%. Эти данные находились в соответствии с показателями биохимических маркеров зуда в сыворотке крови серотонина и гистамина, содержание которых к концу лечения снизилось в 2,6 и 3,1 раза соответственно и достигло нормальных значений. Динамика показателей, отражающих качество жизни больных, показывает, что с уменьшением субъективных и объективных симптомов заболевания пропорционально улучшались и эти показатели. В среднем ДИКЖ улучшился на 88,3%. Таким образом, комплексная терапия, включающая в себя УФБ (311 нм) – фототерапию является высокоэффективным, хорошо переносимым и достаточно безопасным методом лечения пациентов с распространенной формой красного плоского лишая.

## **РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ГЕЛЕЙ С АНТИМИКОТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА ОСНОВЕ СЛОЖНЫХ ФИТОКОМПОЗИЦИЙ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

*Локарев А.В., Волгин В.Н.*

*Всероссийский научный и технологический институт биологической промышленности пос.Биокомбината, Московская обл.*

Разработка состава и технологии получения гелей с антимикотическим действием на основе сложных фитокомпозиций и оценка их эффективности Локарев А.В.- кандидат технических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Всероссийский научный и технологический институт биологической промышленности РАН» Волгин В.Н. доктор медицинских наук, ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко» МО РФ Одним из перспективных современных направлений при разработке лечебно-профилактических в т.ч. антимикотических средств является использование сложных фитокомпозиций. Основным преимуществом такого подхода является широкий терапевтический эффект получаемых препаратов. Выбор состава фитокомпозиции базировался на основе литературных данных, а также анализа старинных алтайских рецептов. Было выбрано лекарственное растительное сырье богатое содержанием таких классов биологически активных веществ (БАВ) как кумарины и флавоноиды, которые входят в состав многих противовоспалительных, антибактериальных, антимикробных и противогрибковых лекарственных средств [1, 2, 3]. Выбор оптимального

экстрагента для получения комплексного экстракта жидкого проводился экспериментально по наибольшей экстрагирующей способности указанных классов БАВ из рассматриваемого лекарственного растительного сырья. Из такого фитосбора получали комплексный жидкий экстракт в мацерационном баке. Технологическая схема производства состояла из следующих основных этапов: подготовка лекарственного растительного сырья и экстрагента, получение комплексного жидкого экстракта, фасовка и упаковка. Технологический процесс производства геля включает: подготовку помещения и оборудования; подготовку сырья и материалов; получение основы геля; получение геля; получение готовых составов; фасовку и упаковку. При промышленном производстве гелей с такими сложными фитокомпозициями основная проблема – устойчивость структуры гелей в течение всего срока годности. В результате многочисленных экспериментов было установлено, что наиболее устойчивая структура сохраняется при использовании карбопола марки 2000. Гель проходил всестороннюю клиническую проверку. Противогрибковая активность трех образцов субстанций (№1, №2, №3) – основного действующего вещества лекарственной формы геля для ног с фитокомпонентами была проверена в институте микологии им.Кашкина Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Исследования проведены *in vitro* методом серийных разведений в жидкой среде Сабуро (ГФ XI, 2002, в.2) в отношении стандартных тест-культур дерматомицетов (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*, *Microsporum canis*) и дрожжеподобного гриба *Candida albicans*. Методом серийных разведений установлено задерживающее (ингибирующее) действие на все тест-культуры грибов. Для оценки наличия фунгицидного эффекта проводили высевы из пробирок, в которых отсутствовал видимый рост культуры, на агар Сабуро. Результаты также положительные. Фармакологическая активность предлагаемых составов была проверена в Главном клиническом военном госпитале им.ак.Н.Н.Бурденко в отделении дерматовенерологии. и рекомендованы для использования при лечении микозов стоп.

## **СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕДКОЙ РАЗНОВИДНОСТИ ПЕМФИГУСА – IGA ПУЗЫРЧАТКИ**

*Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Бурангулова Н.И*

*Пролетарский Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

В настоящее время в отечественной литературе выделяют четыре основные клинические формы истинной пузырчатки: вульгарную, листовидную, эритематозную, вегетирующую. На основании клинических, патоморфологических, иммуногистохимических данных в настоящее время выделяют также паранеопластическую пузырчатку и IgA пузырчатку (Н.С. Потехаев, 2004). IgA пемфигус - аутоиммунный интраэпидермальный буллезный дерматоз, характеризующийся везикулопустулезными высыпаниями, нейтрофильной инфильтрацией, акантолизом и межклеточными отложениями IgA в эпидермисе. В настоящее время выделяют два типа IgA

пемфигуса: напоминающий субкорнеальный пустулезный дерматоз (СПД тип) и интраэпидермальный нейтрофильный дерматоз (ИЭН тип). (Самцов А.В., Белоусова И.Э., 2011).

Под нашим наблюдением находилась пациентка 72 лет с IgA пемфигусом (IEN-тип). Сопутствующие заболевания: Хронический гастрит, ремиссия. Полип сигмовидной кишки. Анемия легкой степени смешанного генеза.

Жалобы: на высыпания на коже шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся незначительным зудом.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 2004 г., когда впервые отметила высыпания на коже верхних конечностей. Дерматологом по месту жительства выставлен диагноз «Крапивница», лечение без эффекта. С целью верификации диагноза в КВД №1 от 23.12.2004 г. проведена диагностическая биопсия кожи, по результатам которой выставлен диагноз «Токсикодермия», рекомендован прием таб. метипреда с положительным эффектом. Отмечает ежегодные обострения заболевания, сезонности не прослеживает. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно (с 09.11.06 г. по 20.11.06 г. в ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко, где с целью уточнения диагноза выполнено повторное патоморфологическое исследование биоптата кожи, по результатам которого выставлен диагноз «Фоликулярный кератоз»). Проводимая терапия: гепатопротекторы, ферменты, витамины группы А и Е, наружно: дерматоловая мазь, с временным положительным эффектом. В 2008 г. выставлен диагноз «Субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона», рекомендовано: инъекции р-ра дипроспана 1,0 в/м однократно, таб. плаквенил, с дальнейшим переходом на таб. дапсон 50 мг х 2 раза в день после еды, пятидневными циклами с двухдневным перерывом до разрешения высыпаний, наружно: р-р фукурцина. На фоне приема таб. дапсона в указанной дозе отмечала появление свежих высыпаний, в связи с чем была повторно выполнена инъекция р-ра дипроспана 1.0 в/м, с дальнейшей коррекцией суточной дозы таб. дапсона по 100 мг х 2 раза в день (на фоне приема которого появилась выраженная слабость, головокружение, в связи с чем препарат был отменен). Рекомендованы инъекции р-ра дипроспана в случае рецидива. 14.02.2008г. выставлен диагноз «Пустулезный псориаз Цумбуша? Семейная доброкачественная пузырьчатка Гужеро - Хейли - Хейли?», с рекомендациями по диете и повторного проведения патоморфологического исследования биоптата кожи (результаты не представлены). Неоднократно получала санаторно-курортное лечение, ремиссии кожного процесса не отмечает. Лечилась самостоятельно (спрей оксикорт), с временным положительным эффектом. Настоящее обострение в течение 2-х недель, когда отметила высыпания на коже грудной клетки, с тенденцией к распространению на кожу живота, верхних конечностей, ягодичных областей и шеи, в связи с чем обратилась к дерматологу в филиал «Пролетарский» ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, направлена на стационарное лечение в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» с направительным диагнозом «Субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона?».

Локальный статус: патологический процесс на коже носит распространенный островоспалительный характер. На коже шеи, грудной клетки, живота, сгибательной поверхности верхних конечностей, ягодичных областей, передней

поверхности бедер умеренно отечные папулезные элементы розовато-красного цвета, размером до 0.5 см в диаметре, а также диссеминированные везикулопустулезные элементы, размером до 0,4 см в диаметре, с дряблой крышкой, местами с тенденцией к группировке, в виде очагов до 5.0 см в диаметре, на поверхности которых серозно-гнойного характер корочки, а также эрозивные дефекты, до 0.8 см в диаметре, на фоне умеренно отечной эритемы, с обрывками эпидермиса по периферическому краю, поствоспалительные пятна застойно-розового цвета. Симптом Никольского отрицательный. Дермографизм красный. Ногтевые пластины кистей рук и стоп, область суставов не изменены, при активных и пассивных движениях безболезненны.

Клинический анализ крови от 31.07.17: эрит. 4.55x10<sup>3</sup>/л, Hb114 г/л, тромб. 225x10<sup>3</sup>/л, лейкоц. 5.4x10<sup>9</sup>/л, п/я 2%, с/я 50%, эоз. 4%, баз. - 0, лимф. 35%, мон. 9%, пл.кл. - 0, СОЭ 25 мм/ч. Клинический анализ мочи, биохимический анализ крови без особенностей.

Мазки-отпечатки на акантолитические клетки, клеточный состав пузырьной жидкости от 27.07.17: акантолитические клетки обнаружено, эозинофилы - 5%.

Бактериологический посев с пустулы от 31.07.17: Staph. Aureus +++/ Чувствителен: амоксицилин, цефтриаксон, ципрофлоксацин, фузидиевая кислота.

Диагностическая биопсия кожи от 09.08.17 (№ 3393): эпидермис с незначительным акантозом, нейтрофильным спонгиозом, пустулами под роговым и в толще шиповатого слоев, заполненными нейтрофилами и кантолитическими клетками. В верхних отделах дермы периваскулярные лимфогистиоцитарные с примесью нейтрофилов инфильтраты.

Заключение: гистологические изменения могут наблюдаться IgA- пузырьчатка (IEN-тип, интраэпидермальный нейтрофильный IgA – дерматоз), гепертиформной пузырьчатке. Проведено лечение: раствор тиосульфата натрия 30 % - 10.0 в/в струйно № 3, раствор преднизолона 120 мг + р-р натрия хлорида 0.9 % - 200.0 в/в капельно № 4, (с 31.07.17), 90 мг № 3; 60 мг № 1; 30 мг № 1; 15 мг № 1; р-р цефтриаксона 2.0 гр. в/м 1 раз в день, № 10; лоратадин 10 мг 1 таб. утро; р-р ретинола ацетата по 2 капли х 3 раза в день; омега-3 20 мг 1 кап. вечер; преднизолон 35 мг с 04.08.17 г. - 7 таб. (5 таб. - 08.00, 2 таб. - 10.00); калия аспарагинат + магния аспарагинат по 1 таб. х 3 раза в день; кальция карбонат + колекальциферол 1 таб. вечер Наружно: 1% водный раствор метилуниония хлорида - 2 раза в день (эрозивные дефекты, пустулы, корочки); бетаметазона дипропионат крем - 2 раза в день (высыпания); фузидовая кислота + бетаметазона валерат крем - 1 раз в день (высыпания). На фоне проведенной терапии: высыпания на коже шеи, грудной клетки, живота, сгибательной поверхности верхних конечностей, ягодичных областей, передней поверхности бедер регрессировали до поствоспалительных пятен застойно-розового цвета. Свежих элементов нет. Пациентка взята на диспансерный учет.

## **К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ГЛАДКОЙ КОЖИ.**

*Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Краснощекая В.Б., Чермошнцева О.М.*

Псориаз относится к наиболее распространенным хроническим дерматозам с распространенностью до 2-3 % населения. На современном этапе развития медицинской науки псориаз рассматривается как системное воспалительное иммунозависимое заболевание. Одним из основных доводов за системность процесса свидетельствуют однонаправленные нарушения в клеточном звене и девиация цитокинового профиля при псориазе гладкой кожи и псориатическом артрите (ПсА). Нелеченый ПсА может приводить к тяжелой инвалидизации и развитию сопутствующих заболеваний. Часто ПсА диагностируется не у всех пациентов или в поздние сроки, но неправильная диагностика и отсутствие эффективного лечения могут приводить к тяжелым последствиям.

Имеется много исследований по скринингу псориатического артрита у больных с псориазом гладкой кожи с использованием различных опросников и индексов (PEST, CASPAR и др.).

С 2012г. в ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ используются опросник и анкета для пациентов, страдающих псориазом, разработанные Институтом ревматологии и позволяющие проводить мониторинг псориатического артрита и оценку вероятности развития ПсА у пациентов с любой формой псориаза. После консультации ревматолога псориатический артрит был выявлен у 50,0% направленных нами пациентов (у 20 из 40 пациентов) причем у 53% пациентов из них диагноз был установлен впервые.

Таким образом, необходимо проводить мониторинг псориатического артрита и оценку вероятности развития ПсА у пациентов с любой формой псориаза. Особенно важно проводить оценку в течение первых 10 лет после манифестации псориаза. Использование опросников (анкет, индексов и т.д.) для оценки ПсА в учреждениях дерматовенерологической направленности повышает процент диагностики ПсА на ранних стадиях и дает возможность предупредить раннюю инвалидизацию пациентов.

### **ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ**

Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Проскурина М.В., Ельцова Е.Н.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва

Известно, что манифестные и особенно постоянно рецидивирующие формы ВПЧ ассоциированных заболеваний, развиваются на фоне нарушений в адаптивных системах организма, в частности при дисфункциональных нарушениях иммунной системы, индуцирующих изменения цитокинового и клеточного статуса. В последнее время значительное внимание уделяется изучению подсистем иммунитета, в частности, интерфероновому профилю, являющейся достаточно обособленной и специфической системой и отвечающей за противовирусный иммунитет.

Современные исследования, направленные на разработку специфических противовирусных препаратов и вакцин против ВПЧ, либо находятся в стадии апробации, либо пока отсутствуют. Таким образом, основной задачей является лечение обострений и профилактика рецидивов заболевания. Основным методом по-прежнему является удаление. На сегодняшний день в арсенале практикующих врачей имеется множество методов удаления аногенитальных кондилом, при этом рецидивирование после них составляет от 15 до 70% в зависимости от метода удаления.

Имеются данные о положительном эффекте иммуномодулирующих препаратов, однако их применение носит, как правило, эмпирический характер, поскольку локальные иммунные дисфункциональные нарушения при ВПЧ ассоциированных заболеваниях изучены не достаточно. Вместе с тем, несомненна роль интерферонов в патогенезе папилломавирусной инфекции, что предопределяет возможность применения данных препаратов, в том числе методом фореза, с целью коррекции нарушений местного иммунитета.

Под наблюдением находилось 30 пациентов с верифицированным диагнозом папилломавирусная инфекция кожи с локализацией процесса в аногенетальной области в количестве от 3 до 20 элементов. Возраст пациентов варьировал в пределах от 16 лет до 50 лет. Длительность заболевания составила в среднем  $6,3 \pm 1,4$  месяца (от 1 месяца до 2 лет). Большинству пациентов (63,3%) до обращения в филиал проводилась деструкция элементов различными методами, однако после лечения у них наступал рецидив заболевания.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, в том числе полимеразная цепная реакция (ПЦР) с определением вирусной ДНК.

Проводилась деструкция элементов аппаратным методом с последующим назначением курса альфа-интерферона в дозе 1,5 млн МЕ внутримышечно, через день в течение 2 недель. Через 2 месяца после проведенного комбинированного лечения лишь у 10% пациентов отмечался рецидив заболевания.

Таким образом, комбинированное лечение больных с рецидивирующими аногенетальными кондиломами является высокоэффективным методом. Комплексный подход позволил повысить эффективность терапевтических мероприятий, уменьшить вероятность рецидива инфекции.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА СОЧЕТАННОГО С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.**

Лосева О.К., Стрибук П.В., Залевская О.В., Зюзя Ю.Р.

Институт медико-социальных технологий, Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Москва

Пациент А. 1959 г.р., в июне 2016 г. обратился за медицинской помощью с жалобами на боли в правом плечевом суставе, при рентгенологическом исследовании заподозрен туберкулез легких. 23.06.2016 был установлен диагноз: инфильтративный туберкулез С1-2 правого легкого в фазе



распада, МБТ (-). 30.06.2016 начато стационарное лечение по схеме I РХТ, по причине МЛУ переведен на другую схему РХТ IV, интенсивная фаза.

Проведено обследование. Окулист от 07.2016: анизокория, ангиопатия сетчатки. Серологические тесты в крови: 01.07.2016 РМП 4+; ИФА +, КП=16,3; РПГА 4+. 29.07.16 консультирован дерматовенерологом, диагноз: сифилис скрытый неуточненный как ранний или поздний, проведено лечение цефтриаксоном по 1,0 в/м 20 дней (1курс). Через 2 недели второй курс -10 дней.

КТ ОГК 16.09.2016. Рентгенологически картина соответствует инфильтративному туберкулезу верхней доли правого легкого с трансформацией во множественные туберкуломы с распадом. В связи с подозрением на сочетание туберкулезного процесса с опухолевым, рекомендовано оперативное лечение.

03.10.2016 выполнена верхняя лобэктомия правого легкого. Макроскопически на разрезе препарата – каверна, заполненная замазкообразным казеозом, крупные казеозные очаги и буллезная эмфизема с фиброзом. После гистологического исследования – туберкуломы лёгкого в фазе слабовыраженного прогрессирования.

В послеоперационном периоде 14.10.16 и 31.10.16 дренирование ОПП в связи с неполным расправлением правого лёгкого, рецидивирующая эмпиема плевры.

26.10.2016 жалобы на слабость, боли в животе, жидкий стул, осмотрен терапевтом. Диагноз: колит, к лечению добавлен цефтриаксон в/в в дозе 4,0 в сутки 10 дней. Психотерапевтом, неврологом установлен диагноз психорганический синдром с субдепрессией. 13.12.2016 отмечено формирование бронхоплеврального свища.

С 27.10.2016 пациент жаловался на слабость, головокружение, пошатывание при ходьбе, в ноябре-декабре - на «дискомфорт» в голове, затруднения в построении речи, был дезориентирован во времени и пространстве. Состояние расценивалось как побочное действие циклосерина, который был отменен. 30.12.2016 нарушение равновесия и координации движений. При РКТ с контрастированием головы выявлен ишемический инсульт базального отдела левой височной доли. Консультирован неврологом: ишемический инсульт базального отдела левой височной доли от 27.12.2016. Рекомендовано лечение.

С 04.01.17 - отрицательная динамика в неврологическом статусе. Переведён в ОАиР. Состояние тяжелое, сознание: оглушение. ОД=ОС, фотореакции и корнеальные рефлексы сохранены. Менингеальные симптомы не определяются. Правосторонняя гемиплегия, симптом Бабинского справа. КТ ГМ от 04.01.17: признаки ишемического инсульта левой височно-теменно-затылочной области. Признаки сфеноидита, мастоидита, двустороннего среднего отита. УЗИ ОБП 05.01:

Гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Лечение: цефтриаксон 2,0 в/в 1 раз в сутки № 14.

06.01.17 переведен на ИВЛ. В крови 10.01.17 РМП отр; ИФА сумм., ИФА (IgG)+, ИФА (IgM) отр.. 13.01.17 Дерматовенеролог: ЛПР, дообследование.

РГ ОГК 16.01.17: двусторонняя полисегментарная пневмония. Ателектаз правого легкого. ЭХО КГ 16.01.17 небольшая недостаточность МК и ТК, дегенеративные изменения корня

аорты, створок АК без нарушения функции. Кардиолог ГБ 3 ст АГ 3 ст риск 4. 16.01.17 Инфекционист: Вторичный гнойный менингит. Исключить нейросифилис. Ликвор 20.01.2017: цитоз 348 /3, белок 0,4 г/л, бактериологически флора не выделена. Серореакции в ликворе не ставились. 23.01.2017: цитоз 173/3, белок 0,3 г/л. 31.01.2017: цитоз 24/3, белок 1,8 г/л. 02.02.2017 ликвор: РИБТ + 54%, РИФ ц 4+. В крови 02.02.17: РИБТ 48%, РИФ 3+. 09.02.17 Дерматовенеролог: нейросифилис, менингovasкулярная форма. Лечение: цефтриаксон 2,0 в/в 1 раз в сутки 20 дней.

06.02.17 снят с ИВЛ, состояние стабилизировалось. Получал нейротропную терапию. На момент выписки состояние «средней степени тяжести». В сознании, продуктивному контакту недоступен. Сенсомоторная афазия. Правосторонняя гемиплегия, рефлексы D > S, симптом Бабинского справа. Координацию и чувствительность проверить невозможно. В области крестца глубокий пролежень, дыхание самостоятельное, питание зондовое. Выписан под наблюдение невролога, терапевта, хирурга по месту жительства 08.03.2017. Умер дома 10.03.2017 г.

Патологоанатомический диагноз (кратко).

Основное заболевание: Сифилис, третичный период (висцеральный сифилис);

Нейросифилис с обширным ишемическим инфарктом головного мозга с поражением лобной, теменной, височной долей и подкорковых ядер левого полушария, продуктивный васкулит сосудов основания головного мозга, продуктивный менингоэнцефалит, Кардиоваскулярный сифилис: сифилитический мезаортит, продуктивное воспаление коронарных артерий. Малая сифилитическая гумма печени, продуктивный гепатит. Продуктивное воспаление слизистых оболочек пазух черепа.

Сопутствующие Заболевания: Остаточные туберкулезные изменения — плевросклероз правого легкого, спаечный процесс в правой плевральной полости...

Осложненный атеросклероз коронарных артерий с поражением 70% поверхности интимы, осложненный атеросклероз коронарных артерий с поражением 70% поверхности интимы...

Выводы.

1. Основная причина неточной, запоздалой диагностики и летального исхода – отсутствие должного взаимодействия специалистов и их недостаточная компетенция в проблемах поздних форм сифилиса.

2. Отдельного внимания заслуживает и вторая причина – неэффективность цефтриаксона при лечении сифилиса у данного больного.

### **СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ, ОСЛОЖНЕННАЯ СДАВЛЕНИЕМ ТРАХЕИ И ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТЕЛ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

*Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Введение. Известно, что аневризмы аорты большого размера могут смещать и сдавливать соседние органы и нарушать их

функцию. В нашей практике встретился один из подобных случаев, который представлен ниже.

Клинический случай. Больная Л., 1964г. рождения, 04.08.2016г. – госпитализирована в ГКБ№57 с жалобами на одышку, удушье, кашель со светлой скудной мокротой, осиплость голоса. Диагноз при поступлении: хронический бронхит? ХОБЛ? средней степени тяжести, обострение. ДН 2 степени, гипоксемическая.

Анамнез: в 1996г. лечилась по поводу сифилиса (со слов, была язвочка на гениталиях) в ГКБ №14 пенициллином – 21 день. КСК проходила в КВД №6, продолжительность контроля около 6 мес. В настоящее время в гражданском браке с 1990г. Первый брак с 1984г. по 1986г. Беременностей 3: 1985 – роды (взрослая дочь), в 1989 и 1992гг. – внематочные беременности.

Курение в течение 30 лет, артериальная гипертензия (140/60 – 180/100 мм рт. ст.), в последний год отмечает снижение памяти.

5.08.2016г. проведена КТ грудного отдела аорты и КТ грудной клетки с в/в контрастированием: «... По внутренней поверхности нисходящей аорты определяется большое аневризматическое мешковидной формы выпячивание размерами 6,0x4,2x5,1 см, с волнистыми контурами. Шейка аневризмы до 4,0 см. Аневризма сдавливает дистальную треть трахеи и бифуркацию, оттесняет пищевод вправо. Просвет трахеи на этом уровне щелевидной формы. Стенки грудной аорты и коронарные артерии с участками кальцинации. Отмечается узурация передней поверхности тел Th 3-5 грудных позвонков. Кровоток в аневризме сохранён. Признаков надрыва не выявлено...Створки АК и МК умеренно уплотнены. Регургитация в полость ЛЖ 1 ст. Дилатация ЛП... Заключение: мешотчатая аневризма нисходящей аорты. Недостаточность АК 1ст.». Диагноз при выписке основной (12.08.2016г.): мешотчатая аневризма нисходящего отдела грудной аорты. Хронический обструктивный бронхит, обострение. ДН 2 степени, гипоксемическая. Сопутствующие: 1) артериальная гипертензия 2 стадии, 3 степени. Риск ССО 2. 2) ХОБЛ, смешанного типа, средней степени тяжести, ремиссия. 3) Хронический цистит, стадия латентного течения. Амбулаторно 01.10.2016г.: ФЭГДС: гастродуоденит, ДГР, недостаточность кардии, привратника.

Серологические тесты от 12.10.16: РМП 4+, т. 1:128; РПГА 4+; ИФА (IgM+IgG) положит., КП=15,0; РИФ 4+/4+; РИБТ 68%. Диагноз: поздний кардиоваскулярный сифилис, мешотчатая аневризма нисходящей аорты со сдавлением трахеи в дистальной части и области бифуркации, недостаточность АК. Пациентка направлена к кардиохирургу для определения степени срочности хирургического вмешательства. 26. 10. 2016г. в научно-консультативном отделении ФГБУ НЦССХ им. А.Н.Бакулева рекомендовано оперативное вмешательство после специфического лечения по поводу сифилиса.

С 27.10.2016г. по 30.11.2016г. пациентка получила 1-й курс специфического лечения амбулаторно по сокращённой индивидуальной схеме – доксицилин по 0,1 x 2 раза в день – 2 недели, затем цефтриаксон в/м в течение 3 недель. За период специфического лечения трижды была госпитализирована по скорой помощи в связи с возникновением приступов удушья. 07.12.2016г. была госпитализирована, и 14.12.2016г. оперирована в НЦССХ им. А.Н.Бакулева. Послеоперационное течение без осложнений. Находится под наблюдением

дерматовенеролога в МНПЦДК и кардиолога в НЦССХ. Выводы.

1. Аневризма аорты может быть причиной сдавления дыхательных путей, вызывая приступы удушья и дыхательную недостаточность.

2. Своевременное распознавание этой патологии и лечение, как специфическое, так и в первую очередь оперативное, позволяют добиться в подобных случаях благоприятного исхода.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ И СЕРДЕЧНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТА, РАНЕЕ ПОЛУЧИВШЕГО СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ СИФИЛИСА.**

*Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Кузнецов Д.В., Колесова О.П., Стоянова Г.Н., Кулешов А.Н.*

*Московский научно-практически центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Представляем вашему вниманию клинический случай пациента, которому был проведен курс специфического лечения без предварительного обследования смежными специалистами и последующего дообследования, получившего 1 курс лечения по поводу А.51.5 в 2010 году.

Пациент Б., 1965 г рождения обратился в ГНЦДК, где при обследовании от 22.12.10 и 28.09.12 - РМП 4+. Установлен диагноз А.51.5 и был проведен курс специфического лечения цефтриаксоном по 1, 0 в/м № 20 в ГНЦДК. КСК не проводилось. В августе 2015 года пациент обратился в НИИ неврологии с жалобами на зрительные нарушения продолжительностью 10-15 минут, начинающиеся без видимых провоцирующих факторов в виде появления слепого пятна в центральных полях зрения с дальнейшим появлением зигзагообразных линий, не сопровождающихся тошнотой, рвотой, головной болью. Также предъявлял жалобы на ощущение тяжести в голове во время зрительных нарушений, онемением и парестезией в области I, II, III пальцев левой руки (преимущественно в ночное и утреннее время суток), одышку при физической нагрузке, отеки голеней и ступней в вечернее время, плохой ночной сон в виде частых пробуждений, чувство усталости в утреннее время и сонливость в дневное.

В НИИ неврологии 13.08.15 была проведена спинномозговая пункция:

В ликворе - ИФА суммарные обнаружены к\п 9,1, РИФ 3+, РИБТ отрицательная, РМП отрицательная, белок 0,348 г\л, цитоз 7\3.

В сыворотке крови от 13.08.15: RPR положительный, ИФА суммарные антитела обнаружены кп 19,5.

При выполнении МРТ головного мозга (июнь 2012 года): в глубоких и субкортикальных отделах полушарий головного мозга, перивентрикулярно, в мозолистом теле и, варолиевом мосте определяются множественные небольшие очаги повышенной интенсивности МР-сигнала. По данным МРТ головного мозга (от 2015 года) отмечено появление нового очага в правой височно-теменной области размером 10,7x8,5 мм с гиперинтенсивным сигналом в режиме T2 и центральной гипоинтенсивной зоной. В НИИ неврологии

был установлен диагноз специфическое многоочаговое поражение головного мозга.

Пациент повторно обратился в ГНЦДК, откуда направлен в Городской Центр по снятию с учета (ГЦСУ).

Учитывая данные анамнеза, результаты серологического обследования в сыворотке крови, результаты спинномозговой пункции, неврологические жалобы и выявленные на МРТ нарушения, был установлен диагноз А.52.1 и пациент был госпитализирован в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко», где проведен 1 курс специфического лечения пенициллином по 12 млн. ЕД х 2 раза в сутки в течение 7 дней в филиале «Клиника им. В. Г. Короленко» после чего пациент по его просьбе был выписан и лечение было продолжено цефтриаксоном по 2,0 в\м №7 в ГНЦДК. 2 курс лечения роцефином по 2,0 в\м №14 проведен в ГНЦДК. Повторно, в сентябре 2016 года, пациент был направлен на консультацию в ГЦСУ для решения вопроса о проведении контрольной спинномозговой пункции.

Перед контрольной спинномозговой пункцией пациент 06.09.16 пациент был осмотрен смежными специалистами ГЦСУ. При осмотре терапевтом, на основании предоставленной ЭХО кардиографии, проведенной 30.04.16, было сделано предположение о специфической природе выявленных на ЭХО кардиограмме изменений (расширение восходящего отдела аорты). Пациент был направлен на консультацию профессора Лосевой О.К. для решения вопроса о диагнозе, тактики ведения пациента. 19.10.16 консультирован проф. Лосевой О.К.

Установлен диагноз поздний кардиоваскулярный сифилис А.52.0 и рекомендовано проведение курса специфического лечения, состоящего из подготовительного периода: йодистый калий и доксициклин и основного курса лечения.

По окончании подготовительного этапа пациент госпитализирован в филиал «Клиника им. В.Г. Короленко».

При осмотре терапевтом в 3 ДВО «Клиники им. В.Г. Короленко»: от 02.11.2016 г. ИБС, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий вне пароксизма. Носитель ЭКС (от июня 2016г.). Поздний кардиоваскулярный сифилис (аневризма восходящего отдела аорты, вальвулит створок аортального клапана, специфический миокардит). При серологическом обследовании от 01.11.16:

РМП от 01.11.2016г. 4 + 1:16 ; РПГА от 01.11.2016г. 4+;

ИФА от 01.11.2016г. положительно КП 13.0;

РИБТ от 02.11.2016г. 62% ; РИФ от 02.11.2016г. 2+/4+.

В филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» были проведены 2 курса специфического лечения пенициллином по 400тыс. Ед. х 8 раза в день 14 дней (был отменен из-за реакции в месте введения в виде зуда) и лечение было продолжено цефтриаксоном по 1 гр. х 1 раз в/м 14. Пациент переведен на КСК.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ БОЛЬНОГО НЕЙРОСИФИЛИСОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

*Магарышкина О.В., Кузнецов Д.В., Курдюнцева Л.Е., Стоянова Г.Н., Кулешов А.Н.,*

*Московский научно-практически центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Актуальность проблемы. За последнее время в Городской Центр по снятию с учета (в дальнейшем ГЦСУ) обратилось значительное количество пациентов, получавших в прошлом специфическое лечение по поводу скрытых форм сифилиса в амбулаторных условиях, не консультированных на этапах установления диагноза или снятия с учета смежными специалистами для исключения специфической патологии. Эти пациенты длительное время находятся вне поля зрения врачей дерматовенерологов и попадают на консультацию в ГЦСУ в связи с выявлением у них положительных результатов РМП, разной степени позитивности. В результате дообследования в ГЦСУ у них выявляется специфическая патология со стороны нервной системы, системы кровообращения, офтальмологические нарушения.

Ниже приводится клинический случай лечения выявленного нейросифилиса, у пациента, получавшего лечение от сифилиса скрытого раннего в 2003 году.

Пациент К. 38 лет наблюдается в ГЦСУ с 2015г.:

По поводу сифилиса скрытого раннего (А.51.5) в 2003 году получил курс специфического лечения пенициллином по 1 млн. ЕД в\м х 4 раза в сутки, в курсовой дозе 80 млн. ЕД. Данных КСК нет.

23.12.14 поступил в неврологическое отделение ГКБ №13 с жалобами на неустойчивость при ходьбе, нарушение координации движений.

Выписан с диагнозом: Энцефалопатия смешанного генеза в стадии декомпенсации. Вестибуло-атактический синдром. Диабетическая полинейропатия. Фон: Гб 2 ст, 3 ст., риск 2. Соп.: гиперхолестеринемия. НК 0-1 ст. Сахарный диабет, впервые выявленный. Ожирение 2 ст.

На МРТ головного мозга от 13.12.2014г.: Умеренная атрофия мозжечка.

При обследовании в неврологическом отделении выявлены положительные результаты серологических тестов на сифилис: от 23.12.14 РМП отрицательная, ИФА суммарные антитела обнаружены.

Консультирован дерматологом ГКБ №13: Подозрение на сифилис.

При выписке рекомендовано дообследование в КВД по м/ж. После выписки пациент обратился в филиал «Люблинский» МНПЦДК ДЗМ. из которого был направлен на консультацию в ГЦСУ.

18.02.15г. осмотрен неврологом ГЦСУ: Жалобы на головокружение, шаткость при ходьбе, «приступы потери речи» несколько раз в день на 1-2 мин. Данное состояние беспокоит в течение нескольких лет.

Консультирован окулистом, терапевтом ГЦСУ данных за специфическую патологию не выявлено.

В неврологическом статусе на 18.02.15г.: Горизонтальный крупноразмашистый нистагм при взгляде в стороны, дизартрия, выраженный вестибуло-атактический синдром, снижение когнитивных функций.

Предварительный диагноз: Энцефалопатия сложного генеза в стадии декомпенсации. Вестибуло-атактический синдром. Когнитивные нарушения. Дизартрия.

При серологическом обследовании от 18.02.15 РМП 2+, РПГА 4+ 1: 256, ИФА суммарные антитела обнаружены кп более 15, РИФ 4+ \ 4+

18.02.15 в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» пациенту проведена диагностическая спинномозговая пункция:

В ликворе: цитоз 2,6, белок 0,345 г/л, Реакция Панди отрицательная, РМП отрицательная, РПГА 4+1: 2560, ИФА более 15, РИФ 4+, РИБТ 53%

Учитывая жалобы пациента, данные анамнеза, объективного осмотра и лабораторно-инструментальных исследований, выставляется следующий диагноз: Нейросифилис с симптомами. Энцефалопатия смешанного генеза в стадии декомпенсации. Дизартрия. Вестибуло-атактический синдром. Когнитивные нарушения.

Проведено лечение: 1 курс специфического лечения пенициллином по 12 млн ЕД х 2 раза в сутки в/в течение 14 дней.

При проведении 2 курса лечения после 5 в/в инфузии пеницилина по 12 млн ЕД (3 сутки лечения) возникли явления токсикодермии, пенициллин был отменен, лечение было продолжено цефтриаксоном по 2,0 в/в № 14.

Перед выпиской из стационара неврологом ГЦСУ пациенту было рекомендовано проведение курсов сосудистой, нейрометаболической, общеукрепляющей терапии. За период с 02.15 по 10.15 пройдены несколько таких курсов.

При последующем КСК степень позитивности РМП без изменений. РМП 2+.

Пациент повторно направлен в ГЦСУ для проведения контрольного ликворологического обследования в октябре 2015 года.

22.10.15 был повторно осмотрен неврологом ГЦСУ:

Отмечает значительное улучшение самочувствия: приступы «потери речи», головокружение, шаткость при ходьбе не беспокоят.

В неврологическом статусе на 22.10.2015г.: нистагмозид в краевых отведениях, легкие координаторные нарушения, снижение когнитивных функций.

22.10.15 проведено контрольное ликворологическое исследование.

В ликворе: цитоз 1,0.10, белок 0,52 г/л, РМП отрицательная, РПГА 4+, ИФА суммарные антитела обнаружены кп более 15, РИФ 4+, РИБТ 48%.

Неврологический диагноз: Учитывая данные жалоб, анамнеза, объективного осмотра и лабораторно-инструментальных исследований, выставляется следующий диагноз: Нейросифилис с симптомами. Энцефалопатия сложного генеза. Легкий вестибуло-атактический синдром. Когнитивные нарушения.

На МРТ головного мозга от 27.10.15 - единичные супратенториальные очаги глиоза более вероятно сосудистого генеза.

На данный момент продолжается наблюдение пациента специалистами ГЦСУ и КСК.

Выводы:

1. Независимо от объема специфического лечения возможно развитие неврологических нарушений специфического генеза у пациентов со скрытыми формами сифилиса;

2. Выявление специфической патологии нервной системы и внутренних органов доказывает необходимость обязательного обследования и лечения у смежных специалистов пациентов со скрытыми формами сифилиса на этапе установления диагноза и снятия с учета;

3. Даже слабая позитивность нетрепонемных тестов в сыворотке крови в сочетании с неврологической

симптоматикой являются основанием заподозрить специфический генез неврологических нарушений;

4. Своевременное направление на обследование смежными специалистами, выявление специфической симптоматики, в случае необходимости дообследование, приводит к раннему установлению диагноза, проведению адекватного комплекса лечебных мероприятий;

4. Совместное назначение антибактериальной и нейрометаболической терапии пациенту больному нейросифилисом привело к регрессу симптоматики и позволило значительно улучшить качества его жизни.

## **КОЖНЫЕ МАСКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

*Маймасов И.Г., Горбачук Н.В., Зелтынь-Абрамов Е.М.*

*Городская Клиническая Больница № 52, Москва*

Диагностика заболеваний кожи в условиях многопрофильного стационара имеет ряд особенностей, связанных как с выраженной коморбидностью пациентов, так и с гипердиагностикой собственно дерматологических заболеваний. В данном контексте интерес представляет случай первичной диагностики Т-клеточной лимфомы кожи с цитотоксическим иммунофенотипом, потребовавший проведения повторных курсов химиотерапии. Пациент Р, 60 лет, поступил в отделение аллергологии ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ» в феврале 2017г. переводом из инфекционной больницы. Из анамнеза: заболел остро за 2 недели до поступления, когда без видимых причин повысилась температура до 39оС и на коже туловища и конечностей появились кожные высыпания. Пациент обследован в КИБ №1 в связи с сохраняющейся лихорадкой, исключен целый ряд инфекционных заболеваний, с диагнозом синдром Стивенса-Джонсона переведен для дальнейшего лечения в ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ». В отделении сохранялась лихорадка до фебрильных цифр, отмечались полиморфные высыпания на коже туловища и конечностей, язвенные дефекты слизистой полости рта. Кожный процесс рассматривался как многоформная экссудативная эритема с развитием афтозного стоматита. Пациент был переведен в отделение ревматологии в связи с предположением о дебюте недифференцированного заболевания соединительной ткани. По решению консилиума с участием дерматолога произведена биопсия кожного лоскута с последующим иммуногистохимическим исследованием. По результатам: морфологическая картина иммунофенотип агрессивной Т-клеточной цитотоксической лимфомы. Пациент переведен в отделение гематологии, где начата химиотерапия по программе ЕРОСН. На фоне проводимого лечения отмечена выраженная положительная динамика в виде купирования лихорадки и полного разрешения кожного процесса, пациент продолжает амбулаторно наблюдаться у гематолога. Представленный случай демонстрирует сложность интерпретации остро развившихся поражений кожи в условиях многопрофильного стационара. Постановка рутинных дерматологических диагнозов неспециалистами может привести к потере времени для установления истинной природы заболевания. Необходима онкологическая настороженность дерматолога,



консультирующего коморбидных пациентов с различными кожными процессами.

## **НАСЛЕДСТВЕННЫЕ КЕРАТОДЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ДЕРМАТОЛОГА.**

*Малиновская В.В., Валитова И.В., Овчинникова С.П.,  
Заторская Н.Ф.*

*Московский научно-практический Центр дерматовенерологии  
и косметологии, Москва*

Ладонно-подошвенные кератодермии относятся к редким хроническим дерматозам кожи, возникающих в результате нарушения дифференциации эпидермальных клеток, характеризующихся утолщением рогового слоя ладоней и подошв, которое может быть диффузным или ограниченным, в том числе линейным, изолированным или сочетающимся с различными аномалиями.

Существуют приобретённые и наследственные формы кератодермий.

В «Консультативно-диагностическое отделение» (КДО) филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» обратился пациент М., 16 лет. Направительный диагноз: Кератодермия. Со слов матери заболевание существует с 4 летнего возраста, проявляется утолщением кожи подошвенной поверхности стоп, болезненностью при ходьбе. Наружно применяли мази (состав не помнят) с незначительным положительным эффектом. У пациента имеется наследственная отягощенность по ладонно-подошвенной кератодермии по линии матери, у которой поражена кожа подошв с детского возраста. Подобные очаги на коже стоп отмечаются у сестры, тети, бабушки, прадедушки по материнской линии.

На момент осмотра на коже стоп симметричные, нуммулярные гиперкератотические очаги до трех сантиметров в диаметре, имеющих восковидный вид, желтоватую окраску. На боковых поверхностях больших пальцев стоп мощные сухие роговые наслоения. При пальпации плотной консистенции, болезненные. Формируются очаги на местах наибольшего давления на кожу стоп. Отмечались умеренные дистрофические изменения ногтевых пластин на кистях и стопах: истончение с единичными продольными бороздками и точечными вдавлениями. Консультирован главным специалистом дерматовенерологом и косметологом Департамента здравоохранения г. Москвы проф., д.м.н. Н.Н. Потекаевым, диагноз: очаговая наследственная кератодермия ладонно-подошвенная. Пациенту рекомендовано: прием системных синтетических ретиноидов. Наружно: кератолитические мази, мази с витаминами А и Е. Проведение генетической экспертизы.

Пациентка Е., 5 лет, направлена с предварительным диагнозом атопический дерматит. На приеме предъявлялись жалобы на утолщение кожи ладоней и стоп. Больна с 6 месяцев жизни. Подобные высыпания у матери, сестры (монозиготного близнеца), бабушки, прадедушки по материнской линии. Применяли увлажняющие кремы, мази с салициловой кислотой, мочевиной, с временным положительным эффектом.

При обращении роговые наслоения на ладонях и подошвах (иногда только па подошвах). Наслоения представлены

гладкими ороговевшими утолщенными пятнами желтого цвета, с резко очерченным краем, окруженными эритематозным венчиком шириной 1-3 мм.

Консультация профессора, д.м.н. Баткаева Э.А., диагноз : Врожденная кератодермия.

Пациентке рекомендовано: Проведение генетической экспертизы.

Назначено лечение: кератолитические мази, мази с витаминами А и Е.

Заключение: с целью уточнения дальнейшей тактики ведения и лечения пациентов имеет значение диагностика разновидностей кератодермий, определения типа наследования, прогноза течения заболевания, выявления сопутствующей патологии.

## **ИММУНОСОРБЕНТ ДЛЯ ДЕТЕКЦИИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЧЕЛОВЕКА**

*Марданлы С.С., Аресеньева В.А., Марданлы С.Г., Ротанов С.В.*

*ЭКОлаб, Электрогорск*

Цель: разработка иммуносорбента (ИС) для одновременного определения серологических маркеров инфицированности герпесвирусами человека. Материалы и методы: научные публикации об антигенной структуре герпесвирусов человека, генетические библиотеки данных и сведения о составе существующих ИФА-наборов реагентов для выявления антител в отношении герпесвирусов человека. Результаты и обсуждение. На основании изучения научных публикаций для включения в структуру ИС, позволяющего в биологических образцах человека одновременно определять специфические антитела к основным антигенам герпесвирусов человека, по принципу минимальной достаточности отобраны очищенные нативные и рекомбинантные (rec) белковые антигены: rec мозаичный антиген HSV-1 (содержит иммунодоминантные последовательности белка gG-1), rec мозаичный антиген HSV-2 (аминокислотные последовательности белка gG-2), rec VZV (белок gE), нативный антиген VZV, rec антигены EBV (ранний - EA, капсидный - VCA и ядерный - EBNA), rec мозаичный антиген CMV (последовательности белков pp150, pp52, pp28 и gB). Включение в ИС 3 антигенов EBV обусловлено особенностями хронологии развития иммунного ответа после первичного инфицирования этим вирусом, а использование структурно связанных 4 белков CMV обеспечивает необходимую степень специфичности результата. При появлении новых данных предлагаемая структура ИС может быть дополнена другими белками. В качестве возможных технологий лабораторного исследования с разработанным ИС предполагаются методы с дискретным размещением антигенов на твердой фазе и раздельной детекцией результатов исследования; к их числу относятся: линейный иммуноблот-тинг (ИС представлен в виде линейного стрипа, на котором антигены нанесены в виде отдельных поперечных линий), хемилюминесцентный анализ (антигены размещены на маркированных ферромагнитных или полимерных микрочастицах), исследование на белковых иммуночипах (антигены упорядоченно и дискретно иммобилизованы на твердой фазе). Результаты исследования перечисленными методами

обеспечивают как дифференцированное определение в изучаемом биологическом образце содержания антител к каждому антигену в отдельности, так и комплексную оценку и интерпретацию иммунной реактивности организма в отношении каждого герпесвируса. Заключение. Разработка оригинальной структуры иммуносорбента позволяет приступить к этапу разработки нового набора реагентов на основе использования соответствующих технологий лабораторного исследования.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМОЛЕНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБОСТРЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У РАБОЧИХ ЦЕХОВ ЦВЕТНОЙ МЕТАЛЛУРГИИ.**

*Моисеева И.В., Дорохина О.В., Яцына И.В.*

*Мытищинский кожно-венерологический диспансер, Мытищи*

В настоящее время в связи с внедрением инновационных методов технологии расширяется использование в металлургической промышленности отходов производства и побочных продуктов сырья, оказывающих вредное влияние на организм в целом и на кожу в частности. В связи с этим становится важным внедрение новых методов профилактики профессиональных экзем. Эмоленды – негормональные препараты, применяемые у пациентов в качестве средства ухода за кожей, подвергающейся воздействию внешних агрессивных факторов в условиях производства. Целью настоящего исследования явилась клиническая оценка эффективности применения эмолендов (крем «Скин-Актив») в профилактике обострений экзем у рабочих завода цветной металлургии. Материалы и методы. По результатам медицинских осмотров нами были изучены распространенность и характер экзем у 47 рабочих, занятых производством субтрактивных серебрясодержащих порошков. Средний возраст обследованных рабочих завода составил: 47,8±4,2 года. Удельный вес мужчин среди рабочих составил 71,6%, женщин – 28,4%. Стаж работы: 13,8±3,0 года. Статистически достоверных различий по стажу и возрасту между сравниваемыми группами рабочих выявлено не было. Экземы носили чаще всего хронический характер, локализовались в большинстве случаев на открытых частях тела (кистях и предплечьях), реже на лице и шее. Наиболее часто экземы диагностировались у аппаратчиков (26,3±1,8%), слесарей (23,2±4,2%), плавильщиков (19,2±3,7%), реже у лаборантов (12,5±2,9%). Перед началом лечения и в процессе лечения и наблюдения проводилась клиническая оценка состояния больного, основанная на индексах EASI и VAS, клинико-лабораторное обследование. В качестве профилактики обострения кожного процесса после курса проактивной терапии в первой исследуемой группе проводилась терапия кремом «Скин-Актив» 2 раза в день 2 раза (утром и вечером: перед и после рабочей смены) ежедневно в течение 12 недель. Во второй (контрольной) группе наблюдения эмоленды не применялись. Результаты и обсуждение. В процессе клинического наблюдения была отмечена положительная динамика величин дерматологических индексов. По истечении 20 недель наблюдения в первой группе больных, применявших в качестве наружной терапии крем «Скин-Актив», индекс EASI составил: 0,2±0,6 (p<0,001), VAS на 0 отметке; во второй группе

индекс EASI составил: 0,3±0,9 (p<0,001), VAS 0,6±0,1 (p<0,001). Выводы. На основании наших клинических исследований эмоленды продлевают ремиссию в 65% случаев и могут быть использованы в качестве наружного средства профилактики обострений кожного процесса у пациентов хроническими аллергодерматозами. Таким образом, применение эмолендов у дерматологических больных предупреждает неблагоприятное влияние факторов производственной среды на кожные покровы, что может быть внедрено в программу реабилитации профессиональных дерматозов у рабочих заводов цветной металлургии.

## **МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНА WIF1 ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ КОЖИ, ВЫЗВАННЫХ ВПЧ.**

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

*Институт медико-социальных технологий Московского государственного университета пищевых производств, Москва*

Цель исследования: Установить метилирования WNT–ингибирующего фактора 1 (WIF1) при доброкачественных образованиях кожи, вызванных вирусом папилломы человека (ВПЧ). Материалы и методы: изучено 63 биоптата доброкачественных кожных опухолей, полученные в результате бритвенной биопсии у пациентов в возрасте от 7 до 72 лет. В группу исследования вошли удаленные доброкачественные образования кожи, такие как: себорейные кератомы, актинические кератомы, вульгарные бородавки, подошвенные бородавки, акрохордоны, остроконечные кондиломы. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, 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 ходе исследования было выявлено метилирование промотора WIF1 во всех образцах, что приводит к активации WNT-сигнального пути. Вывод: установлено гиперметилирование промотора гена WIF1, приводящее к активации WNT-сигнального пути, в доброкачественных образованиях кожи, вызванных ВПЧ. Метилирования промоторной части гена WIF1, которое приводит к активации WNT-сигнального пути, предположительно, является одним из ключевых факторов в развитии и рецидивировании доброкачественных образований кожи, вызванных ВПЧ.

## **ПАХИДЕРМОДАКТИЛИЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ДЕРМАТОЛОГА**

*Негашева Е.С., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Назаренко А.Р., Овчинникова С.П., Заторская Н.Ф.*

*Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии, Москва.*



Термин “пахидермодактилия” (от греч. *rachus*: толстый, плотный, твердый) был впервые предложен английским врачом общей практики J.Verbov в 1975 г при описании бессимптомного диффузного утолщения (отека) кожи над проксимальными межфаланговыми суставами кистей у 19-летнего юноши. В 1995 г. о подобных случаях сообщили педиатры из Швейцарии (M.Sauvain и соавт.), наблюдавшие безболезненное утолщение мягких тканей в области проксимальных межфаланговых суставов кистей у 5 детей в возрасте 11-16 лет. Лабораторных признаков воспаления, ревматоидного фактора в сыворотке крови и рентгенологических изменений суставов (кроме утолщения околоуставных тканей) найдено не было.

В 1996 г. была представлена классификация пахидермодактилии: классическая (связанная с травмой); локализованная или монопахидермодактилия; трансградиентный вариант, при котором нарушается форма ладоней и проксимальных участков пальцев; семейная; симптоматическая, связанная с другими синдромами.

Пахидермодактилия является редко встречающимся доброкачественным поверхностным фиброматозом. Морфологически характеризуется гиперкератозом, акантозом, увеличением толщины дермы, выраженной в разной степени пролиферацией фибробластов, возможно отложение муцина. Иммуногистохимическое исследование в дерме выявляет увеличение количества коллагенов III и V типов. При электронной микроскопии, по данным отдельных авторов, отмечается уменьшение диаметра коллагеновых волокон ретикулярной дермы.

В большинстве случаев, причиной нарушений структуры и функции соединительной ткани являются мутации генов, кодирующих структурные белки соединительной ткани (коллагены, эластины, тенасцины, фибриллины) или их регуляторы. Структурная или функциональная недостаточность этих белков может вести к нарушению синтеза, строения, эластических свойств, скорости обновления и других свойств соединительной ткани.

В настоящее время группа дисплазий соединительной ткани (ДСТ) объединяет около 200 самостоятельных заболеваний, которые встречаются в популяции с разной частотой. Накоплена обширная информация о генетических основах, патогенезе и клиническом разнообразии ДСТ, однако некоторые состояния по-прежнему трудно классифицировать. Клинические признаки ДСТ, с одной стороны, легко выявляются, а с другой стороны, так же легко могут ускользнуть от наблюдения, если не проявить к ним специального внимания. Как правило, наследственные заболевания соединительной ткани проявляются недостаточностью многих органов и систем, но наиболее частыми признаками являются изменение пропорций тела (высокий рост, удлинённые конечности, длинные пальцы, узкие плечи, узкая деформированная грудная клетка, нарушения осанки) и гипермобильность суставов. В 2016-2017 гг. в клинко-диагностическом отделении филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» было выявлено три случая пахидермодактилии. Причем двое из трех пациентов обратились по поводу другой патологии (юношеская угревая сыпь). Пациентам назначено дообследование: консультации ревматолога, генетика, эндокринолога.

Пациент М. 16 лет, обратился в КДО «Коломенский» с жалобами на утолщение фаланг всех пальцев кистей и

стоп, болезненность в области мелких суставов всех фаланг кистей и стоп. Считает себя больным в течение трех лет, когда впервые отметил утолщение фаланг кистей. Наследственность не отягощена. Сопутствующие патологии: спазм аккомодации, реактивный артрит, криптогенная фокальная эпилепсия, бронхиальная астма. Локальный статус: патологический процесс характеризуется хроническим дистрофическим поражением пальцев кистей, представлен булавовидным веретенообразным утолщением мягких тканей около мелких суставов всех фаланг кистей; контрактуры отсутствуют, субъективно: болезненность. При УЗИ кистей: утолщение в проекции проксимального фаланго-фалангового сустава, визуализируется утолщение кожи до 5-5,5 мм. Суставные поверхности не изменены. Кровоток в зоне интереса не изменен.

Пациент консультирован профессором Львовым А.Н.: в связи с выраженным болевым синдромом, возможно поражение надкостницы, диагноз: пахидермопериостоз; рекомендована консультация ревматолога, генетика.

Заключение: клинический интерес данного наблюдения состоит в том, что проявления пахидермодактилии могут являться так же проявлением пахидермопериостоза, при котором снижается качество жизни пациента, необходима терапия и совместное наблюдение у профильных специалистов. Также, важно, что не всегда пахидермодактилия является жалобой у пациента и может быть «случайной находкой» при обследовании по поводу сопутствующих заболеваний.

## **НАРУЖНАЯ КИСЛОРОДНО-ОЗОНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЕ**

*Ницетенко Д.Ю.*

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Клиническая больница №122 им. Л.Г.Соколова, Санкт-Петербург*

Микробная экзема – заболевание кожи, при котором длительно существующие очаги поражения формируются вследствие постепенной сенсибилизации к микроорганизмам в очагах хронической кожной инфекции. Различают следующие формы микробной экземы: нуммулярная, микотическая, паратравматическая, варикозная, сикозиформная, экзема сосков и пигментных ареол (Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., 2012). Термин «микробная экзема» по международной классификации болезней соответствует диагнозу инфекционного дерматита, инфекционной экземы и монетовидной экземы (Порошина Л.А., 2015). В настоящее время наблюдается высокая резистентность микробиоты кожи к антибактериальным и антифунгальным наружным препаратам, поэтому все чаще обращаются к немедикаментозным методам лечения, в том числе, таким как кислородно-озоновая терапия (Кошелева И.В., 2012). Цель работы - оценка эффективности метода наружного использования кислородно-озоновой смеси при микробной экземе. Материалы, методы. Под наблюдением были 7 пациентов с диагнозом хроническая рецидивирующая микробная экзема, из которых 4 с варикозной формой микробной экземы, 3 пациента - с микробной экземой кистей

и. 1 больной - с микробной экземой сосков. Пациенты получали основную терапию, включающую системные антибактериальные препараты, гипосенсибилизирующие средства и препараты, улучшающие микроциркуляцию. Всем больным была назначена наружная газация очагов поражения кислородно-озоновой смесью в концентрации 2 – 4 мг/л, на курс - от трех до пяти процедур через день. До лечения проводился забор патологического материала из очагов поражения для посева на бактериологические среды. Результаты исследования. При бактериологическом исследовании из очагов микробной экземы у 6 пациентов получен рост *Staphylococcus aureus* и у одного пациента - рост *Staphylococcus epidermidis*. На фоне проводимой терапии у всех больных отмечалась положительная динамика со стороны кожного процесса: после 1 - 2 процедур наружного озонирования очагов происходило уменьшение мокнутия. Пациенты отмечали уменьшение интенсивности зуда. Через 3 – 4 процедуры - исчезновение мокнутия и прекращение зуда. Всем пациентам с варикозной формой микробной экземы после разрешения кожного процесса была проведена флэбэктомия. Из трех пациентов с экземой кистей двое не имели рецидивов в течение 12 месяцев, у одного – 6 месяцев. Пациент с микробной экземой соска находится под наблюдением, процесс на коже разрешился, рецидива процесса не наблюдается в течение 2 месяцев. Выводы. Таким образом, применение наружной кислородно-озоновой смеси в комплексном лечении микробной экземы способствует ускорению регресса клинических проявлений кожного процесса, закреплению результатов терапии.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА У ДЕТЕЙ 3 МЕС – 17 ЛЕТ.**

*Носачева О.А.*

*Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова, Национальный научно-практический центр здоровья детей, Москва*

Цель исследования: провести оценку эффективности схем терапии контактиозного моллюска кожи у детей (3 мес - 17 лет), выявить особенности течения, степень эффективности лечения и побочные эффекты препаратов. Материалы и методы: обследованы и пролечены 160 пациентов с контактиозным моллюском в период с 2012 по 2017гг. (дети и подростки 3 мес - 17 лет по представленным схемам). Для оценки эффективности терапии выделены 5 групп детей. I группа, n=40 (25%, средний возраст  $2\pm 1,36$  лет) получала лечение контактиозного моллюска механическим удалением элементов до 0,3 см в диаметре пинцетом (среднее количество элементов  $7\pm 1,42$ ) с предварительной местной анестезией (крем Лидокаин + Прилокаин), вторая группа (II) детей (средний возраст  $6\pm 1,04$  лет), n=40 (25%) с распространенным контактиозным моллюском (более 20 элементов) и рецидивирующим течением получала комбинированное лечение (дети с массой тела от 15 кг) инозин пранобексом (50 мг на 1 кг массы тела в сутки, в 4 приема, в течение 10 дней) в сочетании с механическим удалением элементов и предварительной местной

анестезией), Третьей (III) группе детей, средний возраст  $11\pm 1,62$  лет, среднее количество элементов  $5\pm 1,42$ , n=20 (12,5%) производилось удаление контактиозного моллюска 0,4-0,7 см в диаметре радиоволновым методом (Surgitron® EMC™ (3,8 МГц), 2013г., United States) с предварительной местной анестезией (крем Лидокаин + Прилокаин). Четвертая группа, с элементами контактиозного моллюска (более 10) 0,3-0,7 см в диаметре и рецидивирующим течением, (IV группа, 12,5%, n=20, средний возраст  $9\pm 1,22$  лет) получали комбинированную терапию противовирусным системным препаратом инозин пранобексом (50 мг на 1 кг массы тела в сутки, в 4 приема) в течение 10 дней, параллельно проведено удаление всех элементов радиоволновым методом (Surgitron, 2013) с предварительной местной анестезией. Остальные пациенты (V группа, n=40 (25%), средний возраст  $4\pm 1,32$  лет), среднее количество элементов  $12\pm 1,62$ , получали лечение контактиозного моллюска топическим раствором 0,5г. гидроксида калия, 2 раза в день, в течение 14 дней. Результаты: При применении предложенных схем терапии контактиозного моллюска кожи у детей отмечался достоверно высокий процент (в среднем, до 97%, n=155) ремиссии, рецидив отмечался лишь у 3% детей, n=5 (2% в первой группе и 1% во второй группе, в первой группе (n=40) полный регресс элементов отмечался в 93% случаев (у 37 пациентов), во второй группе (n=40) полный регресс отмечался в 95% (у 38 пациентов), в III и IV группах полная клиническая ремиссия отмечалась в 100% случаев (у 40 пациентов), в пятой группе (n=40) полный регресс элементов отмечался в 98% случаев (у 39 пациентов), следовательно, при распространенном течении контактиозного моллюска необходимо отдавать предпочтение в лечении комбинированной терапии с применением перорально инозин пранобекса в сочетании с механическим или радиоволновым удалением и топическому препарату – 5% раствору гидроксида калия. Таким образом, во всех группах на фоне лечения контактиозного моллюска получен достоверный регресс элементов ( $p < 0,05$ ). Побочных эффектов от терапии ни у одного пациента на фоне лечения не отмечалось.

### **К ВОПРОСУ О НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ СИФИЛИС**

*Пасикова И.В.*

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург*

Цель исследования: изучить особенности неврологического статуса детей, рожденных от матерей, серопозитивных по сифилису. Материалы и методы. Нами были обследованы 50 детей в возрасте 7 лет. Все дети были распределены на группы: 1 группа – дети, матери которых перенесли сифилис и получили специфическое и профилактическое лечение во время настоящей беременности (n=25). 2 группа (группа сравнения) – дети, матери которых перенесли сифилис, получили специфическое лечение по поводу лечения и сняты с клиничко-серологического контроля к моменту наступления беременности (n=25). Дети были консультированы педиатром, дерматовенерологом, неврологом, логопедом, психологом.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась в программах Microsoft Office Excel 2010 и Statistica 6.0. с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни. Результаты. Установлено, что у 96% детей 1-й группы в возрасте 7 лет регистрировалась рассеянная неврологическая симптоматика в виде асимметрии глазных щелей, асимметрии носогубных складок, асимметрии сухожильных рефлексов. У детей 2-й группы данный показатель отмечался в 4,0% случаев ( $p < 0,001$ ). Доказано, что у 92% детей 1-й группы и у 12,0% детей 2-й группы ( $p < 0,05$ ) обнаруживался синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Согласно проведенным исследованиям, 80% детей 1-й группы страдали минимальной мозговой дисфункцией, которая проявлялась в виде нарушения координации движений, незначительных речевых и двигательных нарушений, повышенной отвлекаемости, рассеянности, нарушений поведения, трудностей в обучении. У детей 1-й группы в 52% случаев (по сравнению с 4% детей 2-й группы,  $p < 0,05$ ) констатировалась дисграфия, сопровождающаяся пропусками букв. Выводы. У детей, родившихся от матерей, больных или болевших сифилисом, в возрасте 7 лет выявляются отклонения в неврологическом статусе, требующие наблюдения педиатра, невролога, психолога, логопеда.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б., Солнцев В.В.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии*

Воспалительные заболевания кожи являются основными нозологическими формами среди пожилых пациентов, получающих стационарное лечение и на амбулаторном этапе. Хроническое и рецидивирующее течение дерматозов у лиц старшего и пожилого возраста обусловлено высокой распространенностью системной патологией и неврологическими синдромами, что определяет физиологические и патологические инволюционные изменения в структурах кожи. Ключевым фактором старения и возникновения возраст-ассоциированных заболеваний кожи является скопление свободно-радикальных комплексов, что может быть результатом длительной антигенной нагрузки, специфических и неспецифических биохимических реакций, нарушения физиологических процессов анаболизма и катаболизма. В совокупности с клиническими проявлениями снижение антиоксидантной активности формирует эндотоксикационный синдром и определяет предпосылки резистентности к проводимым терапевтическим мероприятиям.

Целью настоящего исследования являлась сравнительная оценка ферментативного звена антиоксидантной системы у больных экземой старшего и пожилого возраста.

Материал и методы. Для реализации цели в исследование было включено 56 пациентов (22 мужчины и 34 женщины) старше 60 лет (средний возраст  $72,33 \pm 2,19$  лет) и 30

пациентов (15 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст  $35,99 \pm 5,71$  лет) с диагнозом хроническая идиопатическая экзема. Определение тяжести экземы производилась на основании оценки индекса EASI. Для оценки состояния системы «оксиданты-антиоксиданты» у обследованных больных и лиц контрольной группы проводилось определение уровней продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), общей антиокислительной активности и отдельных антиоксидантов: каталазы, супероксиддисмутазы (СОД), трансферрина.

Результаты исследования. Значения индекса EASI у всех пациентов колебались в пределах от 4,51 до 36,72 баллов и в среднем составили  $21,63 \pm 5,65$  баллов. Сравнительная оценка тяжести течения экземы в разных возрастных группах определила достоверно более тяжелое течение дерматоза у пациентов старше 60 лет, что проявлялось средними значениями EASI  $32,49 \pm 2,16$  баллов. У больных из группы контроля EASI составил  $14,31 \pm 3,07$  баллов ( $p \leq 0,05$ ). Лабораторное обследование выявило достоверное снижение содержания трансферрина ( $2,54 \pm 0,05$  г/л) и повышение активности сепероксиддисмутазы ( $141,65 \pm 9,11$  нг/мл) более чем в 2 раза у больных старшего и пожилого возраста в сравнении с контрольной группой ( $2,95 \pm 0,03$  г/л и  $58,43 \pm 16,02$  нг/мл соответственно).

Заключение. Установлено, что более тяжелое течение экземы у пациентов старшего и пожилого возраста сопровождается гиперактивацией процессов свободнорадикального окисления и угнетением антиокислительной системы, что характеризует снижение неспецифической резистентности организма, обуславливающей хронизацию воспалительного процесса.

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Перова Е.В., Гайворонская О.В., Смирнова Т.С., Мирзоян В.Л., Разнатовский К.И.*

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

Актуальность проблемы сифилиса в России определяется не только неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, но и кардинальными политическими, социальными и экономическими изменениями, происшедшими в стране за последние 20 лет. В течение всего периода существования советской власти "особенностями борьбы с венерическими болезнями в СССР являлись ее государственный характер, профилактическое направление на основе диспансерного метода, единственно научно обоснованных методов профилактики, диагностики и лечения". Практика последних лет, показала, что государственная система борьбы с распространением сифилиса, основанная на диспансерном методе, пришла в противоречие с рыночными преобразованиями в Российском обществе, и претерпела существенные изменения. В то же время, общественность, органы здравоохранения, да и население, оказались неготовыми к использованию методов профилактики

сифилиса, самозащиты и собственной ответственности, принятых в развитых странах. К сожалению, эта раздробленная система не могла адекватно реагировать на быстро распространяющуюся эпидемию сифилиса, особенно в силу того, что к наиболее квалифицированным кадрам — дерматовенерологам КВУ обращаемость была невысокой. Демократические веяния и бесконтрольность в дерматовенерологии стали первым шагом к разрушению диспансерного метода, поскольку система и определенный порядок диспансерного метода заменился «анархией». В результате к середине 90х годов эпидемия сифилиса достигла своего пика и многими специалистами, особенно организаторами здравоохранения, прогнозировалась дальнейшая тенденция к увеличению числа случаев, особенно свежих форм сифилиса. Однако, начиная с 1997 года, заболеваемость первичными формами сифилисом стала резко падать. Казалось бы, снижение заболеваемости является показателем отличной работы дерматовенерологической службы, но, к сожалению, это благополучие оказалось мнимым. Именно с 1997 года и по настоящее время с каждым годом увеличивается число случаев скрытых и поздних форм сифилиса, врожденного сифилиса, нейро- и васкулярного сифилиса и сифилиса внутренних органов. В настоящее время установить действенный контроль за распространением сифилиса невозможно только медицинскими мерами. Вопросы глобального контроля и профилактики сифилиса выходят за рамки дерматовенерологической специальности и приобретают социально-значимую государственную проблему. Разработка мероприятий по контролю за заболеваемостью сифилисом требует междисциплинарного взаимодействия и должна объединять усилия не только дерматовенерологов, но и специалистов общественного здоровья и организации здравоохранения, эпидемиологов, семейных врачей и врачей общей практики.

## **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИСТЕМНОГО РЕТИНОИДА ИЗОТРЕТИНОИНА.**

*Петрова С.Ю., Бержец В.М., Солнцев В.В., Метлинова Е.В., Пищулина Л.А., Хамаганова И.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии и НИИ ВС им И.И. Мечникова.*

Угревая болезнь является одним из распространенных кожных заболеваний. Наиболее патогенетически обоснованным методом лечения тяжёлых форм угревой болезни является системный ретиноид – изотретиноин. Однако этот препарат имеет массу побочных эффектов, которые существенно ограничивают его применение в практической медицине. Цель исследования: провести анализ побочных эффектов, возникших у пациента с угревой болезнью на фоне приёма акнекутана. Задачи исследования: совершенствование тактики диагностики пациентов при необходимости их лечения системными ретиноидами. Больному К. 24 лет с диагнозом угри обыкновенные II степени тяжести L 70.0 и склонностью ко вторичному рубцеванию кожи, с сопутствующими заболеваниями – хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит был назначен

акнекутан в дозе 0,5 мг/кг в сутки без предварительного обследования. Ранее проходил лечение акнекутаном в дозе 0,3 мг/кг в сутки – месяц. Тогда предварительное обследование проводили. При осмотре у пациента были жалобы на высыпания в области лица и половых органов, зуд в пахово-бедренных складках, резкую сухость во рту. Объективно. На коже лица множественные папуло-пустулы островоспалительного характера, часть из них покрыта сухими желтоватыми корочками со значительной инфильтрацией у основания элементов, поверхностные рубчики. На коже мошонки и полового члена разлитая эритема с не чёткими границами. Эритема равномерного яркого насыщенного светлого красновато - розового цвета, медленно бледнеющая и переходящая в нормально окрашенную кожу. В пахово-бедренных складках округлые пятна розового цвета с шелушением. Кожа туловища, рук и ног, лица резко сухая. По результатам проведённого обследования выявлено в биохимии крови повышение АлТ – 64 Ед/л, глюкозы крови – 8,6 ммоль/л, холестерина – 5,86 ммоль/л. В клиническом анализе крови – лейкоцитоз –  $12,8 \times 10^9$  /л. В клиническом анализе мочи – повышение уровня уробилиногена в моче ++, бактериурия ++. В УЗИ диагностике – незначительно выраженные УЗИ признаки изменения поджелудочной железы. Анализ на патогенные грибы с пахово-бедренных складок – обнаружены. Диагнозы: угри обыкновенные III степени тяжести L 70.0, множественные побочные эффекты изотретиноина: эритематозное состояние кожи мошонки и полового члена уточнённое (ретиноидная эритема) L 53.8, эпидермофития паховая B 35.6, обострение хронического пиелонефрита -?, сахарный диабет -?, панкреатит -? Рекомендации. Препарат акнекутан отменить. Для наружного лечения в пахово-бедренные складки использовать мазь Клотримазол 1% - 2 раза в день. Для лечения кожи лица использовать наружный синтетический ретиноид Адапален гель 0,1% - вечер, Бензоил пероксид 5% утро. На фоне проводимого лечения наблюдался быстрый регресс как кожных проявлений заболеваний, так и системных побочных эффектов, вызванных медикаментозной терапией. Через 2 месяца наблюдения кожа лица пациента полностью очистилась от патологических высыпаний. Выводы. Итак, у пациента на повышенной дозе акнекутана выявлены множественные побочные эффекты: сухость кожи, ретиноидная эритема половых органов, гиперхолестеринемия, повышение активности печёночных трансаминаз, редко регистрируемый случай гипергликемии, начальные признаки нарушений работы печени (повышение уровня уробилиногена в моче) и поджелудочной железы (УЗИ-диагностика), присоединение вторичной грибковой инфекции и усиление угревой болезни. Заключение. Гипергликемия является довольно редким побочным эффектом лечения акнекутаном, но одним из серьёзнейших, так как непосредственно угрожает жизни больного. Наверное, стоит напомнить врачам о необходимости тщательного обследования пациентов для решения вопроса о назначении изотретиноина и тем более при повышении его дозы. Вместо однократного обследования сыворотки крови на глюкозу следует рекомендовать назначение гликинированного гемоглобина. Это более точный и перспективный метод, выявляющий скрытые формы нарушений углеводного обмена.



## **КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА, ГЛУБОКАЯ ФОРМА НА ФОНЕ СЕЛЕКТИВНОГО IGA – ДЕФИЦИТА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**

*Пилявская С.О., Бассе Ф.Б., Гребенюк В.Н., Валитова И.В.,  
Бобров М.А., Медведева О.В., Заторская Н.Ф*

*Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Кольцевидная гранулема (КГ) – приобретённый доброкачественный воспалительный дерматоз неизвестной этиологии, который характеризуется наличием папул телесного или фиолетового цвета, часто расположенных в виде колец. Чаще встречается у детей или молодых взрослых. По гендерному признаку - чаще болеют женщины (соотношение 2.5:1). Большинство случаев является спорадическими. Вирусные инфекции ВИЧ, ЭБВ, ВПГ, ВВО и туберкулез могут способствовать развитию КГ. Также описаны случаи дебюта КГ после укусов насекомых, местной травмы, иммунизации, гиперинсоляции и стрессовых событий. Генерализованная форма КГ чаще всего ассоциируется с сахарным диабетом. Клинические формы: локализованная, генерализованная (более 10 очагов), перфорирующая, подкожная.

Подкожная форма КГ – редкая клиническая форма заболевания, наблюдается примерно у 5% пациентов с КГ. Характеризуется наличием безболезненных узлов телесного или розового цвета в глубоких слоях дермы или ПЖК, без изменения эпидермиса. Локализация - мягкие ткани волосистой части головы, верхних и нижних конечностей (наиболее часто в области большеберцовой кости - 65%). Встречается, как правило у соматически здоровых детей. Описаны редкие случаи с ассоциацией ПФКГ с дефицитом Ig A, Ig G2. Длительность заболевания от недель до десятилетий, у 50% излечение в течение 2 лет. Узлы могут рецидивировать, в т. ч. и после хирургического удаления, как на прежней локализации, так и на отдаленных участках. Образования чаще солитарные, но могут формироваться кластеры.

В филиале «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» наблюдалась девочка К., 7 лет.

Из анамнеза: Со слов матери, в 1,5 года у ребенка появилось единичное образование на передней поверхности левой голени, которое постепенно увеличивалось в размере. Обратились к хирургу в НИИ Хирургии и травматологии, был предположен диагноз «Фиброма?», в течение 2-х месяцев появилось еще 3 образования. В марте 2011г. проводилось удаление образования на передней поверхности левой голени с последующим гистологическим исследованием, был подтвержден диагноз – липофиброма. Через год появилось еще 3 образования. В мае 2012 года (НИИ Хирургии и травматологии) были удалены все элементы с гистологическим исследованием, по гистологии диагноз «Кольцевидная гранулема». В 2013 году появились новые образования. 2013 год (пересмотр стекол ФНКЦ им. Дмитрия Рогачева): В гистологических препаратах низкого качества определяются фрагменты соединительной ткани с множественными гранулемами с некрозами в центре. Гранулемы сформированы гистиоцитами, лежащими в виде палисада. Просматриваются воспалительные

инфильтраты из гистиоцитов, лимфоцитов. Митотическая активность не определяется. Заключение: продуктивное гранулематозное воспаление. В 2014 году проводилось углубленное соматическое обследование в отделении детской ревматологии ПМГМУ им. Сеченова, патологии не выявлено. Пациентка была направлена на консультацию к дерматологу. С 2014 года по сентябрь 2016 года наблюдались у дерматолога в ФГБУ «ГНЦДК» МЗ РФ с диагнозом: «Кольцевидная гранулема, глубокая форма», проводилось лечение: Глицерофосфат кальция, Аскорутин, Энтеросгель, Веторон, Хлористый кальций, Ретинола пальмитат, Фильтрум-СТИ, Лоратадин. Наружно: Адвантан крем, Нафталайф П, Нафтадерм мазь. Бутадионовая мазь, Троксевазиновая мазь, гель Димексид, раствор Димексид, частично высыпания регрессировали, но отмечалось появление новых элементов. С конца 2015 года у ребенка отмечаются высыпания на коже кистей, обратились к дерматологу по месту жительства, проводилось лечение без выраженного клинического эффекта (выписки о лечении нет). Весной 2016 года при повторном обращении к дерматологу по месту жительства был выставлен диагноз «Экзема», проводилось лечение с положительным эффектом (наружная терапия).

В ноябре 2016 г. пациентка была направлена в «Клинико-диагностический центр» филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», где выставлен диагноз – Кольцевидная гранулема. Консультирована проф. Львовым А.Н., были предположены диагнозы: Подкожная форма кольцевидной гранулемы? Саркоидоз (подкожный саркоид Дарье-Русси)? Рекомендовано: пересмотр стёкол, стационарное лечение в филиале Коломенский.

В январе 2017 г. находилась на стационарном лечении в круглосуточном стационаре, с продолжением этапного лечения в дневном стационаре филиала Коломенский ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Клиническая картина при поступлении: Патологический кожный процесс носит локализованный воспалительный характер. Локализуется на коже передних поверхностей обеих голеней. Представлен подкожными узлами, плотноватыми при пальпации, размерами от 0,5 см до 2,5 см в диаметре, кожные покровы в пределах очагов застойно-коричневато-розоватого цвета, без признаков островоспалительной реакции. Узелки на передней поверхности левой голени плотные до 0,5 см в диаметре. Кожные покровы сухие. Субъективных ощущений нет. Дермографизм белый, нестойкий;

Тактильная, болевая и температурная чувствительность сохранена, парестезий нет. Волосы и ногтевые пластины не изменены. Отмечались следующие изменения в лабораторных анализах: ОАК: HGB до 95-105 г/л; IgA ↓↓↓ до 0,05 г/л (следовые количества); IgM ↑ до 1.5 N; CD4+/CD8+ ↑ до 2N; АСЛО ↑ до 2-3N; ↑ специфических IgM к CMV, IgG к CMV, EBV, HSV, Cl. Pneumoniae; N значения АНФ, РФ, СРБ, СОЭ УЗИ брюшной полости: спленомегалия, в предыдущие годы ГСМ

УЗИ образований: расположение субдермальное, с дермой не связаны, форма неправильная округлая, ограничены однородной «капсулой», внутренняя структура гипо- и анэхогенна, неоднородна.

Р легких: патологических изменений не выявлено.

Гистологический препарат отправлен на повторное исследование в лабораторию патоморфологии кожи ГБУЗ



«МНПЦДК ДЗМ». В готовых гистологических препаратах фрагменты дермы и ПЖК с наличием палисадообразных гранул вокруг очагов дегенерации коллагена и отложений муцина. Обширные очаги некробиоза неправильной формы, окруженные плотными палисадообразными преимущественно гистиоцитарными инфильтратами. Заключение: гистологические изменения более всего соответствуют подкожной форме кольцевидной гранулемы (псевдоревматоидному узлу).

Проведено лечение: антигистаминные препараты, сосудистые препараты, витаминотерапия, наружно - 0.05% клотбетазол крем. Физиотерапия: Ультрафонофорез с клотбетазолом на область правой голени N10. На фоне проведенной терапии: новых высыпаний не отмечалось. Подкожный узел на передней поверхности правой голени несколько уплотился, пальпаторно ощущается тенденция к размягчению. Узелки на передней поверхности левой голени плотные до 0.5 см в диаметре. В филиале Коломенский ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» наблюдались еще 2 ребенка с подобной глубокой формой кольцевидной гранулемы, гистологически подтвержденной. Представленное нами клиническое наблюдение представляет собой интерес в связи с исключительной редкостью глубокой формой кольцевидной гранулемы. Диагностический поиск проводился между глубокой формой кольцевидной гранулемы и саркоидозом (подкожным саркоидом Дарье-Русси). На основании клинических и инструментально - лабораторных данных, результатов патоморфологического исследования кожи удалось верифицировать диагноз подкожной формы кольцевидной гранулемы. Была определена тактика ведения пациентки.

### **КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ФДТ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ И ПСОРИАЗЕ.**

*Плиева К.Т., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Денисова Е.В., Корсунская И.М.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

На сегодняшний день фотодинамическая терапия представляет собой один из самых ценных и востребованных методов лечения различных дерматологических заболеваний, среди которых псориаз и атопический дерматит - одни из наиболее часто встречающихся нозологий в дерматологии. Терапия основывается на фотохимических реакциях при взаимодействии специальных фотосенсибилизирующих средств и лазерного излучения с длиной волны от 400 до 800 нм. Проблема синтеза современных, легкодоступных фотосенсибилизаторов, позволяющих повысить эффективность ФДТ, является актуальным направлением фармацевтической химии.

Фототерапия для лечения псориаза и атопического дерматита использует УФА- и УФА-спектры электромагнитных полей оптического диапазона без применения фотосенсибилизатора (ФС) и с предварительным приемом ФС. Без применения ФС эффективность терапии значительно ниже, однако системный прием фотосенсибилизаторов (ПУВА-терапия) имеет ряд противопоказаний к применению.

Нами проводилась фотодинамическая терапия (ФДТ) с использованием фотосенсибилизатора, на основе активного вещества «радахлорин» у пациентов с псориазом, атопическим дерматитом в различных возрастных группах от 18 до 65 лет, получавшие дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, антигистаминную базисную терапию.

Данная медицинская технология показала хороший терапевтический эффект при лечении данных заболеваний уже после первой процедуры, а также значительное ослабление патологических процессов кожи по завершению курса лечения.

Также стоит отметить, преимуществом данного метода лечения является возможность применения при наличии сопутствующей патологий у пациентов, таких как сердечно-сосудистые заболевания, гепатиты различной этиологии, сахарный диабет.

Таким образом, фотодинамическая терапия на сегодняшний день является новым и достаточно эффективным способом лечения псориаза и атопического дерматита. Она даёт прекрасные клинические результаты и имеет неоспоримые преимущества по сравнению с другими методиками.

### **МЕТОДОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОФАРМПРЕПАРАТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

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

*Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена - филиал федерального государственного бюджетного учреждения Национальный медицинский исследовательский центр радиологии, Москва*

Введение Вопрос о необходимости выполнения регионарной лимфодиссекции при наличии микрометастазов в «сторожевых» лимфатических узлах пока остается открытым и требует дальнейшего исследования, несмотря на то, что биопсия «сторожевых» лимфатических узлов при меланоме кожи является стандартной диагностической процедурой. Наличие или отсутствие метастазов в «сторожевых» лимфатических узлах является достоверным прогностическим фактором для больных с первичной меланомой кожи. Цель Определение тактики лечения, оценка показателей безрецидивного периода и прогноза выживаемости больных меланомой кожи головы и шеи, путём оптимизации подходов к диагностике путей лимфооттока с использованием отечественного радиофармпрепарата для определения сторожевых лимфоузлов. Материалы и методы В исследование включены больные меланомой кожи головы и шеи различной толщины опухоли по Breslow, наличием или отсутствием изъязвления в возрасте от 18 лет и старше. Для визуализации лимфатических узлов используют ОФЭКТ, ОФЭКТ-КТ с параллельным коллиматором для низких энергий. В Российской Федерации в настоящее время для клинического применения разрешен только один радиоколлоид и более. В предлагаемом способе используется отечественный коллоидный препарат с ориентировочным

диаметром коллоидных частиц 200-1000 нм. Радиоактивный коллоид вводится в несколько точек по периметру опухоли: при меланоме кожи — внутрикожно и подкожно, отступая от видимой границы опухоли на 5-10 мм. Через 30 минут после введения радиофармпрепарата выполняется сцинтиграфия в режиме «все тело» (Whole Body), при необходимости ОФЭКТ и/или ОФЭКТ-КТ одной анатомической области. Проекция выявленного во время ОФЭКТ-КТ сторожевого узла на коже маркируется, после чего он пунктируется под контролем УЗИ для срочного цитологического исследования. Результаты

Основной вид анализа получаемой информации — визуальная оценка сцинтиграмм. При анализе сцинтиграфических изображений определяется зона интенсивного накопления радиофармпрепарата в проекции места инъекции, а также очаги накопления препарата, соответствующие регионарному лимфатическому коллектору. Оценивается количество и локализация лимфатических узлов, накапливающих радиоколлоиды. Интраоперационный поиск «сторожевых» лимфатических узлов при помощи портативного гамма-детектора. Определяются сторожевые лимфатические узлы, которые должны соответствовать хотя бы одному из следующих критериев: единственный лимфатический узел, накапливающий радиоколлоиды; первый визуализированный лимфатический узел; лимфатический узел, связанный с опухолью «дорожкой» лимфатических сосудов. Согласно всем онкологическим принципам по принятым в клинике методикам производится удаление опухоли кожи и сторожевого лимфатического узла. В зависимости от рандомизированной группы (наличие или отсутствие микрометастазов в «сторожевом» лимфоузле), пациенту отсроченно выполняется (или не выполняется) регионарная лимфодиссекция, а также, плоскостная резекция околоушной слюнной железы. Выводы Внедрение в практику портативного гамма-детектора для интраоперационного выявления «сторожевых» лимфатических узлов явилось важным шагом для оценки возможности клинического применения данного метода. Важным преимуществом метода явилась возможность определять локализацию «сторожевых» лимфатических узлов непосредственно через кожу. Кроме того, стало возможным контролировать локализацию узла при разрезе тканей, а также удостовериться, что удален действительно «сторожевой» лимфатический узел по степени накопления в нем радиофармпрепарата, определяемого гамма-детектором.

## **СТРАТЕГИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ВАРИАНТА РЕКОНСТРУКЦИИ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ 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 имени П.А. Герцена - филиал федерального государственного бюджетного учреждения Национальный медицинский исследовательский центр радиологии, Москва*

Цель: Улучшить непосредственные и отдалённые результаты восстановления дефектов лицевой зоны при хирургическом

лечении злокачественных опухолей кожи лица. Задачи:

1. Оценить адекватность выбора методов пластики в зависимости от объёма 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 двадцатипятилетний 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 распространённости 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 распространённости Т4, обширных дефектах, возникающих после резекций опухоли, вовлекающей основание и свод черепа, твёрдую 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 объёма 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 распространённых процессах, с поражением свода черепа, орбиты, требуется микрохирургическая реконструкция в сочетании с местными тканями.

## **СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ И МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫХ КАРЦИНОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

*Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Мордовский А.В., Самуленко А.Н., Никифорович П.А.*

*Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена - филиал федерального государственного бюджетного учреждения Национальный медицинский исследовательский центр радиологии, Москва*

В настоящее время отмечается рост злокачественных заболеваний кожи во всем мире. Среди злокачественных немеланомных новообразований кожи базальноклеточный рак (БКР) лидирует, его доля колеблется от 75 до 97% и продолжает неуклонно увеличиваться. При выборе метода лечения БКРК нужно учитывать тип, форму, распространенность опухолевого процесса, локализацию, последующую социальную реабилитацию пациентов. Особого внимания и дифференциального подхода в лечение требует расположение БКР на коже головы и шеи, несмотря на то, что хирургический метод лечения является «золотым стандартом», существуют альтернативные методики. Поэтому выбор метода лечения БКР кожи головы и шеи на сегодняшний день остается актуальным вопросом в онкологии. Цель исследования: проанализировать и выбрать оптимальный вид лечения первичных и рецидивных форм БКРК головы и шеи с учетом типа, распространенности, морфологических характеристик опухоли, предшествующего лечения. Материалы и методы: в исследование включен ретроспективный анализ 200 пациентов, находившихся на лечение в отделение микрохирургии МНИОИ им. П.А.Герцена с диагнозом БКРК области головы и шеи с 2010 по 2016гг. Из них мужчин 110 (55%), женщин 90 (45%), средний возраст пациентов составил  $63 \pm 11,8$  лет. Пациенты были разделены на группы I группа - первичные опухоли 63,5% (n=127), II группа – один случай рецидива опухоли 20,5% (n=41), III группа – 2 и более случаев рецидива опухоли 16% (n=32). Результаты: случаи рецидивных опухолей распределились следующим образом: после хирургического лечения - 26 пациентов, лучевой терапии - 20, криодеструкции - 11, ФДТ – 10, лазерной гипертермии – 4. Дальнейший анализ показал, что 30% из них первично пролечены в неонкологических учреждениях, 70% - в городских/областных онкологических диспансерах. В I группе среднее время до обращения составило 4,2года (0 - 20 лет). 75% пациентам выполнено хирургическое лечение; 18% - хирургическое лечение в сочетании с ФДТ или РЧА; 5% - ФДТ, 2% - лучевая терапия. После первичного лечения у 8 пациентов (6,3%) отмечен рецидив опухоли: 1 (0,8%) - после хирургического лечения; 4 (3,14%) – ФДТ; 2 (1,6%) – хирургического лечение в сочетании с ФДТ или РЧА; 1 (0,8%) – лучевой терапии. Во II группе среднее время до обращения за медицинской помощью составило 3 года (1 -10 лет). 62% пациентам выполнено хирургическое лечение; 33% - хирургическое лечение в сочетании с ФДТ или РЧА; 5% -ФДТ. У 3 (7,1%) пациентов отмечен рецидив опухоли: 1 (2,1%) – после ФДТ; 2 (4,2%) - хирургического лечение в сочетании с ФДТ или РЧА. В III группе среднее время до обращения за медицинской помощью составило 2,2 года (6 месяцев - 7 лет). 50% пациентам выполнено хирургическое лечение; 25% - хирургическое лечение в сочетании с ФДТ или РЧА; 13% хирургическое лечение в сочетании с ФДТ и РЧА; 12% -ФДТ. Выводы: полученные данные свидетельствуют о том, что хирургическое лечение первичных опухолей (начальных и местно-распространенных форм БКРК) головы и шеи остается золотым стандартом и должно проводиться строго в специализированных онкологических учреждениях, с возможностью проведения одномоментной реконструкции. Лучевая терапия и ФДТ в самостоятельном режиме является альтернативным вариантом у пожилых пациент

с местно-распространёнными опухолями и выраженной сопутствующей патологией, которым невозможно провести одномоментные реконструктивно-пластические операции. У пациентов с двумя и более рецидивами и местно-распространённой формой заболевания, предпочтительно проводить комбинированное лечение. Следует избегать применения криотерапии и лазерной деструкции при локализациях опухоли на коже головы и шеи из-за высокого риска рецидива.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА**

*Понич Е.С., Корчажкина Н.Б.*

*Центральная государственная медицинская академия, Москва*

Проблема эффективной и рациональной терапии больных псориазом остается одной из наиболее актуальных в современной дерматологии. Принципиальный выбор метода и объема терапевтических мероприятий при псориазе зависит, прежде всего, от тяжести процесса. «Золотым» стандартом лечения распространенных форм вульгарного псориаза является UVB - 311нм фототерапия. На основании критериев доказательной медицины метотрексат относится к эффективным препаратам «второй линии» при средне-тяжелом и тяжелом псориазе. Под нашим наблюдением находилось 28 пациентов - 16 женщин и 12 мужчины в возрасте от 29 до 60 лет с диагнозом: вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, тяжелое течение: индекс PASI в среднем по группе составил  $34,6 \pm 6,5$  балла. У всех пациентов процесс носил торпидный характер, что выражалось в отсутствии эффективности от традиционной медикаментозной терапии. До лечения все пациенты прошли тщательное обследование, включающего клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенологическое исследование грудной клетки, консультации смежных специалистов (терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог). Все пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным параметрам. Лечение в 1-ой группе (18 чел) включало прием метотрексата внутрь в дозе 2,5мг/сутки 1 раз в неделю на протяжении 4 недель и UVB -311 нм – терапию. Процедуры фототерапии проводились с помощью аппаратаWaldmann 7001 K, без определения МЭД. Начальная доза UVB составляла  $0,1 - 0,3 \text{ Дж/см}^2$ , в зависимости от типа кожи. Следующая процедура проводилась, при отсутствии эритемы, на  $0,1-0,2 \text{ Дж/см}^2$  больше, чем предшествующая при 3-разовой методике облучений. Курс составил от 15 до 22 процедур, в среднем по группе –  $18,6 \pm 2,3$  процедуры с суммарной дозой облучения –  $19,8 \pm 4,5 \text{ Дж/см}^2$ . Лечение во второй группе (10 чел) состояло из назначения 25 мг метотрексата на тур, 1 р/неделю, 3-4 тура. В результате комплексного лечения у 12 пациентов 1-ой группы (66.7%) и 7 пациентов 2-ой группы (70%) было достигнуто клиническое излечение - снижение ндекса PASI составило 95% и более, у 5 (27.8%) и 1-го пациента (10%) соответственно – значительное улучшение, редукция индекса PASI составила 94 -75 % и у 1-го (5.5%) пациента и 2-х (20%) пациентов соответственно наблюдалось улучшение процесса - снижение индекса

PASI на 74 - 50%. У пациентов 1-ой группы 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. При этом во 2-ой группе отмечались побочные эффекты в виде умеренной тромбоцитопении и лейкопении, повышения активности печеночных трансаминаз, а также тошноты и головной боли. Таким образом, комбинированное применение метотрексата и UVB 311нм - терапии в лечении больных с тяжелой формой вульгарного псориаза является высокоэффективным (84,5%) и безопасным за счет снижения терапевтически эффективной дозы метотрексата, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в лечение данной категории пациентов.

## **К ВОПРОСУ О ПЕРВЫХ ИТОГАХ РАБОТЫ ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» В УСЛОВИЯХ ОМС**

*Поршина О.В., Приставка Е.А., Азизова У.М., Жданова И.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Обязательное медицинское страхование является составной частью системы государственного социального страхования, обеспечивающая равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи в Российской Федерации. Дерматовенерология одна из динамично развивающихся отраслей медицины. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (далее ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ») с января 2017 года работает в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» включен в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, согласно п.2 ст.15 Федерального Закона №326 от 29.11.2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и осуществляет медицинскую деятельность в рамках ОМС по оказанию специализированной медико-санитарной помощи по профилю «дерматология». Все вышеизложенное обосновало необходимость создание отдела ОМС в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Цель - регулирование мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи, которые установлены территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с объемами, сроками и условиями, надлежащего качества в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Во исполнение поставленной цели сотрудниками отдела проводится подготовка медицинской документации для предоставления на проведение медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества предоставления медицинской помощи (ЭКМП). За 6 месяцев 2017 года в рамках ОМС зарегистрировано 523359 посещений с профилактической целью, из них дети от 0 до 17 лет составляют – 60%, взрослые

– 38%. Количество полученных данных показывает, что в системе ОМС посещения с профилактической целью оказывали детям чаще, чем взрослым. Посещений и обращений по поводу заболевания составляют 480966, из которых дети от 0 до 17 лет составляют 23%, взрослые 77%. Число случаев госпитализации в дневном и суточном стационаре составляют 5526, из которых дети от 0 до 14 лет составляют 14%, взрослые 86%. Таким образом, в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в рамках ОМС взрослым в большей степени оказана специализированная медицинская помощь по профилю «дерматология» по заболеванию, в то время как дети получили в большей части профилактическую. Согласно отчету за первое полугодие 2017 года, отмечается снижение количества обращений (жалоб) застрахованных в страховые медицинские организации и территориальные фонды ОМС на 20% по сравнению с аналогичным периодом 2016 года. Выводы: Таким образом, вхождение ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в систему ОМС существенно повысило доступ всех застрахованных лиц, проживающих в г. Москве и имеющих постоянную регистрацию в иных регионах Российской Федерации к специализированной медицинской помощи по профилю «дерматология», повысился уровень удовлетворенности населения в качестве оказания медицинской помощи.

## **МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН В ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».**

*Поршина О.В., Часова Г.К., Бондаренко Т.Ф.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

В настоящее время работе с обращениями граждан уделяется особое внимание, поскольку данная сфера социальных отношений является одним из важных каналов обратной связи медицинской организации с населением. В феврале 2017 года в Московском научно-практическом Центре дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы (далее – ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ») в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации от 2 мая 2006 года №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральным законом от 21 ноября 2011года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», был создан Кабинет по работе с обращениями граждан, как функциональное подразделение в связи с необходимостью упорядочения и повышения эффективности деятельности Кабинета по работе с обращениями граждан, поступивших в адрес ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» за период первого полугодия 2017 года. Материалы и методы: проведен сравнительный количественный и качественный анализ письменных обращениями граждан, поступивших в адрес ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» в первом полугодии 2016 года и первым полугодием 2017 года по данным статистических наблюдений и квартальных отчетов. Результаты: За период первого полугодия 2016 года в отделе делопроизводства ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» зарегистрировано 396 письменных



обращений граждан, с учетом жалоб, предложений, заявлений с просьбой о содействии в проведении и организации консультаций и благодарностей. За период первого полугодия 2017 года в отделе делопроизводства ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» зарегистрировано 365 письменных обращений граждан. Таким образом, спад поступающих обращений от населения составил 8,49% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Также отмечается положительная динамика в структуре обращений, что наглядно отражено в уменьшении количества жалоб практически в 2,5 раза (на 169%) по вопросам записи на прием к врачу и сроков ожидания приема. Об улучшении качества оказания медицинской специализированной помощи населению свидетельствует снижение на 23,8% в 2017 году обращений по поводу неэффективности назначенного лечения, правильности установленного диагноза, по сравнению с аналогичным периодом 2016 года. В первом полугодии 2017 года удельный вес жалоб, связанных с правомочностью предоставления некоторых медицинских услуг на возмездной основе по сравнению с отчетным периодом 2016 года снизился на 18,2%. Выводы: принятый в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» алгоритм работы с обращениями граждан позволяет своевременно выявлять и устранять причины обоснованных жалоб и повторных обращений, что приводит к повышению качества и доступности медицинской помощи, а также к повышению уровня удовлетворенности населения при оказании медицинской помощи. Таким образом, создание специализированного централизованного функционального подразделения по работе с поступающими в медицинскую организацию обращениями граждан, является эффективным инструментом в усовершенствовании работы медицинской организации.

## **ДЕРМАТОЗЫ, СОПРОВОЖДАЕМЫЕ ПУЗЫРНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ.**

*Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А., Данилин И.Е.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии, Москва*

Пузырные высыпания сопровождают не только буллезные дерматозы, но могут развиваться и при ряде других кожных заболеваний.

Простой контактный и аллергический дерматиты – это наиболее часто встречающиеся заболевания в практике врача-дерматолога. Клиническая картина везикуло – буллезной формы данного дерматоза характеризуется появлением на фоне гиперемии множественных везикулезных и буллезных элементов, после вскрытия которых образуются эрозии.

Токсидермия также достаточно часто встречается на нашем приеме. Клиническая картина буллезной формы токсидермии характеризуется возникновением на коже и слизистых серозных или серозно-геморрагических пузырей на фоне отечных красных пятен.

Буллезная форма многоформной экссудативной эритемы является редким и тяжелым проявлением заболевания. Клиническая картина представлена пузырьком, заполненным серозным, реже геморрагическим содержимым, формирующимся в центре пятнистого или папулезного элемента на коже и слизистых оболочках.

Ряд вирусных заболеваний также могут сопровождаться развитием буллезных элементов, примером могут служить тяжелые формы простого пузырькового и опоясывающего лишая. Еще одним ярким примером является вирусная пузырьчатка полости рта и конечностей, вызванная вирусом Коксаки А16.

При буллезной форме красного плоского лишая на коже и на слизистых оболочках на фоне типичных проявлений дерматоза на поверхности папул или на видимо неизменной коже развиваются напряженные пузырьки с серозным или серозно – геморрагическим содержимым.

Буллезная форма склеродермии встречается крайне редко и характеризуется появлением в области очагов индукции и склероза кожи прозрачных пузырей, нередко сопровождающихся геморрагиями.

Дерматозы, вызванные бактериальными агентами (стафило – и стрептококками) также могут протекать с образованием буллезных высыпаний. Ярким примером могут служить эритематозно-буллезная форма рожистого воспаления, а также эпидемическая пузырьчатка новорожденных и эксфолиативный дерматит новорожденных Риттера.

За период с января по июнь 2017 года в филиал Варшавский обратилось 18 пациентов с различными дерматозами, которые сопровождались буллезными высыпаниями. Из них было 11 женщин и 7 мужчин. Пациенты были в возрасте от 13 до 67 лет. Длительность заболевания колебалась от 3-х дней до 4-х месяцев. При этом из 18 больных 4-м больным был выставлен диагноз буллезный пемфигоид Лёвера (1 женщины и 3 мужчин) и 2-м пациентам – вульгарная пузырьчатка (1 женщина и 1 мужчина). Из 18 пациентов у 12 больных отмечались дерматозы, сопровождающиеся развитием буллезных высыпаний: простой контактный дерматит (2 больных), фотофитодерматит (2 больных), буллезная форма токсидермии (1 больной), буллезная форма красного плоского лишая (1 больной), буллезная форма ограниченной склеродермии, буллезная форма многоформной экссудативной эритемы. Субъективные ощущения, на которые жаловались больные это прежде всего были зуд, болезненность и ощущение жжения.

Мы хотим обратить внимание коллег на тот факт, что помимо классической тройки заболеваний (пузырчатка, буллезный пемфигоид Лёвера и герпетиформный дерматит Дюринга) буллезные высыпания встречаются при многих других дерматозах, с которыми приходится сталкиваться в амбулаторной практике.

## **НОВАЯ МОДЕЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

*Потекаев Н.Н., Купеева И.А., Раводин Р.А.*

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



Цель нашей работы состояла в разработке новой модели информационного сопровождения процесса оказания дерматовенерологической помощи на основе создания интеллектуальной системы поддержки принятия врачебных решений. Материал и методы: для создания интеллектуальной системы поддержки принятия врачебных решений нами была разработана онтологическая классификация, представляющая собой формализованное описание дерматовенерологического больного, которая включает 2467 симптомов и признаков. На основе данной классификации проанализирована симптоматика свыше 250 наиболее распространенных дерматовенерологических заболеваний с учетом специфичности каждого симптома, что позволило разработать формулу для расчета вероятности каждого заболевания в зависимости от имеющейся клинической картины у конкретного пациента. Для максимальной наглядности предоставляемой пользователю информации была собрана коллекция фотографий симптомов дерматовенерологических заболеваний, микроскопических и гистологических препаратов, насчитывающая более 5000 изображений. Результаты: в рамках создания данной системы были разработаны следующие модули: «Диагностика онлайн», «Консультация эксперта», «Рекомендации», «Атлас», «Фармсправочник», «Медучреждения и реабилитация», «Школа врача». Все модули связаны в единую логическую цепочку и обеспечивают информационное сопровождение врача на всех этапах диагностики, назначения обследования и лечения. Модули «Атлас» и «Рекомендации» содержат максимально конкретизированное описание дерматовенерологических заболеваний, требования к их диагностике и лечению в соответствии с национальными стандартами. Данная модель предполагает 3-х этапный подход к решению возникающих лечебно-диагностических задач: 1) на первом этапе через просмотр информации по заболеваниям, симптомам, обследованию, лечению, лечебно-диагностическим учреждениям и санаториям практикующий врач получает возможность уточнить диагноз, выбрать оптимальные методы обследования и лечения, подобрать санаторий или узкоспециализированную клинику (практикующий врач работает с информационно-справочными модулями системы); 2) в случае сохраняющихся затруднений с постановкой диагноза практикующий врач вносит имеющиеся у пациента симптомы для их автоматизированного анализа с выдачей перечня возможных диагнозов с указанием их вероятности, при этом формируется дифференциально-диагностический ряд заболеваний (врач работает с модулем «Диагностика онлайн»); 3) если не удалось поставить диагноз на предыдущих этапах, то врач обращается за телемедицинской консультацией эксперта, при этом телемедицинские консультации проводятся в режиме off-line, обеспечивая передачу статических изображений и описание клинической ситуации. Выводы: разработана интеллектуальная система поддержки принятия врачебных решений в дерматовенерологии, на основании которой предложена новая модель информационного сопровождения процесса оказания дерматовенерологической помощи, предполагающая наличие постоянной интеллектуальной поддержки врача. В ходе опытной эксплуатации нами установлено, что предложенная модель информационной

поддержки профессиональной деятельности врача-дерматовенеролога позволяет повысить эффективность лечебно-диагностической работы и сократить время на принятие решения.

### **РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА В РЕЖИМЕ ОТСРОЧЕННОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ («STORE-AND-FORWARD»)**

*Потекаев Н.Н., Купеева И.А., Раводин Р.А.*

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

Цель нашей работы состояла в разработке протокола проведения телемедицинской консультации в режиме off-line в рамках создания телемедицинского модуля интеллектуальной системы поддержки принятия врачебных решений. Материал и методы: для разработки интеллектуальной системы поддержки принятия врачебных решений использована лицензионная версия программы 1С-Битрикс: Управление сайтом. Система выполнена как онлайн-приложение в виде динамически генерируемых html-страниц, доступных в сети Интернет под доменным именем logoderm.ru. Результаты: телемедицинский модуль «Консультация эксперта» предназначен для оказания информационно-консультационной помощи практикующим врачам в диагностически сложных случаях. Его работа основана на принципе передачи статических изображений высыпаний (в режиме «store-and-forward»), сопровождаемых их клиническим описанием. Модуль содержит перечень экспертов с краткой информацией о каждом из них, предоставляя пользователю возможность самостоятельного выбора врача-консультанта. Выбрав эксперта, практикующий врач принимает условия договора, который описывает основные этапы (регламент) оказания телемедицинской консультации. В телемедицинском модуле особое внимание уделено безопасности предоставляемых для консультации данных. С этой целью эксперт осуществляет консультирование в виртуальном «кабинете консультации», изолированном от основного сайта и требующем ввода дополнительных учетных данных (логина и пароля) для лица, запросившего консультацию. По этой причине после выбора врача-эксперта на адрес электронной почты пользователя приходит письмо с уникальным идентификатором (логином-номером консультации и временным паролем), а также ссылкой для отдельного входа в консультацию. После входа на сайт по предоставленной ссылке пользователь должен сменить временный пароль на свой постоянный, действующий в течение всего периода консультации. Этот этап необходим для того, чтобы исключить утечку информации в случае взлома электронной почты пользователя. Далее он предоставляет дополнительную информацию о заболевании: общие сведения (жалобы, когда началось заболевание, как оно развивалось, информацию о наличии или отсутствии аллергии), материалы (фотографии высыпаний, выписки, консультации и имеющиеся анализы). Только после ввода данной информации пользователь оказывается в «кабинете консультации», где вновь может

проверить полноту предоставленной им информации, и имеет возможность переписываться с экспертом посредством сообщений. Эксперт осуществляет работу с консультацией из своего личного кабинета, который отражает все активные обращения (консультации), а также закрытые консультации до момента их автоматического удаления. При приёме консультации в работу эксперт меняет её статус с «новой» на «в работе». При отправке заказчику консультации запроса на выполнение дополнительных анализов или исследований, эксперт меняет её статус на «в ожидании». При вынесении заключения по представленным данным статус консультации меняется на «заключение». Обо всех изменениях статуса консультации пользователь получает уведомления по электронной почте. Заключение эксперта представляет собой файл в PDF-формате и содержит все ранее предоставленные материалы по консультации и вынесенные на их основе рекомендации. Выводы: нами предложен протокол проведения телемедицинской консультации в режиме off-line. Мы считаем, что данный режим (отсроченной телемедицинской консультации) наиболее востребован в дерматовенерологии, поскольку не требует дополнительного оборудования (кроме цифровой камеры или телефона), позволяя проводить консультации в удобное для эксперта время. В результате проведённых исследований нами установлено, что предложенный протокол телемедицинской консультации наиболее оптимален и позволяет повысить эффективность взаимодействия эксперта и практикующего врача.

## **НЕИВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ**

*Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Кочетков М.А.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

В самое ближайшее время МНПЦДК будет функционировать лаборатория неинвазивной диагностики кожи. В едином функциональном модуле лаборатории будет проводиться комплексное обследование пациента. Сочетание методов дает разрешающую способность в диапазонах от 5 микрон и соответственно возможна визуализация, мониторинг развития и регресса патологических процессов в коже и пограничных тканях, прямые количественные измерения размеров, глубины, площади и объема патологических очагов, определение их локализации в разных типах тканей, исследование основных функциональных показателей кожи. Объективная оценка состояния кожи без выполнения биопсии, без сомнения является технологией, позволяющей в реальном времени не только оценить динамику различных патологических процессов но и своевременно выявить признаки неопластических заболеваний на ранних доклинических стадиях. Эти возможности неоценимы для выявления меланомы кожи на ранних стадиях и своевременной маршрутизации пациента зависит жизнь больного. С момента появления дерматовенерологии как самостоятельной врачебной специальности до настоящего времени основным методом постановки диагноза является осмотр и визуальная оценка различных

высыпаний, локализирующихся на коже и видимых слизистых оболочках. Дерматоскопия и видеодерматоскопия наиболее доступные и надежные методы оптической диагностики. Видеодерматоскопы на сегодняшний день обладают достаточным разрешением, позволяют использовать сменные объективы с различным увеличением, кроме того с их помощью возможно зафиксировать накопление фотосенсибилизатора в пораженных тканях, что важно для диагностики базалиомы. Важное практическое значение имеет зональное фотокартирование кожи, которое показано пациентам из группы риска возникновения меланомы. Данное клиничко-инструментальное обследование кожи позволяет проводить длительное мониторирование различных новообразований кожи, в частности множественных диспластических невусов. Оптические методы исследования на основе их интеграции с лазерными технологиями легли в основу нового перспективного метода мультимодальной биопсии *in vivo* с субклеточным пространственным разрешением. Метод основан на способности лазерного излучения индуцировать мультимодальное возбуждение биомолекул - NAD(P)H, флавинов, порфиринов, эластана и меланина. Данная технология используется для диагностики меланомы кожи, в тканевой инженерии для обнаружения клеток и внеклеточных матричных компонентов, в исследованиях повреждённых процессам заживления ран и возрастных изменений кожи, а также других исследованиях. Данные методы обладают высокой информативностью и разрешающей способностью, что закономерно подтверждается большим числом публикаций в научной литературе. Более глубокие слои кожи позволяет визуализировать ультразвуковое исследование. Важное практическое значение имеет высокочастотное ультразвуковое исследование на частотах 22 и 75 Мгц. Основными направлениями использования ультразвуковой диагностики кожи являются измерение толщины и акустической плотности эпидермиса и дермы, изучение микроструктуры кожи в норме и при патологии, диагностика новообразований кожи с уточнением границ и характера роста опухолей, определение признаков старения кожи. С при помощи телемедицинских технологий станет возможным удаленное взаимодействие с лабораторий патоморфологии кожи и другими узкопрофильными специалистами в России, странах ближнего и дальнего зарубежья.

## **ГБУ «МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МИГРАЦИОННЫЙ ЦЕНТР» – ЭФФЕКТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В ГОРОДЕ МОСКВЕ**

*Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Фриго Н.В., Коробова Е.Е.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Введение: Трудовым мигрантом по определению, принятому Генеральной Ассамблеей ООН, считается «лицо, которое будет заниматься, занимается или занималось оплачиваемой деятельностью в государстве, гражданином которого он

или она не является». По количеству трудовых мигрантов, принимаемых на свою территорию, Российская Федерация (РФ) находится среди мировых лидеров и занимает второе место в мире, уступая по данному показателю только США (по данным статистики отдела народонаселения департамента ООН); российскими же регионами, наиболее привлекательным для трудовых мигрантов по уровню заработной платы и условиям проживания, являются мегаполис Москва и Московская область, принимающие (согласно данным Федеральной службы государственной статистики 2014 г.) больше международных мигрантов, чем Северо-Западный федеральный субъект в целом [Мищур С. В., 2016]. Однако, помимо увеличения численности населения в стране пребывания, трудовая миграция нередко приводит к негативным последствиям, в частности, к росту числа случаев инфекционных заболеваний, в том числе сифилиса, ВИЧ-инфекции, туберкулеза. Характерной чертой трудовой миграции в РФ является также значительное количество мигрантов с неурегулированным статусом или работающих без разрешительных документов [Нечаева О.Б., 2014]. Все это определяет актуальность создания эффективных современных организационных моделей, призванных обеспечить как медицинское обследование трудовых мигрантов на наличие инфекций, так и получение ими документов, легализующих их пребывание и осуществление трудовой деятельности на территории г. Москвы.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили нормативные документы (федеральные законы, приказы и постановления Правительства Москвы, касающиеся организации медицинского обследования иностранных граждан и лиц без гражданства на территории РФ и г. Москвы), медицинские карты амбулаторных пациентов, годовые Федеральные отчетные формы №9 и №34, данные статистических материалов ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». В работе использованы методы описательной и аналитической эпидемиологии, а также методология организационного эксперимента.

Результаты и обсуждение. Анализ существующей практики медицинского обследования трудовых мигрантов на наличие инфекций (сифилиса, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, лепры) на территории г. Москвы показал, что вплоть до 2015 года такое обследование осуществлялось множеством медицинских организаций, включавших как филиалы ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», так и организации иной формы собственности. Данное обстоятельство нередко приводило к искажению данных статистической отчетности по регистрации случаев инфекций среди трудовых мигрантов, проживающих на территории г. Москвы (коммерческие медицинские организации не предоставляли в органы эпидемиологического надзора достоверную информацию о выявленных случаях инфекций у иностранных граждан), и к неполноценности эпидемиологического контроля над распространением этих инфекций.

В целях оптимизации выявления случаев инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (сифилиса, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, лепры) среди трудовых мигрантов на территории г. Москвы, медицинское освидетельствование иностранных граждан, прибывающих в г. Москву из стран с безвизовым порядком въезда в РФ, с 2015 года стало осуществляться в специально созданном

филиале ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» - «Многофункциональном Медицинском Центре трудовой миграции» (далее «ММЦ ТМ»). Филиал «ММЦ ТМ» является в настоящий момент единственной медицинской организацией, уполномоченной на выдачу в городе Москве медицинских документов иностранным гражданам, желающим оформить патент на работу в Москве.

Создание и функционирование данной организационной модели медицинского обследования трудовых мигрантов в городе Москве подкреплено соответствующими постановлениями Правительства г. Москвы.

Филиал «ММЦ ТМ» расположен на территории ГБУ «Многофункциональный Миграционный Центр» (далее «ММЦ»), который предоставляет иностранным гражданам полный комплекс услуг, включающих не только медицинское освидетельствование на инфекции, представляющие опасность для окружающих, экспертизу на наличие наркотической зависимости, но и оформление полиса добровольного медицинского страхования, приём документов для получения патента, разрешения на работу, временное проживание, вид на жительство и гражданство РФ. Для удобства перемещения по «ММЦ» разработана напольная, настенная и цифровая навигация, система управления электронной очередью, применяются индивидуальные браслеты со штрих-кодом для пропуска иностранного гражданина в различные зоны «ММЦ», СМС-оповещение о статусе рассмотрения дела по патенту на работу, дополнительного медицинского обследования и оплаты готового патента. Для каждого посетителя система определяет оптимальный маршрут прохождения необходимых зон с учетом текущей загрузки «ММЦ».

На сегодняшний день пропускная способность ГБУ «ММЦ» составляет 7,5 тыс. человек в день, для медицинского освидетельствования иностранных граждан работают 175 медицинских кабинетов. Рабочие места врачей и среднего медицинского персонала подключены к специально разработанной медицинской информационной системе ЕМИАС ММЦ, что позволяет вести электронную историю болезни пациента, осуществлять оперативный ввод и передачу данных для всех подразделений ГБУ «ММЦ», задействованных в оформлении патента. ЕМИАС ММЦ существенно сокращает время оформления медицинских документов для оформления патентов на работу.

В случае выявления у пациента патологии осуществляется оперативная передача данных в управление Роспотребнадзора по г. Москве и профильным структурным подразделениям ДЗМ посредством закрытой информационной системы.

Несмотря на существенную нагрузку, отлично обученный и дружелюбный персонал позволяет иностранному гражданину пройти медицинское обследование в течение 30 минут, а при необходимости получить квалифицированную консультацию. В целях оценки эффективности работы филиала ГБУЗ «ММЦ ТМ» как организационной модели медицинского обследования трудовых мигрантов в городе Москве проведен анализ выявления наиболее актуальных инфекций в период за 2014 – 2016 годы.

Число обследованных в г. Москве иностранных граждан, желающих получить патент, разрешение на работу, временное проживание или вид на жительство в РФ, в 2016

году составило 468 865 человек, что было на 28,1% меньше, чем в 2015 году (652 447 человек) и на 62% больше, чем в 2014 году (290 310 человек).

В 2016 году из числа освидетельствованных иностранных граждан было выявлено 3146 больных инфекционными заболеваниями, из них больных сифилисом – 1982 человека (62,8% от числа лиц с инфекционными заболеваниями), ВИЧ-инфицированных – 540 человек (17,2%), больных туберкулезом – 624 человека (20%). Заболеваемость на 100 000 обследованных иностранных граждан в 2016 году составила: сифилисом – 422 (в 2015-132,4, в 2014-52,7), ВИЧ-инфекцией – 115 (в 2015 - 62,8, 2014 -52,7), туберкулезом – 132,8 (в 2015 – 76, 2014 -108,5).

Таким образом, после создания филиала «ММЦ ТМ» для медицинского обследования трудовых мигрантов в городе Москве выявляемость инфекционных заболеваний среди трудовых мигрантов в 2016 году существенно увеличилась: сифилисом по сравнению с 2015 годом на 129,4% и с 2014 годом на 1195% (или в 12,6 раз), ВИЧ-инфекцией по сравнению с 2015 годом на 32% и в сравнении с 2014 годом на 262%, туберкулезом по сравнению с 2015 годом на 25% и с 2014 годом на 98%.

Выводы: Создана и внедрена в практическое здравоохранение в городе Москве эффективная современная организационная модель медицинского обследования трудовых мигрантов – филиал ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» «Многофункциональный Миграционный Центр Трудовой Миграции». Создание филиала «Многофункциональный миграционный Центр Трудовой миграции» на базе медицинского учреждения государственной формы собственности позволяет в значительной степени усилить государственный контроль над выявлением сифилиса, ВИЧ-инфекции и туберкулеза на территории мегаполиса, города Москвы. Об эффективности модели свидетельствует значительное увеличение выявления случаев сифилиса, туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов с 2014 года, когда филиал «ММЦ ТМ» еще не функционировал, к 2015 и, в особенности, к 2016 году.

Создание ГБУ «ММЦ» обеспечивает не только медицинское освидетельствование иностранных граждан, желающих оформить патент, но также позволяет урегулировать их статус, касающийся легализации пребывания и осуществления трудовой деятельности в городе. Москве.

## **КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ ЗА 2013-2017 ГОДЫ.**

*Потекаев Н.Н., Поршина О.В., Часова Г.К.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Цель работы: анализ заболеваемости врожденным буллезным эпидермолизом у детей в городе Москве за 2013-2017 годы. Материалы и методы: в период с 2013 по 2017 год обследовано 47 детей в возрасте до 18 лет, проживающих в городе Москве и состоящих на диспансерном учете в филиалах ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», имеющих подтвержденный лабораторно диагноз «Врожденный

буллезный эпидермолиз». В рамках обследования, все дети были проконсультированы медицинским генетиком и главным внештатным специалистом дерматовенерологом и косметологом Департамента здравоохранения города Москвы директором ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» профессором Н.Н. Потекаевым с целью верификации диагноза. Результаты: из обследованных 47 детей с различными формами врожденного буллезного эпидермолиза было 30 мальчиков (63,8%) и 17 девочек (36,2%). Из них – 35 детей с диагнозом «Простой врожденный буллезный эпидермолиз» (74,5%), 1 ребенок с генетически подтвержденным диагнозом «Пограничный буллезный эпидермолиз (Тип Херлитца)» (2,1%), 11 детей с диагнозом «Дистрофический врожденный буллезный эпидермолиз» (23,4%). При детальном изучении сведений о членах семьи больного ребенка, было установлено, что 15 (32%) из 47 детей имеют отягощенный генетический анамнез: в 13 семьях наследственность отягощена буллезными заболеваниями кожных покровов по материнской линии, в 1 семье наследственность отягощена по отцовской линии, 1 семья имеет отягощенную наследственность, как по материнской, так и по отцовской линии. В двух семьях диагноз «Врожденный буллезный эпидермолиз» прослежен в трех поколениях. На основании проведенных консультаций и заключений смежных врачей специалистов, у 30 (63,8%) детей выявлены мультиорганные поражения и множественные различные сопутствующие заболевания, приводящие к ухудшению качества жизни. Генетическое исследование ДНК на наличие мутаций в генах проводилось 3 детям. У 2 детей методом прямого автоматического секвенирования были обнаружены мутации гена, кодирующего коллаген VII типа (COL7A1), приводящие к дистрофическим формам буллезного эпидермолиза. Мутации в гене промежуточных кератиновых филаментов (KRT5), приводящие к простым формам буллезного эпидермолиза, методом прямого автоматического секвенирования обнаружены у 1 ребенка. Методом иммунофлюоресцентного антигенного картирования (ИАК) у 1 ребенка выявлен диагноз «Рецессивный дистрофический буллезный эпидермолиз (Аллопо-Сименса)». На настоящий момент под постоянным диспансерным наблюдением в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» состоит 31 несовершеннолетний ребенок и 16 пациентов в возрастной группе от 18 до 28 лет. Из 31 ребенка – 12 дети-инвалиды. Из 16 совершеннолетних пациентов ранее имели статус дети-инвалиды – 6 пациентов. В настоящее время 2 совершеннолетних пациентов являются инвалидами II группы, 1 совершеннолетний пациент является инвалидом I группы. Выводы: таким образом, при подозрении у пациента диагноза «Врожденный буллезный эпидермолиз», необходимо проведение консультации генетиком, с целью верификации клинического диагноза, определения типа и подтипа врожденного буллезного эпидермолиза, а также прогнозирования риска развития данного заболевания для каждого следующего ребенка при планировании беременности. Осведомленность врачей дерматовенерологов на клиническом приеме о наследственном характере заболевания, о возможности совместного применения традиционных и современных методов лабораторной диагностики врожденного буллезного эпидермолиза, о необходимости комплексного



обследования пациента, повышает уровень своевременного выявления данного редкого генетического заболевания.

## **НАРУШЕНИЕ БАРЬЕРНЫХ ФУНКЦИЙ КОЖИ КАК НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ ВЫСОКОДОЗНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**

*Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Рассохина О.И., Шугинина Е.А.*

*Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский университет дружбы народов, Москва*

Современные протоколы лечения онкогематологических и гематологических заболеваний предполагают применение, в том числе и высокодозной иммуносупрессивной терапии. Применение высоких доз стероидов приводит к нежелательным явлениям в виде атрофии кожи, что причиняет дополнительный дискомфорт пациентам.

Целью настоящего исследования явилось изучение барьерной функции кожи у онкологических больных на фоне высокодозной иммуносупрессивной терапии и разработку принципов немедикаментозного восстановления эпидермального барьера.

В связи с поставленной целью было обследовано 25 больных с онкогематологическими и гематологическими заболеваниями на высокодозной иммуносупрессивной терапии (ИСТ). Изменения кожи изучали на основании клинической картины, а так же по данным функциональных методов исследования (себу- и корнеометрии) и дерматоскопии ногтевых валиков. Изучение функционального состояния кожи проводили путем корнеометрии и себуметрии, с помощью портативного аппарата HydraTest (Великобритания). Измерения проводили в очаге поражения и на симметричном участке кожи в стандартных условиях (температурный режим, влажность воздуха). Последнее нанесение наружных средств на исследуемую зону проводилось за 2 часа до диагностических процедур.

Дерматоскопия проводилась в двух режимах (иммерсионном - для лучшей визуализации пигментного компонента и поляризационном - для лучшей визуализации сосудистого компонента) с помощью дерматоскопа Delta 20+, Heine Optotechnik, Германия, фотоадаптера для SLR фотокамеры Nikon, Dermlite II Pro, США. Фотографирование проводилось с помощью фотокамеры Nikon D2500. В качестве иммерсионной среды использовался антисептический гель. Изучению подвергался ногтевой валик. Пациент перед проведением исследования находился в помещении в течение как минимум 15 минут, температура в помещении составляла около 21-22 ° С. Полученные изображения анализировались на откалиброванном мониторе.

Статистическая обработка проведена с помощью программы BIOSTAT 6.1. с использованием непараметрических методов статистики. Описательная статистика с определением медианы и квартилей Me (Q1-Q3), точный критерий Фишера, критерии Х2, Манна-Уитни и Вилкоксона.

Анализ клинической картины поражения кожи у онкогематологических и гематологических больных, находящихся на высокодозной ИСТ показал, что кожные покровы большинства пациентов были свободны от высыпаний (80%), у 5 (20%) пациентов из 25 наблюдавшихся больных высыпания были представлены шелушащимися пятнами слабо отличимыми по цвету от окружающей кожи и едва инфильтрированными сквамозными бляшками на коже туловища и верхних конечностей. У 1 пациента отмечалось крупно-пластинчатое шелушение на коже стоп. Ониходистрофия наблюдались у 16% пациентов и была представлена онихошизисом, у 1 пациента (4%) онихошизис сочетался с онихорексисом. Поражение волос было представлено диффузной алопецией у 32% больных. При исследовании ногтевого валика методом дерматоскопии показало, что у 11 больных выявлены сосуды, количество которых было менее 6 на мм у 7 пациентов. U-образными петлями сосуды были представлены у 9 больных, атипичными U-образными петлями – у 3, комочками – у 3, точками- у 1. Полиморфизм сосудов проксимального ногтевого валика отмечен у 1 пациентки.

Методами функциональной диагностики кожи зафиксировано снижение влажности кожи больных относительно нормы, показатели составляли 30(30-34)у.е.. Уровень сальности кожи оставался в пределах нормы.

С целью восстановления эпидермального барьера на кожу, предварительно очищенную кожу мягкими ПАВ, пациенты по требованию наносили кремы, представляющие мягкие жировые композиции. На фоне проводимой коррекции субъективные ощущения регрессировали, сыпь в значительной мере разрешилась, повысился уровень влажности кожи.

Таким образом, показано, что высокодозная ИСТ приводит к нарушению эпидермального барьера у онкогематологических и гематологических больных. Разрешение сыпи на фоне продолжающегося лечения связано с повышением влажности кожи, по-видимому за счет снижения трансэпидермальной потери воды благодаря нанесению кремов, представленных мягкими жировыми композициями и компенсации кожного барьера. Использование функциональной диагностики кожи информативно для динамического наблюдения за пациентами и подбора персонализированных программ реабилитации кожи.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДЕРМАТОСКОПИИ НОГТЕВОГО ВАЛИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА.**

*Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Шугинина Е.А., Рассохина О.И.*

*Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский университет дружбы народов, Москва*

ХРТПХ – это тяжелое алло-аутоиммунное мультисистемное заболевание, приводящее к дисфункции пораженных органов. Главной мишенью ХРТПХ является соединительная



ткань, кожа поражается у 90% пациентов. В связи с тяжестью заболевания является актуальным поиск неинвазивных методов диагностики и динамического наблюдения.

Целью нашего исследования явилось изучение возможности использования дерматоскопии для диагностики и динамического наблюдения за состоянием пациентов с кожными проявлениями хРТПХ

В связи с поставленной целью обследовано 24 пациента с кожными проявлениями хРТПХ. Дерматоскопия проводилась в двух режимах (иммерсионном - для лучшей визуализации пигментного компонента и поляризованном - для лучшей визуализации сосудистого компонента) с помощью дерматоскопа Delta 20+, Heine Optotechnik, Германия, фотоадаптера для SLR фотокамеры Nikon, DermLite II Pro, США. Фотографирование проводилось с помощью фотокамеры Nikon D2500. В качестве иммерсионной среды использовался антисептический гель. Изучению подвергался ногтевой валик. Пациент перед проведением исследования находился в помещении в течение как минимум 15 минут, температура в помещении составляла около 21-22° С. Полученные изображения анализировались на откалиброванном мониторе. Статистическая обработка проводилась с помощью программы BIOSTAT 6.1. с использованием непараметрических методов статистики. Описательная статистика с определением медианы и квартилей Me (Q1-Q3), точный критерий Фишера, критерии Х2, Манна-Уитни и Вилкоксона. Среди 24 обследованных пациентов хРТПХ с кожными проявлениями. Ограниченная кожная хРТПХ была у 5 пациентов. В возрасте от 3 до 5 лет - 1 пациент, от 6 до 12 лет - 1 пациент, от 13 до 18 лет - 1 пациент, от 19 до 24 лет - 2 пациента. Экстенсивная форма хРТПХ с кожными проявлениями диагностирована у 19 пациентов. В возрасте 3 до 5 лет - 3 пациента, от 6 до 12 лет - 8 пациентов, от 13 до 18 лет - 3 пациента, от 19 до 24 лет - 5 пациентов. У больных с хРТПХ выявлены атипичные U-образные петли, полиморфизм сосудов ногтевого валика (типичные и атипичные U-образные петли, комочки, клубочки, линейные сосуды, точечные капилляры)  $p < 0,05$ . Кроме того у больных экстенсивной формой хРТПХ определяется «жемчужная полоса», как отражение склеротического процесса. Наличие «жемчужной полосы» является отличительным признаком экстенсивной формой хРТПХ от ограниченной  $p < 0,05$ . На основании выявленных изменений разработан алгоритм диагностики хРТПХ с определением формы и стадии процесса. Таким образом, использование дерматоскопии позволяет осуществить персонализированный контроль за состоянием пациента.

### **КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕАКЦИИ ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА. КАК ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ?**

*Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Рассохина О.И., Абросимов А.Б., Благов С.Л., Шугунина Е.А., Мелкова К.Н., Горбунова Н.В.*

*Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Российский национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский университет дружбы народов, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва*

Проведение аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) позволяет добиться излечения ряда гематологических и онкогематологических заболеваний, неизлечимых консервативным путем. Благодаря современным схемам лечения, выживаемость пациентов после ТГСК выросла. Вместе с тем возросло количество пациентов с поздними осложнениями ТГСК, наиболее опасным из которых является хроническая реакция трансплантат против хозяина. ХРТПХ – это тяжелое алло-аутоиммунное мультисистемное заболевание, приводящее к дисфункции пораженных органов. Кожа поражена у 90% больных с хРТПХ. Видимая локализация поражений и субъективные ощущения приводят к дополнительному ухудшению качества жизни пациентов. Целью настоящего исследования явилась разработка немедикаментозной коррекции кожных проявлений хРТПХ и алгоритмов неинвазивной диагностики поражений

В связи с поставленной целью было обследовано 34 больных с кожными проявлениями хРТПХ. Все пациенты получали иммуносупрессивную терапию, экстракорпоральное фотооблучение лимфоцитов, согласно протоколам лечения основного заболевания.

Изучались изменения кожи на основании клинической картины, а так же по данным функциональных методов исследования (себу- и корнеометрии).

Изучение функционального состояния кожи проводили путем корнеометрии и себометрии, с помощью портативного аппарата HydraTest (Великобритания). Измерения проводили в очаге поражения и на симметричном участке кожи в стандартных условиях (температурный режим, влажность воздуха). Последнее нанесение наружных средств на исследуемую зону проводилось за 2 часа до диагностических процедур

Статистическая обработка проводилась с помощью программы BIOSTAT 6.1. с использованием непараметрических методов статистики. Описательная статистика с определением медианы и квартилей Me (Q1-Q3), точный критерий Фишера, критерии Х2, Манна-Уитни и Вилкоксона.

Анализ клинической картины заболевания показал, что у большинства пациентов кожный процесс носил волнообразный характер. Обострения процесса наблюдались на фоне снижения иммуносупрессивной терапии.

В клинической картине стадии манифестации кожных проявлений хРТПХ преобладали яркие эритематозно-сквамозные пятна, экссудативные эритематозно-папулезные высыпания. Пациенты предъявляли жалобы на сухость, стянутость кожи и небольшой зуд, у 38% пациентов было ощущение «покалывания» кожи. У ряда пациентов отмечена ониходистрофия, представленная в основном поперечным расщеплением ногтевой пластины. Изменения волос у обследованных пациентов на этой стадии отсутствовали.

В прогрессирующую стадию 76% пациентов предъявляли жалобы на сухость и стянутость кожи. Кожный процесс переходил в стадию хронического иммунного воспаления, нарастала инфильтрация кожи, на ее фоне появлялись участки атрофии. Высыпания, как правило, были распространенные, вплоть до универсального поражения кожи. Наблюдалось выраженное мелко- и крупнопластинчатое шелушение, корки. У ряда пациентов были зафиксированы язвы, ладонно-подошвенный синдром. Ониходистрофия в данной стадии

встречалась в 88% случаев, была представлена в основном онихорексисом (80%), т.е. продольным расщеплением ногтевой пластины; онихолизисом (20%), т.е. отслоением ногтевой пластины от ложа; онихошизисом (26,66%), онихогрифозом (11,76%), т.е. утолщением и деформацией ногтевой пластины. (рис4) Причем в 33% случаев наблюдалось сочетание разных видов ониходистрофий. Изменение волос в виде истончения наблюдалось в 50% случаев, с алопецией была у 17%, корки на волосистой части головы были у 17% пациентов.

На стадии регресса признаки иммунного воспаления вытесняют дистрофические изменения кожи. Высыпания могут быть как распространенными, так и ограниченными, представлены преимущественно атрофией, склерозом и пигментацией (рис 5). Изменения ногтей наблюдалось у 45,45% пациентов, представлены онихорексисом (36%), онихошизисом (9,1%), онихолизисом (18,2%). Пациенты не предъявляли жалоб на зуд и стянутость кожи, но жалобы на сухость кожи сохранялись у 41,6%.

Анализ функционального состояния кожи показал, что уровень влажности по данным корнеометрии у больных с кожными проявлениями хРТПХ достоверно ниже, как в очаге поражения, так и в зоне контроля по сравнению с нормой  $p < 0,05$  (норма: влажность кожи более 36 ед., сальность 2-3 бар). Отмечено снижение сальности и влажности кожи на всех стадиях. Данные изменения говорят о недостаточности эпидермального барьера.

С целью восстановления эпидермального барьера 22 пациентам с прогрессирующей стадией кожных проявлений хРТПХ к основному лечению добавили наружные средства, содержащие гликозаминогликаны (ГАГ). Показано, что ежедневное применение ГАГ в составе комплексной терапии на протяжении 28 дней привело к регрессу субъективных ощущений, частичному регрессу высыпаний и восстановлению уровня влажности кожи с 26 (26-28) у.е. до 31 (30-34) у.е. и сальности кожи с 1 до 2 бар.

Таким образом показано, что применение ГАГ для наружной коррекции кожных проявлений хРТПХ эффективно. Использование функциональной диагностики кожи информативно для динамического наблюдения за пациентами с кожными проявлениями хРТПХ.

## **ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ**

*Пурицхванидзе В.А., Баткаева Н.В., Симаков Ю.Г., Орлова П.Г.*

*Медицинский центр высоких технологий ЛазерВита, Российский университет дружбы народов, Московский государственный университет технологий и управления им. К. Г. Разумовского, Москва*

К предраковым заболеваниям полости рта относятся болезнь Боуэна, лейкоплакия полости рта, папилломатоз, эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая, постлучевой стоматит. Предраковыми заболеваниями красной каймы губы являются болезнь Боуэна, бородавчатый предрак красной каймы, абразивный хейлит Манганотти, предраковый гиперкератоз, лейкоплакия

веррукозная, кератоакантома, кожный рог, папиллома с ороговением, эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая, постлучевой хейлит. Этиологические факторы, являющиеся пусковым механизмом для развития патологических состояний слизистой оболочки полости рта и губ, можно разделить на три основные группы:

- употребление раздражающих продуктов (алкоголь, табак, грубая пища, пряности);
- долго существующие стоматологические проблемы (плохо припасованные съемные протезы, недоброкачественные пломбы, разрушенные коронки зубов, аномалии положения отдельных зубов);
- вирусные, воспалительные, грибковые заболевания полости рта, а также заболевания ЖКТ.

Одной из проблем лечения предраковых заболеваний полости рта и губ, является тот факт, что при неэффективности консервативного лечения показана операция, побочным явлением которой может быть нарушение целостности органа, его функций и эстетический дефект. Большое внимание в определении выбора метода лечения предраковых заболеваний полости рта и губ заслуживает фотодинамическая терапия (ФДТ), так как является не только высокоэффективным, но и органосохраняющим методом лечения. Цель и задачи работы: Оценить эффективность ФДТ предраковых заболеваний полости рта и губ. Материалы и методы выполнения работы: Данное лечение проводилось 97-ми пациентам с предраковыми заболеваниями полости рта и губы. Возраст пациентов составлял от 29-ти до 82-х лет (66+13). ФДТ проводилась с использованием внутривенных фотосенсибилизаторов хлоринового ряда «Фотодитазин» или «Радахлорин» из расчета 0,8-1,2 мг/кг. Лекарственно-световой интервал составлял от 2-х до 3-х часов. Плотность энергии лазерного облучения - 200-250 Дж /см<sup>2</sup>. В качестве источника лазерного излучения использовались установки для фотодинамической терапии «Эломед» и «Милон» с длиной волны 662 нм. Для подведения световой энергии применялись световоды с микролинзой на конце. Полученные результаты: Оценка динамики осуществлялась через два месяца после проведения лечения. У всех больных произошла резорбция новообразований с сохранением органа. Эпителизация дефекта происходила в течение 1-го месяца. У всех пациентов отмечался отличный косметический эффект. Безрецидивный период наблюдения пациентов составил от 2-х до 10 лет. Выводы: ФДТ является эффективным, органосохраняющим и щадящим методом лечения предраковых заболеваний полости рта и губ, позволяющим избежать побочных явлений и сохранить анатомо-функциональную целостность органа, а значит и полноценный внешний облик человека.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РАКА КОЖИ**

*Пурицхванидзе В.А., Баткаева Н.В., Симаков Ю.Г., Орлова П.Г.*

*Медицинский центр высоких технологий ЛазерВит, Российский университет дружбы народов, Московский государственный университет технологий и управления им. К. Г. Разумовского, Москва*

Рак кожи занимает лидирующее место среди всех злокачественных новообразований. В структуре онкологической заболеваемости у мужчин этот вид опухоли занимает 3-е место (его доля составляет 11,5%), а у женщин - 2-е место (его доля составляет 16,6%). К раку кожи относятся меланома и немеланомные раковые заболевания кожи, такие как базально-клеточная (БКРК), метатипическая и плоскоклеточная карциномы. По гистологической структуре 78% приходится на базально-клеточный рак кожи, 18% - на плоскоклеточный рак. Переходные типы между базально-клеточным и плоскоклеточным раком составляют группу метатипического рака, который встречается в 2-3% случаев. Меланома встречается в 2,3% случаев. Пациенты с новообразованиями кожи первично обращаются, как к врачам дерматологам, так и к онкологам. Задача врачей дерматологов и онкологов правильно информировать пациентов о современных, высокотехнологичных методах лечения раку кожи. Согласно Приказу Минздрава России от 29.12.2012г. №1629н "Об утверждении перечня видов высокотехнологичной помощи", Фотодинамическая терапия (ФДТ) внесена в список высокотехнологичной медицинской помощи и является стандартом лечения предраковых и онкологических заболеваний. Цель и задачи работы: Показать высокую эффективность ФДТ рака кожи. На примере пролеченных больных продемонстрировать отличный косметический эффект после проведенного лечения. Материалы и методы выполнения работы: Данное лечение проводилось 1250 пациентам с раком кожи. Возраст пациентов составлял от 19-ти до 98-ми лет (65+11). ФДТ проводилась с использованием внутривенных фотосенсибилизаторов хлоринового ряда «Фотодитазин» или «Радахлорин» из расчета 0,8-1,7 мг/кг. Лекарственно-световой интервал составлял от 2-х до 3-х часов. Плотность энергии лазерного облучения - 200-300 Дж /см<sup>2</sup>. В качестве источника лазерного излучения использовались установки для фотодинамической терапии «Эломед» и «Милон» с длиной волны 662 нм. Для подведения световой энергии применялись световоды с микролинзой на конце. Полученные результаты: Оценка динамики осуществлялась через два месяца после проведения лечения. У всех пациентов отмечалась полная резорбция опухоли с отличным косметическим эффектом. Выводы: ФДТ является высокоэффективным, органосохраняющим и щадящим методом лечения рака кожи, позволяющим избежать побочных явлений и сохранить анатомо-функциональную целостность органа, а значит и полноценный внешний облик человека.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСУДИСТЫХ ЛАЗЕРОВ МЕТОДОМ ЧИСЛЕННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ**

*Пушкарева А.Е., Пономарев И.В., Исаяев А.А., Ключарева С.В.*

*Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН*

В связи с успешным использованием лазеров в медицинской практике для удаления телеангиэктазий и сосудистых

новообразований кожи [1,2], актуальным является вопрос сравнения результатов нагрева сосудов разными лазерами, применяемыми для данных целей, с точки зрения селективности и безопасности воздействия. Наиболее часто используемыми являются лазер на парах меди (ЛПМ, 578 нм), импульсный лазер на красителе (ИЛК, 585 нм), диодный лазер (980 нм) и YAG:Nd лазер (1064 нм), поэтому для этих лазеров был проведен сравнительный анализ температур, достигаемых в сосуде и окружающих тканях, при помощи компьютерного моделирования, которое является дальнейшим развитием работ по моделированию, описанных в [3]. Температура контролировалась в сосуде и в базальном слое. В расчетах были типичные параметры лазеров, которые обычно применяются для лечения сосудистых поражений кожи. Полученные расчетные результаты позволяют увидеть, что при близких значениях плотности энергии, температура базального слоя выше в случае ИЛК, чем у ЛПМ. Также наблюдается перегрев сосудов (диаметром от 25 мкм) в случае ИЛК (температура превышает 100оС, что приводит к закипанию воды в ткани и разрыву мелкого сосуда), что объясняет то, что после облучения ИЛК у большинства пациентов наблюдается «пурпура», которая отсутствует после воздействия ЛПМ.

Из полученных при расчетах результатов видно, что максимальная глубина, на которой сосуд может быть удален без перегрева базального слоя для ИЛК и ЛПМ разная. и зависит от диаметра сосуда. В целом, ИЛК может удалять более глубокие сосуды (практически до 1,5 мм глубиной), нежели ЛПМ (до 1 мм), однако при этом ИЛК перегревает сосуды диаметра от 25 мкм свыше 150оС, что может приводить к вскипанию жидкости внутри сосуда и разрыву сосудистой стенки (и образованию эффекта пурпуры). Кроме того, при воздействии ИЛК крупные сосуды прогреваются неравномерно, происходит нагрев только верхней части сосуда, вследствие чего может произойти локальный разрыв сосудистой стенки. При воздействии ЛПМ, как показывают расчеты, нет чрезмерно высокого нагрева мелких сосудов диаметром до 25 мкм, и прогрев глубоких крупных сосудов более равномерный. Меньше нагрев базального слоя, что позволяет более безопасно использовать ЛПМ для селективной коагуляции крупных сосудов, расположенных на глубинах до 1 мм.

Оба лазера, ИЛК и ЛПМ, не приводят к коагуляции нормальных (здоровых) капилляров (диаметром 7,5 мкм).

На глубинах до 2 мм ЛПМ и ИЛК имеют явное преимущество по нагреву неглубоко расположенного сосуда перед YAG:Nd и диодным лазерами. Согласно расчету, при одинаковых параметрах лазерного излучения наблюдается значительное отличие по степени нагрева неглубоко расположенного сосуда: диодный лазер и YAG:Nd нагревают сосуд всего на несколько градусов, а ЛПМ – примерно на 45оС. При этом селективность нагрева сосуда у этих лазеров значительно ниже, чем у ИЛК и ЛПМ. Как показывает расчет, происходит нагрев окружающих тканей, что является нежелательным эффектом.

Режимы нагрева сосуда, проверенные в расчете, использованы в работе аппарата лазерного медицинского на парах меди «Яхрома-Мед», разработанного и выпускаемого Физическим институтом им. П.Н. Лебедева для лечебных учреждений страны.

## **ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ MYCOPLASMA GENITALIUM- ИНФЕКЦИЕЙ – ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА**

*Романова И.В., Кисина В.И., Гуцин А.Е., Жукова О.В.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Научно-консультативный клинико-диагностический центр эпидемиологии, Москва*

Введение. Инфицирование *M.genitalium* может приводить к развитию уретрита у мужчин и цервицита у женщин, осложнением которых являются эпидидимит, реактивный артрит, воспалительные заболевания органов малого таза и, вероятно, женское бесплодие. В США и в странах Европейского Союза *M.genitalium* считается новым возбудителем ИППП. Одной из современных ключевых проблем лечения *M.genitalium*-инфекции, является стремительное развитие резистентности *M.genitalium* к антибактериальным препаратам различных фармакологических групп. В значительной степени рост и распространение устойчивых к антибактериальным препаратам штаммов *M.genitalium*, частота рецидивов инфекции зависят от выбора антибактериальных препаратов и схем лечения. Цель и задачи работы. Цель данного исследования: изучить тактику ведения больных *M.genitalium*-инфекцией, включая спектр назначаемых этиотропных препаратов, практическими врачами-дерматовенерологами МНПЦДК ДЗМ в сопоставлении с международными и отечественными клиническими рекомендациями. Основными задачами проводимой работы являются: 1. Оценить алгоритм действий врачей-дерматовенерологов при выявлении у пациента *M.genitalium* – инфекции. 2. Изучить спектр назначаемых антибактериальных препаратов в сопоставлении с современными подходами. Материалы и методы. Для исследования разработана Анкета врача, содержащая перечень различных вопросов тактики ведения пациентов с *M.genitalium* – инфекцией. Анкета включала в себя следующие пункты: стаж работы врача по специальности; категории пациентов, которым назначается лабораторное тестирование на *M.genitalium* (другие урогенитальные инфекции); назначается ли этиотропная терапия при выявлении *M.genitalium*; проводится ли обследование полового партнера при выявлении *M.genitalium*, рекомендуется ли обследование/лечение половому партнеру пациента с выявленной *M.genitalium*; наличие в практике врача неудач лечения *M.genitalium*-инфекции; какие препараты (разовые/курсовые дозы) назначаются при выявлении *M.genitalium*-инфекции; почему применяется именно данный препарат/схема лечения. В исследовании приняли участие 69 врачей амбулаторного приема 18 филиалов МНПЦДК ДЗМ, занимающихся проблемами ИППП. Основные результаты. Анализу подверглись анкеты 69 врачей-дерматовенерологов и урологов МНПЦДК ДЗМ, стаж работы которых составлял от 2 до 37 лет. Проведенный анализ результатов анкетирования показал, что ПЦР - исследование на наличие *M.genitalium* назначается 1/3 пациентов, обратившихся с целью обследования на ИППП, независимо от наличия у них субъективных и/или объективных симптомов. Еще 1/3

врачей - только пациентам с клиническими проявлениями инфекционно-воспалительных урогенитальных заболеваний или половым партнерам лиц, с установленной *M.genitalium* – инфекцией. И оставшаяся 1/3 врачей - всем обращающимся пациентам. Все специалисты, согласно анкетированию, считают необходимым обследование половых партнеров пациента с выявленной *M.genitalium* – инфекцией. Наибольший интерес представляют сведения о спектре назначаемых препаратов. Так, 67 из 69 (97%) врачей считают необходимым назначать этиотропную терапию при выявлении *M.genitalium*, независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов заболевания и рекомендуют, по возможности, лечение обоим партнерам. Анализ назначаемых схем лечения больных *M.genitalium*-инфекцией позволил установить, что 59 из 69 (86,0%) врачей считают препаратами первого выбора Доксциклин по 100 мг x 2р/д – 10 дней или Джозамицин 500мг x 3р/д – 10 дней (т.е. так, как рекомендуют отечественные Клинические рекомендации, не полностью соответствующие Европейскому Руководству по ИППП). Из группы фторхинолонов 6 из 69 (9%) дерматовенерологов назначали моксифлоксацин: 4 из 6 (67%) по схеме 400 мг x 1р/д – 10 дней; 2 из 6 (33%) - по 400 мг x 2 р/д – 10 дней (наиболее часто Моксифлоксацин использовали врачи со стажем более 20 лет. Среди молодых специалистов данный препарат указал лишь 1 врач). В 2 случаях из 69 (3%) рекомендовался Левофлоксацин по 500 мг 1-2р/д – 10 дней; в 4 из 69 (6%) анкет указан Офлоксацин по 400мг x 2р/д – 10 дней. Заключение. Анализируя полученные результаты анкетирования практических врачей-дерматовенерологов московского региона установлено отсутствие единого алгоритма ведения пациентов с *M.genitalium*-инфекцией и использование в рутинной практике схем лечения, не соответствующих современным международным данным доказательных клинических исследований.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПОТЕРИ ВОЛОС.**

*Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии косметологии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Научный центр психического здоровья, Москва*

Актуальность: На настоящий момент данные литературы, по которым можно было бы судить о распространенности сопутствующих психических нарушений у пациентов с различными вариантами потери волос, крайне ограничены. Это касается как психопатологических (например, тревога, депрессия), так и патохарактерологических (расстройства личности) нарушений. Своевременная диагностика указанных коморбидных расстройств и ведение с учетом как дерматологического, так и психического статуса пациентов и во многом определять удовлетворенность качеством медицинской помощи. Цель: Определить распространенность сопутствующих психических нарушений (тревоги, депрессии) и расстройств личности у пациентов с



различными вариантами потери волос. Методы: Выборка исследования (118 набл.; 97 женщин; средний возраст –  $36,6 \pm 13,4$  лет) была сформирована на базе Отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Все пациенты были обследованы врачом-дерматовенерологом (трихологом), установлены следующие клинические варианты потери волос: андрогенетическая алопеция (АГА, 44 набл.), диффузное телогеновое выпадение волос (ТВВ, 37 набл.), гнездная алопеция (ГНА, 28 набл.) и рубцовые алопеции (РА, 9 набл.). Для квалификации сопутствующих психических расстройств пациенты были консультированы психиатром, а также проведена психометрическая оценка с использованием госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS). Оценка расстройств личности осуществлялась с помощью методики SCID-II. Результаты: В изученной выборке в соответствии с результатами HADS повышенный уровень тревоги был выявлен у 34,7% пациентов (в 16,9% случаев – субклиническая, в 17,8% – клинически выраженная), депрессия – у 16,1% (12,7% – субклиническая, 3,4% – клиническая). При этом в целом по выборке более высокий суммарный средний балл оказался у тревоги ( $6,4 \pm 4,0$  баллов) в сравнении с депрессией ( $4,8 \pm 2,9$  баллов,  $p < 0,05$ ). Наиболее выраженной тревога была у пациентов с ГНА ( $7,1 \pm 3,4$  балла) по сравнению с АГА ( $6,1 \pm 3,8$  балла, н.д.), ТВВ ( $6,1 \pm 4,3$  балла, н.д.) и РА ( $6,0 \pm 5,3$  балла, н.д.). Коморбидные расстройства личности были обнаружены в 86,4% случаев (оценка с применением SCID-II). Наиболее часто встречался обсессивно-компульсивный тип (21,2%), реже – пограничный (12,7%), нарциссический (11,9%), избегающий (8,5%), параноидный (7,6%), шизоидный (5,1%), пассивно-агрессивный (4,2%), гистрионный (4,2%), антисоциальный (3,4%), шизотипический (3,4%), депрессивный (2,5%), зависимый (1,7%). Выводы. Тревожные расстройства, по-видимому, преобладают среди пациентов с различными вариантами потери волос, обращающихся за медицинской помощью. Также среди пациентов выборки была выявлена высокая распространенность РЛ, особенно тревожного кластера, прежде всего, обсессивно-компульсивного типа.

## **ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

*Сазонова М.А.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Москва*

Актуальность. Среди форм красного плоского лишая (КПЛ) с локализацией на слизистой оболочке полости рта (СОПР) наиболее тяжелой является эрозивно-язвенная (ЭЯФ). Данное заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, деструктивными поражениями эпителия СОПР (формированием эрозий и/или язв без склонности к эпителизации), что значительно ухудшает качество жизни пациентов: затрудняет прием пищи, вызывает постоянные болевые ощущения, нарушает режим сна. Одной из задач врача является правильная количественная оценка выраженности болевого синдрома пациентов с данной

патологией для дальнейшего выбора наиболее эффективного и адекватного метода лечения.

Цели и задачи. Провести оценку болевого синдрома при КПЛ СОПР и установить зависимость его степени от выраженности клинических проявлений.

Материалы и методы. Было обследовано 22 пациента (19 женщин (86,4%), 3 мужчины (13,6%)) в возрасте от 47 до 77 лет (средний возраст  $65,781 \pm 2,80$ ) с диагнозом КПЛ типичная форма (КПЛ ТФ) у 12 пациентов и КПЛ ЭЯФ у 10 пациентов. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 15 лет. Пациентам было проведено комплексное обследование по общепринятой методике, включающую сбор анамнеза и клинический осмотр. Для оценки выраженности болевого синдрома СОПР при ЭЯФ и ТФ КПЛ пациентам предлагались две визуально-аналоговые шкалы (ВАШ): цифровая рейтинговая шкала и шкала Хоссли-Бергмана.

Результаты: у пациентов с ТФ КПЛ по цифровой рейтинговой шкале были получены оценки от 0 до 2 (6 пациентов – оценка «0», 5 – оценка «1», 1 – оценка «2»). По шкале Хоссли-Бергмана 6 пациентов охарактеризовали болевые ощущения как «полное отсутствие боли», 6 – «слабая боль». У всех 12 пациентов с КПЛ ТФ наблюдались папулезные высыпания белого цвета, сливающиеся в кружевной рисунок, без воспалительных явлений по периферии и в основании на слизистой щек и дорзальной поверхности языка размером от 1 до 4 мм.

У пациентов с ЭЯФ КПЛ по цифровой рейтинговой шкале были получены оценки от 3 до 8 (по 2 пациента поставили оценки «3», «4», «5», три пациента поставили оценку «6», один пациент – оценку «8»). По шкале Хоссли-Бергмана 6 пациентов охарактеризовали болевые ощущения как «боль средней интенсивности», 3 – «сильная боль», 1 – «очень сильная боль».

У большинства пациентов (6) которые поставили средние оценки по обеим шкалам наблюдались единичные эрозивные элементы размером от 3 до 7 мм, по периферии, окруженные белыми папулами лишая, локализованных на слизистой щек. У двух пациентов, оценивших болевые ощущения как «сильные» и на «6» баллов, на слизистой обеих щек имелись множественные эрозии размером от 5 до 10 мм, окруженных по периферии белыми папулами, некоторые элементы были покрыты фибринозным налетом. У пациента, оценившего болевые ощущения как «очень сильные» и на «8» баллов, на слизистой оболочке щек и в переходной складке слева наблюдались множественные эрозии и одна язва размерами от 3 до 10 мм с папулезными высыпаниями по периферии от 2-5 мм белого цвета.

У двух пациентов, поставивших оценки «6» и охарактеризовавших свои болевые ощущения как «сильные», наблюдалась менее выраженная клиническая картина, чем у других, поставивших аналогичные оценки. Были отмечены лишь единичные эрозии размером от 3 до 6 мм, покрытые фибринозным налетом, с наличием типичных папул КПЛ по периферии.

Выводы. Результаты исследования позволяют сделать вывод о наличии четкой зависимости между формой КПЛ и интенсивностью болевых ощущений. При типичной форме КПЛ болевые ощущения минимальны или вообще отсутствуют. При ЭЯФ КПЛ степень болевых ощущений напрямую коррелируется с глубиной поражения тканей,



размером и количеством элементов и может варьироваться от средней до сильной.

## **ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ ИНВЕРСНЫХ АКНЕ.**

*Санакоева Э.Г., Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ильина И.В., Ахматова Н.К., Кузьминская М.А.*

*Институт медико-социальных технологий, Московский государственный университет пищевых производств, Научно-исследовательский Институт Вакцин и Сывороток им. И.И. Мечникова, Институт повышения квалификации, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» Филиал №2, «Специализированная клиника восстановительного лечения, филиал №2, Москва*

Инверсные акне (син.: acne inversa; гнойный гидраденит, hydradenitis suppurativa) - хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание апокриновых потовых и салльных желез, сопровождается синдромом окклюзии волосных фолликулов, характеризуется длительными и частыми рецидивами, трудно поддающихся терапии. Заболеваемость составляет 1-4% в общей популяции, женщины болеют чаще 1:3 и дебют отмечается во втором или третьем десятилетии в возрасте от 12 до 80 лет. У 25- 46% пациентов отмечается сочетание дерматоза с вульгарными угрями. В развитии заболевания на современном этапе важное значение имеют генетические, коморбидные факторы, метаболические и гормональные нарушения, участие микробиома кожи и иммунной системы. К настоящему времени получены новые данные, которые связаны с нарушением функционирования врожденного и адаптивного иммунитета при инверсных акне, что может приводить к дисрегуляции экспрессии цитокинов, антимикробных пептидов, дисбалансу клеточного и гуморального иммунитета, а также бактериальной резистентности на фоне метаболических и микроциркуляторных нарушений. Материалы и методы: Под наблюдением находилось 39 больных инверсными акне (АИ) в возрасте от 24 до 64 лет ( $34,9 \pm 1,6$ ) с длительностью существования от 3-х недель до 37 лет ( $15,1 \pm 1,6$ ). Иммунологические исследования включали определение уровней про-, противовоспалительных и регуляторных цитокинов в сыворотке крови методом твердофазного ИФА, содержания антимикробных пептидов (АМП) в коже и периферической крови. Статистическую обработку результатов проводили в рамках параметрической и непараметрической базовой статистики с использованием t-критерия Стьюдента, U-критерия Mann-Whitney, критерия Wilcoxon, применяя стандартный пакет статистических программ Windows 7 (StatSoft 7.0), Exel и WinMdi. Различия рассматривались как значимые при  $p \leq 0,05$ . Результаты: При изучении содержания  $\alpha$ -дефенсинов HNP1-3 в сыворотке периферической крови больных и в коже из очагов поражения с целью определения роли АМП в патогенезе заболевания. В группе больных концентрация

дефенсинов HNP1-3 в плазме была достоверно ниже, чем в группе здоровых лиц и составила  $32,9 \pm 7,1$  нг/мл. С развитием заболевания отмечалось снижение содержания HNP1-3 в плазме, что говорит о нарушении активации врожденного иммунитета. Выявлена также высокая обратная корреляционная связь между тяжестью течения и сывороточными уровнями HNP1-3 ( $r = -0,580$ ), ( $p < 0,05$ ). Получены данные об изменении концентрации в области очагов  $\alpha$ -дефенсинов HNP1-3 в зависимости от характера течения заболевания и они, являясь маркером нейтрофилов, проявляют микробицидное, хемотаксическое действие, а также иммуномодулирующую и цитотоксическую активность. Выявлены высокие концентрации HNP1-3 в отделяемом из очагов ( $64,8 \pm 11,6$ ) нг/мл. У больных с длительным затяжным, часто рецидивирующим течением отмечались низкие уровни  $\alpha$ -дефенсинов (до  $17,5$  нг/мл) по сравнению с показателями в сыворотке крови, что позволяет указать на прогностическую роль снижения уровней АМП. Изучение цитокинового профиля у больных АИ выявило исходно повышенную продукцию провоспалительных IL-1 $\beta$  ( $20,8 \pm 3,6$ ) пг/мл, IL-12 ( $19,6 \pm 2,2$ ) пг/мл, IFN- $\gamma$  ( $34,4 \pm 4,0$ ) пг/мл на фоне нормальных уровней продукции IL-2, IL-4, IL-5, IL-10. Выявили высокую прямую связь между тяжестью течения и уровнем IL-1 $\beta$  в сыворотке крови ( $r = 0,629$ ), ( $p < 0,05$ ). Повышение уровней провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у обследованных больных указывает на активацию аутоиммунного воспаления. Выявлено значительное повышение активности генов IFN-g ( $0,007 \pm 0,001$ ) у.е. и TNF- $\alpha$  ( $0,01 \pm 0,003$ ) у.е. по сравнению с группой здоровых лиц ( $0,001 \pm 0,002$  у.е. и  $0,002 \pm 0,002$  у.е. соответственно). Можно предположить, что повышение экспрессии транскриптов генов IFN-g и TNF- $\alpha$  отражает индукцию местного воспаления в очагах воспаления. Заключение: Установлены особенности иммунологического статуса при инверсных акне, сопровождающаяся снижением уровней антимикробных пептидов  $\alpha$ -дефенсинов HNP1-3 в сыворотке крови и коже; дисбаланс в цитокиновом профиле, проявляющейся в повышении IL-1 $\beta$  и сниженном уровне IL-12; IFN-g TNF- $\alpha$ . Установлена высокая обратная корреляционная связь между уровнями антимикробных пептидов в сыворотке крови и длительностью заболевания, а также тяжестью течения, что позволяет указать на их прогностическую роль при развитии заболевания.

## **ПФО-КОРРЕКЦИЯ – НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ.**

*Сафонова Л.А., Титель Ю.Б.*

*Институт медико-социальных технологий Московского государственного университета пищевых производств, Клиника антиэйджинга Пятый элемент", Москва*

С возрастом практически каждый человек сталкивается с проблемой повышенного выпадения волос. В 80% случаев речь идет об андрогенетической алопеции. В основе любой формы нарушения роста волос лежит продуктивный микроваскулит латентного течения и воспаление в зоне волосяного фолликула. Для нормализации естественного цикла роста волос необходимо восстановить активное

поступление кислорода и питательных веществ к волосным фолликулам. С этой задачей как нельзя лучше справляется новый революционный неинвазивный метод укрепления волос - ПФО-коррекция «Perflëor». Действие ПФО-коррекции с Perflëor основано на свойствах двух активных компонентов «Perflëor»: перфторуглеродов (ПФУ) и органических пептидов. ПФУ работают как адъюванты: они усиливают эффект всех биологически активных субстанций, включенных в препарат, оказывают ранозаживляющее действие, стимулируют синтез коллагена и активизируют метаболические процессы в клетках кожи. Благодаря своим нано-размерам (в 100 раз меньше эритроцита), ПФУ действуют на микромолекулярном уровне, доставляя кислород и органические пептиды к волосным фолликулам в дермальный слой, что нормализует микроциркуляцию крови в коже в\ч головы, активизирует в этой области обменные процессы и снабжает волосные фолликулы активными питательными веществами. Под наблюдением было 12 пациентов, 7 женщин и 3 мужчин в возрасте от 29 до 47 лет. Всем им проводилась наружная терапия с препаратами Perflëor. Количество сеансов колебалось от 8 до 12 раз, кратность посещения была 1 раз в 7 дней. У всех была достигнута положительная динамика. Существенно уменьшалось или полностью прекращалось выпадение волос, отмечалось также увеличение плотности и диаметра волос на 1 см<sup>2</sup>, уменьшение процента vellusных волос и увеличение скорости роста волос. Таким образом, ПФО-коррекция с Perflëor восстанавливает естественную микроциркуляцию крови в коже в\ч головы, запускает процессы регенерации волосных фолликулов и может использоваться в случае выпадения волос любой этиологии.

### **МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ КОЖИ В\Ч ГОЛОВЫ ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ.**

*Сафонова Л.А., Титель Ю.Б.*

*Институт медико-социальных технологий Московского государственного университета пищевых производств, Клиника Пятый элемент*

Андрогенетическая алопеция (АГА) наиболее частая причина нарушения роста волос у мужчин и женщин. Так у 80 % мужчин после 40 лет наблюдается те или иные признаки заболевания. Выпадение и истончение волос у женщин связано с АГА в 65% случаев. Некоторые специалисты рассматривают АГА как проявление ускоренного старения организма с повышенной чувствительностью волосных фолликулов к стрессовым факторам, в частности – оксидативному стрессу. Хотя АГА не относится к воспалительной форме облысения, однако в ряде исследований при гистологической диагностике было отмечено наличие продуктивного микроскопического васкулита, явлений гипоксии тканей и околофолликулярного лимфоцитарного инфильтрата.

Для нормализации естественного цикла роста волос необходимо восстановить активное поступление кислорода и питательных веществ к волосным фолликулам. С этой задачей как нельзя лучше справляется комбинированное средство на основе перфторуглеродов (ПФУ) и органических пептидов. ПФУ работают как адъюванты: они усиливают эффект всех

биологически активных субстанций, включенных в препарат, оказывают ранозаживляющее действие, стимулируют синтез коллагена и активизируют метаболические процессы в клетках кожи. Благодаря своим нано-размерам (в 100 раз меньше эритроцита), ПФУ действуют на микромолекулярном уровне, доставляя кислород и органические пептиды к волосным фолликулам в дермальный слой, что нормализует микроциркуляцию крови в коже в\ч головы, снимает воспалительную реакцию, активизирует в этой области обменные процессы и снабжает волосные фолликулы активными питательными веществами.

Под наблюдением было 15 пациентов с АГА, 7 женщин и 3 мужчин в возрасте от 29 до 47 лет. Всем им проводилась наружная терапия с препаратом на основе перфторуглеродов и органических пептидов. Препарат наносился методом фракционной мезотерапии. Количество сеансов колебалось от 6 до 12 раз, кратность посещения была 1 раз в 5- 7 дней. У всех была достигнута положительная динамика. Так у 5 женщин было практически полностью прекратилось выпадение волос. У всех пациентов в 1,5- 1,8 раза увеличилась плотность волос на 1 см<sup>2</sup>, отмечалось увеличение диаметра волос на 1 см<sup>2</sup>, уменьшение процента vellusных волос и увеличение скорости роста волос.

Таким образом, комбинированное средство на основе ПФУ и органических пептидов восстанавливает естественную микроциркуляцию крови в коже в\ч головы, запускает процессы регенерации волосных фолликулов и может использоваться при АГА у мужчин и женщин.

### **ВАРИАНТЫ ФЕНОТИПОВ ПРИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ МУТАЦИЯХ В ГЕНЕ ФИЛАГГРИНА.**

*Свечникова Е.В.*

*Поликлиника №1, Центральная государственная медицинская академия, Москва*

Цель исследования: оценить ассоциацию мутаций R501X и 2282del14 в гене FLG с атопическим дерматитом (АД) в русской популяции и вариациями фенотипа.

Материалы и методы. Обследована группа пациентов с атопическим дерматитом – 470 человек (31% мальчиков\мужчин, 69% девочек\женщин). В качестве контроля взята группа популяционной выборки 470 человек (31% мужчин, 69% женщин). Геномную ДНК выделяли из венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции.

Результаты.: из 470 пациентов с АД, 69 человек оказались носителями мутаций 2282del4 и R501X в гомо- или гетерозиготном состоянии (14,7%). Из них частота мутации 2282del4 была обнаружена в 12,8% случаев - 60 генотипов (3 – гомозиготное состояние и 57 – гетерозиготное состояние). Мутация R501X зафиксирована в 2,3% случаев, или 11 генотипов в гетерозиготном состоянии. Из 69 человек – 2 являлись компаунд-гетерозиготами. В группе контроля (470 человек), носительство мутаций 2282del4 и R501X в гене филаггрина в гетерозиготном состоянии составило 4,9%. При анализе клинических проявлений 60 пациентов являющихся носителями мутации 2282del4, у 6 были признаки как АД, так и вульгарного ихтиоза (ВИ).

При мутации R501X у 11 пациентов были клинические проявления АД, у 3 - ВИ. У двух пациентов являющихся компаунд-гетерозиготами по эти двум мутациям, у одного клиническая картина соответствовала и АД и ВИ.

Выводы: частота мутаций 2282del4 и R501X в группе пациентов с АД в русской популяции составляет 14,7%. Фенотип может быть представлен в виде АД или ВИ, или сочетания клинических проявлений и АД и ВИ или клинически здоровой кожи.

## **АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ГЕНОДЕРМАТОЗЫ.**

*Свечникова Е.В.*

*Поликлиника №1, Центральная государственная медицинская академия, Москва*

Цель исследования: определение частоты и структуры генодерматозов в группе пациентов с atopическим дерматитом (АД).

Материалы и методы: Всего обследовано 470 пациентов с торпидным вариантом течения АД. Возрастная структура пациентов представлена следующим образом: 11% составили пациенты от 0 до 11 лет, 58% составили пациенты в возрасте от 2 до 13 лет и 31% - пациенты старше 13 лет. По половому признаку - 145 мальчиков/мужчин (31%) и 325 девочек/женщин (69%).

В исследование вошли пациенты с установленным и зафиксированным в медицинской документации диагнозом АД (дерматологом, педиатром или аллергологом в различных лечебных заведениях) с распространённым характером поражения, с невыраженным эффектом от проводимой терапии, числом обострений до 3-4 раз в год и с тенденцией к увеличению их длительности. Оценивался анамнез начала и течения АД, изучался семейный анамнез с использованием клинико-генеалогического метода. Гистологическое исследование.

Результаты: По результатам обследования из 470 пациентов у 39 (8,3%) произошло изменение диагноза направления с АД как основного заболевания на АД как сопутствующий, но являющийся одним из ведущих симптомов генодерматоза эктодермального или эктомезодермального происхождения. Структура наследственных заболеваний представлена следующими нозологиями: 16 случаев эктодермальной дисплазии, 10 случаев X-сцепленного ихтиоза, 5 случаев синдрома Тоста-Унны, 5 случаев мастоцитоза, 1 случай лейомиомы, 1 случай гистиоцитоза и 1 случай гипотиреоза. Диагнозы лейомиомы и гистиоцитоза подтверждены гистологическим исследованием.

Выводы: учитывая, что доля наследственных заболеваний с кожными проявлениями в группе пациентов с торпидным течением АД, по результатам настоящего исследования, составила 8,3%, целесообразно включить в круг дифференциальной диагностики АД такие заболевания, как эктодермальная дисплазия, X-сцепленный ихтиоз, кератодермия Тоста-Унны, мастоцитоз. Применение клинико-генеалогического метода поможет определить перечень заболеваний для дифференциальной диагностики и круг необходимого обследования.

## **АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ХРОМОСОМНЫХ ПЕРЕСТРОЕК ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ.**

*Свечникова Е.В.*

*Поликлиника №1, Центральная государственная медицинская академия, Москва*

Цель исследования: определение частоты и структуры хромосомных аномалий в группе пациентов с atopическим дерматитом.

Материалы и методы: Всего обследовано 470 пациентов с торпидным вариантом течения atopического дерматита. В исследование вошли пациенты с установленным и зафиксированным в медицинской документации диагнозом atopический дерматит, который был подтверждён согласно диагностическим критериям J.M.Hanifin и G.Rajka. Из них, кариологическое исследование было выполнено 47 пациентам имеющих высыпания на коже, трактованные как atopический дерматит и различные полисистемные поражения, которые могли быть связаны с хромосомными aberrациями.

Результаты: По результатам проведённого кариотипирования, у 8 пациентов были найдены различные отклонения от нормального кариотипа, что составило 17%. В 3 случаях был выявлен кариотип соответствующий синдрому Шерешевского-Тернера. У одного пациента был обнаружен кариотип 46 XY inv 7 (gh ph), причём, при обследовании его матери, имеющей сходные с сыном проявления на коже была выявлена такая же хромосомная перестройка - 46 XX inv 7(gh ph). У 2 пациентов обнаружены незначительные, отличающиеся по размеру инверсии хромосомы 9, нельзя исключить вовлечение эухроматинового района 9q13 в инверсию. У 2 пациентов были выявлены транслокационные формы хромосомных перестроек, в одном случае реципрокная транслокация между 1 и 5 хромосомами с точками разрыва 1p32 и 5q31.2-32 и во втором случае реципрокная транслокация между хромосомами X и 15 с точками разрыва в районе центромер (p10; p10).

Выводы: учитывая, что распространённость хромосомных заболеваний в популяции составляет 0,5%, частота хромосомных перестроек полученная в настоящем исследовании (17%) достоверно превышает общепопуляционные цифры. Согласно полученным результатам, можно рекомендовать кариотипирование при торпидном варианте течения atopического дерматита, особенно при сопутствующей полисистемной патологии или нарушении репродуктивной функции.

## **ЭПОХА РАСЦВЕТА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОМИКОЛОГИИ**

*Сергеева М.А.*

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва*

В «период мирного строительства» и индустриализации в СССР 1930-х гг. – продолжалось развитие биологии, генетики и медицины в традициях русской научной школы, возглавляемой первоклассными и всемирно известными учеными: Н.И. Вавиловым, С.С. Четвериковым, Н.П. Дубининым, в микологии – А.А. Ячевским, Л.И. Курсановым

и Т.Д. Страховым, в дерматологии – А.А. Боголеповым, Н.А. Черногубовым, П.В. Никольским и другими. Наряду с появлением новых кожно-венерологических диспансеров и институтов были организованы первые микологические диспансеры. Областные поликлиники были реорганизованы в единые диспансеры, а кожно-венерологические кабинеты в них – в кожно-венерологические отделения. Помощь деревне была усилена в форме медицинских бригад, направление которых на время сельскохозяйственных работ, в том числе и для борьбы с грибковыми заболеваниями, стало традицией. Единую систему учёта венерических и заразных кожных больных, в том числе микозов, ввёл Объединённый Государственный Венерологический институт в 1935 г., что дало возможность анализировать заболеваемость, планировать организационные мероприятия. В научную работу с 1936 г. была введена плановость, а в 1938 г. началось проблемное планирование в дерматологии и микологии. Наиболее контагиозной инфекцией оказалась микроспория, наименее контагиозным микозом – фавус. Микроспория давала довольно значительные, но сравнительно быстро ликвидируемые вспышки, а трихофития протекала длительно. Заражение фавусом происходило главным образом в условиях длительного тесного, большей частью семейного контакта (А.М. Ариевич, 1937). В районах с плановыми массовыми осмотрами по данным А.М. Ариевича и М.И. Кожевниковой (1939) отмечалось снижение грибковых заболеваний в школах с 2% в 1930 г. до 0,3% в 1938 г. Кроме реорганизации в 1939 г. системы учёта заразных кожных, в том числе грибковых болезней, большие изменения были внесены и в текущую отчётность. Появились качественные показатели, характеризующие эффективность работы. Из грибковых заболеваний «Положением об учёте» предусматривалась регистрация на «извещениях» трихофитии и фавуса. Микроспория в перечне отсутствовала, так как встречалась относительно редко. Её предлагалось включать в группу трихофитии или вписывать этот диагноз от руки. Оценивая итоги работы дерматомикологов СССР по их публикациям за 1930-е годы, можно обратиться к такому ценному источнику, как «Библиографические указатели» С.М. Гитмана – «Русской дерматологии и венерологии» (том 1, содержащий сведения за 1930 и 1931 гг.), а затем – «Советской дерматологии и венерологии» (том 2, 1932–1938 гг.) и том 3, включающий 1939 г. В 1 томе содержится 19 статей за период в разделе «Грибки, грибковые заболевания», особо выделены 1 статья в разделе «микроспория», 5 статей – по грибковым инфекциям ногтей (в разделе «ногти и их заболевания»), 3 – в разделе «парша». Во 2 и 3 томах раздел по грибковым заболеваниям уже занимает несколько страниц и делится на части: «Борьба, статистика» (50 статей во 2 томе и 6 в 3-ем); «Клиника, диагностика» (соответственно, 47 и 10); «Лечение, профилактика» (19 и 17). Кроме, того, в этих томах появляются разделы по эпидермофитии (16 и 9 статей) и «дерматозам дрожжевым» (10 и 4). По микроспории во 2 томе перечислено 4 статьи, а в 3 – 1. По онихомикозам в разделе «ногти и их заболевания» – 13 во 2 томе и 5 в 3-ем, по парше – 17 и 1. По этим публикациям можно косвенно судить об удельной динамике этиологии дерматофитии: на фоне постоянных публикаций по микроспории (до 1 в год) почти убывает число работ по фавусу и растёт число работ по эпидермофитии. Развернутая в 1930-х работа по учету и анализу

заболеваемости, активному выявлению и профилактике антропонозной дерматофитии находит свое отражение в 56 публикациях за десятилетие (более 5 в год). Именно в эти годы – в эпоху, предшествующую появлению специфических лекарственных средств – постоянно предлагаются, внедряются и оцениваются новые методы лечения. Опыт напряженной совместной работы советских врачей-микологов в годы тяжелых для страны реформ и испытаний дал свои результаты. В 1930-е фактически произошло становление единственной в мире системы, позволившей победить заразные микозы без использования антимикотиков.

## **К ИСТОРИИ МОСКОВСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ И МИКОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ**

*Сергеева М.А., Белова Л.В., Сергеев А.Ю.*

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва*

Отмечая 870-летие Москвы и следя за успехами столичной дерматологии, можно перенестись всего лишь на 87 лет назад, и вспомнить, что обсуждали на своих научных форумах московские дерматовенерологи и микологи. Так, в 1930 г. на годичном заседании (6.02.1930) Московского дерматовенерологического общества (МОДВ) было избрано новое правление, а работа прежнего подверглась резкой критике. В передовой статье «На новом этапе (К реорганизации Московского Дерматологического и Венерологического Общества)» С.Л. Либерман, известный работами по таллию при трихомикозах, отметил, что «внимание трудящихся СССР сосредоточено на выполнении пятилетки в четыре года, что классовый враг замаскированно борется с социализмом, а наука в советской стране является классовой». МОДВ предписывалось вступать в соцсоревнование с другими научными обществами, создавая особые бригады с привлечением специалистов из пограничных областей медицины. Что же происходило собственно на «микологическом фронте»? По данным М.И. Кожевниковой, опубликованным в 1932 г., в Москве фавус составлял 31% среди всех грибковых болезней, выявлявшихся с 1925 г. в амбулатории для больных дерматомикозами детей Изолятора им. Ф.Э. Дзержинского. Был отмечен рост трихофитии в Москве с 49,4% в 1925 г. до 79,1% в 1934 г. за счёт уменьшения заболеваемости микроспорией. А микроспория у детей в 1-м Московском микологическом диспансере во второй половине 1930-х гг., снизившись до 7%, вернулась на третье место среди грибковых заболеваний. На IV Всесоюзном съезде по борьбе с венерическими и кожными болезнями (Москва, 27.01–2.02. 1937) О.Н. Подвысоцкой и другими активно обсуждались вопросы грибковых болезней. Съезд постановил в годы третьей пятилетки ввести единый учёт заразных кожных болезней, в том числе дерматомикозов. В резолюции съезда записано: «Для ликвидации очагов грибковых заболеваний в отдалённых районах СССР необходима организация специальных экспедиций, подвижных микологических пунктов с подвижными рентген аппаратами для лечения, организация подготовки кадров и проверки отдалённых результатов терапии». Необходимость открытия при КВД районных микологических пунктов была обоснована А.М. Ариевичем, в 1937 г. отмечавшим, что «распыление»



больных по различным кабинетам, отсутствие точного учёта и единообразной методики лечения чрезвычайно неблагоприятно отражалось на организации всего дела борьбы с грибковыми заболеваниями. Московским микологическим диспансером проводились специальные краткосрочные курсы для врачей и медсестёр школ, детсадов, детдомов, сестёр-эпиляторш, сестёр-обследовательниц, работников парикмахерских, бань. Подробные «Положение о работе микологических пунктов в Москве», «Инструкция по борьбе с грибковыми заболеваниями в школе для школьных врачей» были детально разработаны А.М. Ариевичем также в 1937 г. Экспериментальные работы по дерматомикозам выполнил заведовавший с 1936 г. кафедрой кожных и венерических болезней I Московского мединститута проф. Павел Семёнович Григорьев (1879–1940). Им издан «Учебник венерологии и кожных болезней» (1938) с главой по грибковым болезням. Издано «Руководство по дерматовенерологии» (1939) с разделом по микозам под редакцией В.А. Рахманова и Н.С. Смелова. Среди литературы по санитарно-просветительной работе удачной была признана брошюра А.М. Ариевича «Стригущий лишай и парша», вышедшая в том же 1939 г. На огромном материале Московского микологического диспансера (около 12 000 культур за 15 лет) было показано, что до 1936 г. возбудителем микроспории в столице являлся только *M. lanosum (canis)*. В 1938–1940 гг. были выявлены способности *M. canis* поражать в 80% пушковые волосы. Впервые в СССР А.М. Ариевич в 1938 г. описал новый для СССР гриб *M. ferrugineum* – характерный для Дальнего Востока, где уже развивался вооруженный конфликт с милитаристской Японией. В Московском микологическом диспансере был в 1939 г. организован специальный приём больных эпидермофитией. Многие начатые в 1930-е гг. новаторские разработки А.М. Ариевича сразу нашли применение в клинике и получили высокую оценку его современников – практикующих врачей. Некоторые из них сохраняли свою актуальность десятилетия, а часть из них пережила и всю советскую эпоху. В истории медицинской микологии проф. А.М. Ариевич останется не только истинным клиницистом и новатором, предложившим оригинальные методы лечения, автором классических трудов, но и ученым-гражданином, постоянно ощущавшим ответственность за судьбы науки и здоровье соотечественников.

### **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ.**

*Соловьев А. М., Абесадзе Г.А., Анохина Л.С., Кулешова Л. М.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии, Москва*

Актуальность. Несмотря на снижение в Российской Федерации заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), в целом, наблюдается повышение частоты вялотекущих, упорно рецидивирующих инфекций уrogenитального тракта. В этиологической структуре инфекций уrogenитального тракта основные роли

принадлежат как облигатным патогенам - *Ch. trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*, так и условно-патогенной флоре - *Mycoplasma spp.*, *Ureaplasma spp.*, *E. coli*, *Staphylococcus spp.* Причина рецидивирующего течения чаще всего кроется в развитии антибиотикорезистентности у микроорганизмов и функциональных нарушениях иммунной системы макроорганизма.

Целью работы явилось изучение эффективности комплексного лечения, рецидивирующего уrogenитального хламидиоза, основанного на клинико-иммунологическом показателе. Больные и методы. Провели обследование и лечение 158 больных рецидивирующим уrogenитальным хламидиозом (РУГХ). Причиной рецидивирования уrogenитальной хламидийной инфекции у всех 158 пациентов (мужчин – 104, женщин – 54) являлось наличие персистирующих форм хламидий, подтверждённое культуральным методом. Всем больным проводили стандартное обследование мочеполовой системы, микроскопическое исследование материала из уrogenитального тракта, тестирование этого материала на наличие ИППП с помощью ПЦР и культурального метода, исследование крови на сифилис, ВИЧ, общеклиническое и биохимическое исследование крови и мочи, анализ показателей иммунного статуса. Основными лечебными мероприятиями в терапии РУГХ было назначение антибиотика с противохламидийной активностью и иммуномодулятора Полиоксидоний. Мы выбрали 3 варианта терапевтической тактики: 1-я группа - при выявлении признаков недостаточности иммунной системы и признаков воспаления уrogenитального тракта (уретрит, цервицит) больным назначали комбинированное лечение – азоксимера бромид в сочетании с антибиотиком (n=88). 2-я группа - при выявлении признаков воспаления уrogenитального тракта и отсутствии иммунологических нарушений, назначали только антибиотик без иммунотропного лечения (n=39). 3-я группа – контрольная, у больных имелись признаки недостаточности иммунной системы и признаки воспаления уrogenитального тракта, и им назначали другие иммуномодуляторы в зависимости от типа иммунных нарушений в сочетании с антибиотиком (n=31). Азоксимера бромид представляет собой сополимер N-окси-1,4-этиленпиперазина и (N-карбокситил)-1,4-этиленпиперазиний бромида (азоксимера бромид), состоящий из 1000 элементарных звеньев. Препарат взаимодействует с внешней мембраной клеток иммунной системы и прямо или опосредованно активирует важнейшие звенья иммунной системы. Азоксимера бромид назначали по 6 мг внутримышечно 1 раз в сутки, первые две инъекции проводили ежедневно, затем 3 инъекции через день, остальные инъекции 2 раза в неделю, всего на курс 10 инъекций. После 4-й инъекции начинали курс антибактериальной терапии.

Результаты. Иммунологические исследования показали, что различные нарушения иммунного статуса встречались примерно у 75% больных РУГХ. Обнаруженные иммунные нарушения были вариabельны, но у каждого из этих больных выявили снижение относительно нижней границы ВОЗ хотя бы одного параметра иммунной системы. В целом у 25% больных выявили снижение относительно нижней границы ВОЗ количества CD3+ и CD16+-клеток, у 30% больных – количества CD8+ и HLA DR+-клеток, а также уровня IgG, у 50% – CD4+-клеток, у 75% больных – количества CD72+- и



CD21+ -клеток. Выявленные изменения свидетельствовали о недостаточности как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета. По сравнению с контрольной группой у больных наблюдалось статистически достоверное снижение относительных и абсолютных показателей естественных киллеров (CD16+), HLA DR-клеток, В-клеток (CD72+ и CD21+). Контрольное обследование, дало следующие итоговые показатели эффективности лечения: 1-я группа – хламидий не обнаружили у 74 из 88 больных – 84,1%, 2-я группа – хламидий не обнаружили у 30 из 39 больных – 76,9%, 3-я группа – хламидий не обнаружили у 21 из 31 больных – 67,7%. Таким образом, наибольшей эффективности лечения достигли при сочетанном использовании азоксимера бромид и антибиотиков. Эти результаты оказались статистически достоверными по сравнению с показателями эффективности лечения с применением традиционных иммуномодуляторов ( $p < 0,05$ ).

Заключение. Результаты проведенного лечения позволили установить, что рецидивирующее течение урогенитального хламидиоза является основным критерием для назначения фармакотерапии с использованием иммуностропного препарата независимо от степени и характера отклонений в иммунной системе. Обоснованием выбора иммуномодулятора для проведения иммуностропной терапии является его адекватная направленность действия и клиническая эффективность при конкретной инфекционной патологии. Включение иммуномодулятора азоксимера бромид в схемы комплексной терапии рецидивирующего урогенитального хламидиоза позволяет существенно повысить результаты лечения и воздействовать на прекращение рецидивов.

## **ИНФЕКЦИОННЫЕ АГЕНТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕАКТИВНЫХ ЭРИТЕМ**

*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 университет пищевых производств, Институт повышения квалификации, Москва*

Реактивные эритемы представляют собой группу дерматозов, вызванных различными эндогенными и экзогенными триггерными факторами. Этиопатогенез большинства реактивных эритем не до конца ясен, не всегда удается идентифицировать ключевой фактор и выявить его этиологическую и патогенетическую роль в развитии высыпаний. Цель исследования – изучение особенностей клинического течения реактивных эритем, поиск триггерных факторов. Материалы и методы: Под наблюдением находилось 348 больных различными клиническими формами реактивных эритем в возрасте от 3 месяцев до 65 лет. Больным проводилось бактериологическое исследование, ДНК-диагностика; вирус-специфические антитела определяли в сыворотке крови методом твердофазного ИФА, иммунного блоттинга, Вестерн-блота. Статистическую обработку результатов проводили в рамках параметрической и непараметрической базовой статистики с использованием t-критерия Стьюдента, U-критерия Манн-

Whitney, критерия Wilcoxon, применяя стандартный пакет статистических программ Windows 7 (StatSoft 7.0), Excel и WinMdi. Различия рассматривались как значимые при  $p \leq 0,05$ . Результаты собственных исследований: Внезапная экзантема была диагностирована у 26 детей в возрасте 2-4 лет. В результате проведения вирусологического исследования выявлены признаки первичной инфекции, вызванной герпесвирусами человека типа 6 – у 13 больных, типа 7 – у 11 больных, причем ассоциация ВГЧ-6 и ВГЧ-7 отмечена лишь у 2 больных. Односторонняя латерально-торакальная экзантема диагностирована у 7 больных в возрасте 5-8 лет, в результате проведения обследования у всех больных выявлены признаки реактивации ВЭБ. Папулезный акродерматит (Синдром Джанотти-Крости) наблюдался у 16 детей в возрасте 6-9 лет, в результате вирусологических исследований идентифицирован ВЭБ в слюне у 13 больных, респираторный синцитиальный вирус у 5 больных, аденовирус у 3 больных. Ревматическая эритема Лендорфа-Лейнера была диагностирована у 10 больных в возрасте 48-76 лет, у которых выявлена взаимосвязь высыпаний с общим ревматическим процессом. Эозинофильная кольцевидная эритема наблюдалась у 2 взрослых в возрасте 38 и 42 лет. Эритема извилистая ползучая Гаммела наблюдалась у 4 пациентов мужского пола в возрасте от 56-72 лет и была связана с наличием неопластического процесса. Фигурная персистирующая эритема была диагностирована у 7 больных у 5 мужчин и 2 женщин, в возрасте 28-67 лет. Нейтрофильная фигурная эритема, диагностированная у 5 детей и 2 взрослых. При анализе анамнестических данных и по результатам обследования среди заболеваний, ассоциированных с развитием эритемы, наиболее часто наблюдали ОРВИ (у 40% больных нейтрофильной эритемой и 28,57% фигурной персистирующей эритемой), эритема выступала в качестве маркера паранеоплазии у 100% больных эритемой Гаммела, 14,28% больных фигурной персистирующей эритемой, у 1 больного фигурной персистирующей эритемой выявлен кандидоз кожи и слизистых. У 60% детей с нейтрофильной фигурной эритемой развитию эритемы предшествовали рецидивы хронических воспалительных заболеваний ЛОР органов и органов дыхания. У больных МЭЭ клинико-лабораторное обследование позволило выявить триггерные факторы, среди которых в 72,72% случаев наблюдали рецидивы простого герпеса, в том числе атипичные и субклинические формы. У 5,7% больных в роли триггерного фактора выступала реактивация хронической ВЭБ-инфекции. Прием медикаментов способствовал развитию МЭЭ у 17,04% больных. Наличие у 63,64% больных высоких и средних титров антител к ВПГ-1 на фоне детекции антигена ВПГ-1 у (44,32%) больных МЭЭ указывает на активность ВПГ-1 в период рецидива МЭЭ. Наличие у 9,09% больных высоких и средних титров антител к ВПГ-2 на фоне детекции антигена ВПГ-2 указывает на активность ВПГ-1. При обследовании 19 больных кольцевидной центробежной эритемой Дарье выявлено, что у 47,37% больных первичной манифестации предшествовали простудные заболевания. Вирусы семейства herpesviridae идентифицированы у 15 больных: у 13 - ВЭБ, из них у двух больных в ассоциации с ВГЧ-6 типа, у одного с ВПГ1, у одного больного ВГЧ-6 типа в ассоциации с высокой степенью колонизации носоглотки *S.aureus*, у одного больного только *S.aureus*. В ходе анализа анамнестических

данных и по результатам вирусологических исследований в группе больных ЭКЦ триггерные факторы выявлены у 63,16% больных, из которых у большинства в роли триггеров выступала активация хронической ВЭБ-инфекции 52,63%, у 10,53%/2 больных – реактивация ВЭБ и ВГЧ-6 типа.

## **ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ.**

*Стенько А.Г., Талыбова А.П.*

*Центральная государственная медицинская академия,  
Москва*

Проблема лечения гипертрофических рубцов до сих пор остается актуальным вопросом дерматологии, косметологии и хирургии. Это обусловлено и широкой распространенностью данной патологии и частой локализацией на открытых участках тела (лицо, шея и декольте), что ведет к психологическим и социальным проблемам у пациентов. Гипертрофические рубцы отличаются избыточным образованием фиброзной ткани и возникают в результате затяжного воспаления, длительной гипоксии, присоединения вторичной инфекции, снижения местных иммунологических реакций. Рост гипертрофического рубца начинается сразу после заживления и характеризуется образованием «плюс ткань» по площади равной раневой поверхности. В большинстве случаев лечение рубцовых деформаций включает несколько направлений и подразумевает использование комбинированных фармако – физиотерапевтических методик. Включение в комплексную терапию наряду с медикаментозными средствами физиотерапевтических факторов значительно повышает эффективность проводимого лечения. Одним из перспективных методов в коррекции гипертрофических рубцов является применение конъюгата гиалуронидазы – универсального вещества для воздействия на соединительную ткань, механизм действия которого заключается в уменьшении гиперпролиферации клеток соединительной ткани, а также в подавлении их стимуляции продуктами распада тканей, что в итоге снижает синтез коллагена и восстанавливает активность собственной коллагеназы к видоизмененному коллагеновому субстрату. Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов (11 женщин и 4 мужчины) с гипертрофическими рубцами в возрасте от 18 до 48 лет, с длительностью процесса от 1 до 6 месяцев. Преобладали пациенты с единичными рубцовыми деформациями, множественные рубцы отмечались у 5 пациентов. Локализация рубцовых деформаций на коже спины отмечалась у 5 пациентов, в области верхней трети груди 7 пациентов, у остальных 3 пациентов на коже лица. С целью коррекции рубцовых деформаций применяли курс инъекционного внутрирубцового введения конъюгата гиалуронидазы 1 раз в 5 - 7 дней, всего 5 инъекций в сочетании с процедурами низкоэнергетической инфракрасной лазерной терапии. Лазерное излучение оказывает противовоспалительное, сосудорасширяющее, противоотечное, иммуномодулирующее действие, стимулирует репаративные процессы, улучшает процессы обмена, подавляет экссудативные и пролиферативные процессы, что послужило обоснованием его включения

в комплекс терапии больных с гипертрофическими рубцами. Процедуры лазеротерапии проводились в режиме фиксированной частоты – 1500 Гц, при импульсной мощности 4-6 Вт/имп, контактно – лабильно, по 10 – 15 минут, ежедневно, курсом до 15 процедур. В результате комплексного лечения у всех пациентов с рубцовыми гипертрофиями отмечалось оседание, размягчение и уплощение рубца, уменьшение интенсивности окраски, сглаживание микрорельефа на 90 – 70 %. Различий результатов коррекции в зависимости от локализации процесса отмечено не было. Таким образом, комбинированный метод внутриочагового введения конъюгата гиалуронидазы и лазерного воздействия является высокоэффективными для лечения «свежих» гипертрофических рубцов.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОСМЕТОЛОГИИ**

*Стенько А.Г., Талыбова А.П.*

*Центральная государственная медицинская академия,  
Москва*

Очень часто высыпания при хронических дерматозах (крачный плоский лишай, псориаз, акне) разрешаются с остаточными явлениями, такими как эритема, поствоспалительная гиперпигментация, которые могут существовать в течение длительного времени. Лечение указанных побочных эффектов остается сложной задачей, несмотря на внушительный перечень средств для системной и наружной терапии. Если для лечения пигментации подходит большинство осветляющих средств на основе гидрохинона или фруктовых кислот, то для устранения застойной поствоспалительной эритемы местная медикаментозная терапия оказывается малоэффективной. Лазерная фототерапия является эффективным средством коррекции сосудистого компонента эритематозных застойных пятен. Цель. Оценить эффективность комбинированного лечения застойной эритемы, возникшей после разрешения элементов сыпи различных дерматозов импульсным лазером на красителях (ИЛК) в сочетании с низкоинтенсивной лазерной терапией (НИЛТ). Методы. 27 пациентам с остаточными явлениями в виде застойной эритемы, гиперпигментации, была назначена комбинированная терапия с использованием импульсного лазера на красителях (VBeam perfecta, Candela,  $\lambda$  - 595 нм) и низкоинтенсивной лазерной терапии инфракрасным лазером (аппарат МИЛТА-Ф-8-01,  $\lambda$  - 850 нм). Лечебный курс состоял из 3 – 5 процедур ИЛК с интервалом 2 недели, и 8 – 10 сеансов НИЛТ ежедневно. Параметры лечения ИЛК: диаметр пятна 10 мм; плотность энергии – 8 – 9,5 Дж/см<sup>2</sup>; длительность импульса – 1,5, 3 и 6 мс. Параметры НИЛТ: импульсный режим, частота 10 Гц; мощность излучения – 3,5 – 7 мВт. Лечение продолжалось до полного исчезновения признаков поствоспалительной эритемы в области постакне. Клиническая оценка проводилась до лечения, через 1 месяц и после окончания лечебного курса. Результаты. Заметное клиническое улучшение наступило у всех пациентов сразу после начала терапии. Было отмечено уменьшение эритемы и болезненности в области папулы. У 18 пациентов после

3 процедур ИЛК и 5 процедур НИЛТ наблюдалась полная редукция папулезных элементов без остаточных явлений. 9 пациентам указанная терапия была продлена до 5 процедур ИЛК и 10 процедур НИЛТ. 3 пациентам дополнительно была назначена местная терапия гидрохиноном и фруктовыми кислотами. Побочные эффекты лазеротерапии были минимальными, что не ограничивало социальную активность пациентов. На протяжении 6 месяцев после окончания курса лечения у 23 (85,1%) пациентов не было отмечено признаков рецидива заболевания. У 4 (14,9%) пациентов нам не удалось добиться полного исчезновения застойных явлений. Для дополнительной коррекции им был назначен курс фракционного фототермолиза с использованием лазера Fraxel restore (Solta Medical). Выводы. Обнадёживающие результаты настоящего исследования доказывают, что лазерная фототерапия с использованием ИЛК и НИЛТ способствует более быстрому и эффективному лечению поствоспалительных остаточных явлений. Эффективность комбинированной лазеротерапии основана на синергизме ИЛК и НИЛТ, т.е. коагуляция сосудов в очаге поражения способствует увеличению противовоспалительной активности НИЛТ.

## **ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ПОСТАКНЕ**

*Стенько П.Г., Талыбова А.П.*

*Центральная государственная медицинская академия,  
Москва*

Практически все клинические формы вульгарных угрей могут разрешаться с остаточными явлениями: поствоспалительная эритема, гиперпигментация, рубцовые изменения, которые обычно существуют в течение длительного времени и, являясь косметическим дефектом, значительно снижают качество жизни пациентов. Лечение указанных побочных эффектов по – прежнему, остается сложной задачей, несмотря на внушительный перечень средств, как для системной, так и наружной терапии. Если для лечения пигментации подходит большинство осветляющих препаратов на основе гидрохинона или фруктовых кислот, то для устранения застойной поствоспалительной эритемы и рубцовых деформаций местная медикаментозная терапия оказывается, как правило, малоэффективной. Несомненно, самым эффективным средством эстетической коррекции сосудистого компонента эритематозных застойных элементов кожи является метод селективного лазерного фототермолиза. Для этой цели предпочтительнее использовать лазерное излучение в спектральном диапазоне 585 – 595нм, основным целевым хромофором которого является оксигемоглобин. Из низкоинтенсивных лазеров наиболее часто в дерматологии и косметологии используется лазерное излучение красного и инфракрасного спектра, которые обладают большей проникающей способностью и достаточно физиологичным действием на ткани кожи. Поглощаясь биологическими структурами в этом случае, излучение оказывает фотохимическое действие, которое и обуславливает лечебные эффекты данного вида лазера. Известно, что сочетанные и комбинированные методики

вызывают более высокий терапевтический эффект за счет потенцирования и суммации, вызываемых ими эффектов. Целью данного исследования явилась оценка эффективности комбинированного применения импульсного лазера на красителях (ИЛК) и низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛТ) в восстановительной коррекции застойной эритемы, возникшей после разрешения вульгарных угрей. Под нашим наблюдением находилось 37 пациентов с остаточными явлениями в виде застойной эритемы, возникшей после разрешения вульгарных угрей, и единичными папулезными элементами, которым была назначена комбинированная терапия с использованием импульсного лазера на красителях (VBeam perfecta, Candela,  $\lambda$  - 595 нм) и низкоинтенсивной лазерной терапии инфракрасным лазером (аппарат МИЛТА-Ф-8-01,  $\lambda$  - 850 нм). Лечебный курс состоял из 3 - 5 процедур ИЛК с интервалом 2 недели, и 8 - 10 сеансов НИЛТ, проводимых ежедневно. Параметры лечения ИЛК: диаметр пятна 10 мм; плотность энергии - 8 - 9,5 Дж/см<sup>2</sup>; длительность импульса - 1,5, 3 и 6 мс. Параметры НИЛТ: импульсный режим, частота 10 Гц; мощность излучения - 3,5 - 7 мВт. Заметное клиническое улучшение наступило у всех пациентов сразу после начала терапии, так было отмечено уменьшение эритемы и разрешение папулезных элементов. У 18 пациентов после 3 процедур ИЛК и 5 процедур НИЛТ наблюдалась полная редукция эритемы и папулезных элементов без остаточных явлений. 9 пациентам указанная терапия была продлена до 5 процедур ИЛК и 10 процедур НИЛТ. 3 пациентам дополнительно была назначена местная терапия гидрохиноном и фруктовыми кислотами. Побочные эффекты лазеротерапии были минимальными (незначительное чувство жжения в местах воздействия), что не ограничивало социальную активность пациентов. После курса комбинированной лазеротерапии у 25 (92,6%) пациентов было отмечено полный регресс поствоспалительной эритемы. У 2 (7,4%) пациентов нам не удалось добиться полного исчезновения застойных явлений, для дополнительной коррекции им был назначен курс фракционного фототермолиза с использованием лазера Fraxel restore (Solta Medical). Обнадёживающие результаты настоящего исследования доказывают, что комбинированная фототерапия с использованием высокоинтенсивных и низкоинтенсивных лазеров способствует более быстрому и эффективному лечению остаточных явлений после разрешения вульгарных угрей. Высокая терапевтическая эффективность комбинированной лазеротерапии, по-видимому, основана на синергизме ИЛК и НИЛТ, при этом коагуляция сосудов в очаге поражения способствует увеличению противовоспалительной активности низкоинтенсивного лазерного излучения.

## **УСТРОЙСТВО ДЛЯ МАССАЖА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

*Суворов С.А.*

*Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.Разумовского, Саратов*

В лечении больных воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы и, в частности хроническим простатитом, особое место занимают физические методы и, прежде всего,

массаж. Активное удаление из ацинусов предстательной железы патологического содержимого способствует восстановлению дренажной функции и микроциркуляции в простате. При этом значительно сокращаются сроки лечения. Вместе с тем, обычно используемый в практической медицине пальпаторный чрезректальный массаж позволяет воздействовать только на незначительную, прилегающую к прямой кишке часть железы. Не существует и устройства способного осуществлять полноценный массаж предстательной железы. Предложенный для лечения уретритов аппарат "Интрамаг" (патент № 204592) дает возможность оказывать механическое влияние на ткань мочеиспускательного канала и лишь только на боковые его части, а также прилегающие участки предстательной железы. Между тем, передние и задние участки уретры и простаты остаются полностью вне зоны физического воздействия. Нами разработано устройство (свидетельство на полезную модель № 28954), позволяющее производить последовательно массаж всех отделов простаты во всех направлениях за счет активного движения катетера. Устройство включает катетер с вмонтированными в него постоянными магнитами, оси которых расположены относительно друг друга под углом 90 градусов и источника внешнего бегущего по кругу (вокруг уретры на уровне постоянных магнитов катетера) электромагнитного поля, образуемого 4 катушками равноотстоящих друг от друга, оси которых попарно перпендикулярны, укреплены в кольце, выполненном из диэлектрика. Кольцо с магнитами размещается в области лобка, промежности и паховых складок. Катушки подключаются к источнику внешнего электротока через электронный блок, что позволяет проводить массаж предстательной железы во всех направлениях за счет последовательного активного движения катетера, осуществляемого притягиванием с одной стороны и отталкиванием с противоположной. Одновременно с массажем устройство позволяет осуществлять магнитотерапию и магнитофорез введенного в полость катетера (через отверстия на его поверхности) раствора лекарственного препарата. Таким образом, катетер в разработанном устройстве оказывает на ткань простаты не пассивное механическое воздействие под влиянием внешнего магнитного поля, а активно притягивается с одной стороны и отталкивается с противоположной. Кроме того, одновременное воздействие вибрацией и магнитным полем позволяет проводить микромассаж уретры и предстательной железы в сочетании с гидромассажем, облегчает процесс ирригации и аспирации препаратов за счет волнообразного характера колебаний катетера в бегущем магнитном поле.

## **ОБЩЕЕ В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ПСОРИАЗОМ**

*Трофимова И. Б., Гевондян Н.М., Земсков М.Д., Дейгин Д.И.*

*Российский университет дружбы народов, медицинский институт. Учреждение Российской академии наук Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова, Центральная клиническая больница Российской академии наук, Москва*

Из многочисленных работ известно, что неполноценность иммунного ответа, наблюдаемые у больных атопическим дерматитом и псориазом, приводят к снижению адаптации организма, повышению его восприимчивости к различным инфекциям с формированием очагов хронического воспаления.

Цель исследования: сравнительный анализ иммунного статуса больных атопическим дерматитом (n=25) и псориазом (n=23), получавших комплексное лечение с добавлением иммуностропной терапии.

Клиническая картина тяжести заболевания и его динамика оценивались по индексу SCORAD и PASI; первоначально значения показателей варьировали между 42-57 и 24-27, соответственно.

Первичное обследование иммунного статуса показало, что общим для всех больных в стадии обострения являлось увеличение числа Т- и В- лимфоцитов (в 1,5-6 раз), снижение фагоцитарной активности нейтрофилов до 60-75% (норма  $82,7 \pm 2,3\%$ ), способности нейтрофилов генерировать радикалы кислорода в ответ на опсонизированные антигены до  $22-25 \pm 3,5$  (норме 40-80), снижение уровня альфа- и гамма-ИФН, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов ( $65-130$  у.е) и незначительные отклонения уровня иммуноглобулинов G, A, M, при этом характерным являлось снижение функциональной активности нормальных иммуноглобулинов G вне зависимости от антигенной специфичности антител до значений авидности  $0,11 \pm 0,02$  (норма 0,8-1).

Для сравнительного анализа иммуностропного эффекта с традиционным лечением больных АД и псориаза был применен метод фотодинамической терапии (НОИ), при котором надкожное облучение пространственно протяженных зон пациента, связанных с периферическими органами иммунной системы, осуществлялось монохроматическим светом с длиной волны 660 нм, мощностью 0,5 мВт/см<sup>2</sup>. Оптимальный терапевтический эффект НОИ отмечался после 10 сеансов терапии и превышал результаты традиционного лечения у больных АД на 47%, псориазом – на 34%. Следует отметить, что индикация иммуностропного эффекта, базируемая на тестах 1-2 уровня, ввиду широкого диапазона колебания значений оказалась не столь выразительной. Большинство показателей в средней степени коррелировали с проявлениями болезни. Однако важно отметить, что в обеих группах больных наибольшая клиническая корреляция ( $r = 0,87-0,92$ ) наблюдалась не с уровнем антителогенеза, а функциональной активностью антител.

Полученные результаты согласуются с выдвинутой ранее концепцией о том, что снижение авидитета секретируемых антител, патогенетически связанное с расстройствами фолдинга антител в плазматических клетках, является стереотипным механизмом развития вторичной иммунной недостаточности при некоторых кожных заболеваниях.

## **ВИДЫ МИКОЗОВ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИЦИТОКИНОВУЮ ТЕРАПИЮ**

*Трунова А.В., Разнатовский К.И., Котрехова Л.П.*



*Научно исследовательский институт медицинских микозов им. П. Н. Кашкина, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт - Петербург*

За последние годы в связи с широким внедрением в практику иммуносупрессивных препаратов, противоопухолевых препаратов, антицитокиновых препаратов и пр. значительно увеличился рост поверхностных микозов в том числе и кожи. Возбудителями грибковых инфекций становятся как первичные патогены-дерматомицеты, так и условно-патогенные -Candida spp. и Malassezia spp. Своевременное выявление микозов кожи предотвращает развитие более серьезных осложнений и распространение процессов. Многие внеклеточные грибки вызывают сильный th17-лимфоцитарный ответ, путем активации дендритных клеток и в результате производства th17-лимфоцитов - индукторов цитокинов (ил-6, ил-23). Клетки th17 стимулируют воспаление, а нейтрофилы и моноциты направлены на уничтожение грибковой инфекции. Кандидозная инфекция, к примеру, часто начинается на слизистых оболочках, а клеточный иммунитет, предотвращает распространение грибка в ткани. Грибы рода Candida являются истинными условно-патогенными микроорганизмами. Клинические проявления могут локализоваться в полости рта, горла, кожи, волосистой части головы, влажных местах, пальцах кистей и стоп, ногтевых пластинках, бронхах, легких, желудочно-кишечном тракте, или стать системным вплоть до эндокардита и менингита. У здоровых лиц, кандидозная инфекция возникает, как правило, вследствие нарушения функции эпителиального барьера и встречается во всех возрастных группах, но наиболее часто встречается у новорожденных и пожилых людей, они чаще всего поверхностные и легко поддаются лечению. А у пациентов с клеточно-опосредованной иммунной недостаточностью и получающих иммуносупрессивную терапию, грибковая инфекция протекает в более тяжелой форме и требует тщательного подхода к выбору терапии. Цель: Изучить видовое разнообразие грибковой инфекции у пациентов, получающих антицитокиновую терапию. Материалы и методы: В исследования были включены 30 пациентов со среднетяжелой и тяжелой формами псориаза, находящихся на лечении антицитокиновыми препаратами. Возраст пациентов варьировал от 30 лет до 60 лет. Контрольную группу с аналогичным возрастным промежутком составляли 25 пациентов, не находящихся на лечении иммуносупрессорами. Для микроскопии патологического материала использовали 30% раствор КОН с добавлением флюорохрома – калькофлюора белого и просматривали препараты в люминесцентном микроскопе. При культуральном исследовании патологический материал засеивали на агар Сабуро с левометицином (хлорамфениколом). Посевы инкубировали при 28 °С в течение 2-3-х недель. Выросшие культуры грибов идентифицировали по морфологическим и биохимическим свойствам. Для определения дрожжей использовали тест-систему «Auxacolor 2» (BioRad). Результаты: Среди пациентов с лекарственной иммуносупрессией были выделены возбудители дерматомикозов и кандидоза кожи. Кандидоз крупных складок, в структуре поверхностного кандидоза кожи составлял 50% - C. albicans, наиболее распространенные виды (50-60%), C. glabrata (15-20%),

C. guilliermondi (<5%), C. krusei (<5%) (это 15 пациентов, находящихся на лечении антицитокиновыми препаратами, в то время как в контрольной группе только у 2 пациентов был выделен грибок рода C.albicans). Пациентов с дерматомикозом, обусловленным T.rubrum – 66,4%, T. interdigitale – 1,8%, T. tonsurans – 4,2% (в контрольной группе только у 2 пациентов был выделен Trichophyton interdigitale). Выводы: Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что кандидоз является наиболее распространенной причиной грибковой инфекции у лиц, принимающих препараты антител к ФНО (инфликсимаб, адалимумаб). А риск развития дерматофитии, у лиц с нарушением нормальных защитных механизмов кожи так же значительно выше, чем у людей без сопутствующей иммуносупрессией, вызванной приемом антицитокиновых препаратов (в соотношении 15:2).

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ 311НМ ФОТОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ**

*Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б.*

*Центральная государственная медицинская академия,  
Москва*

Последние научные исследования показали, что волны с длиной волны 311 нм дают максимальный терапевтический эффект при лечении многих хронических кожных заболеваний. На сегодняшний день отмечается высокая эффективность применения ультрафиолета именно этого диапазона в терапии кожных заболеваний и у детей в связи с тем, что требуется меньшее количество процедур, необходимых для достижения эффекта, достигается более длительная ремиссия, отмечаются меньшие побочные реакции, есть возможность сочетать данную терапию с другими видами лечения. Немаловажным является и то, что канцерогенность этого вида лечения признана минимальной по сравнению с другими методами УФ. Материалы и методы: под наблюдением находились 56 детей в возрасте от 5 до 18 лет с распространенной формой псориаза. Во всех случаях кожный процесс носил распространенный, 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 311 нм терапии определялась без МЭД. Средняя начальная доза облучения составила 0,1–0,2 Дж/см<sup>2</sup>. Процедуры проводили 2–3 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышали каждую процедуру или через на 0,1 Дж/см<sup>2</sup>, при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляли постоянной. На курс назначали 20-24 процедуры. Результаты: эффективность лечения и положительный эффект наблюдали у всех пациентов. Клиническая ремиссия (уменьшение индекса PASI более, чем на 95% от исходного значения) достигнута у 62 % пациентов. Переносимость УФВ 311 нм оценивалась как очень хорошая. Побочные реакции в виде преходящей эритемы отмечаются у 12 % больных, сухости – у 18%. 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 кремы. Выводы: все вышеизложенное дает основание с уверенностью утверждать, что применение УФВ 311 нм фототерапии является высокоэффективным и безопасным методом лечения псориаза у детей, и позволяет более широко использовать ее в практике детского дерматолога.

### **УФВ 311НМ И МЕТОТРЕКСАТ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ.**

*Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б.*

*Центральная государственная медицинская академия,  
Москва*

В последние десятилетия отмечается увеличение случаев тяжелого течения псориаза у детей. Научные исследования последних лет показали, что узкополосная фототерапия УФВ (311 нм) обладает высокой терапевтической эффективностью при умеренной и тяжелой форма псориаза. В то же время более чем 40 лет антиметаболит Метотрексат используется в лечении псориаза. Целью исследования является разработка высокоэффективного метода комбинированной терапии тяжелых псориазом с торпидным течением у детей. Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 18 детей возрасте от 12 до 18 лет с диагнозом вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, тяжелое течение: PASI среднем по группе показатель составил  $36,4 \pm 6,5$  очков. Во всех случаях процесс был вялотекущим характером, что проявлялось в недостаточной эффективности традиционной медикаментозной терапии. Перед началом терапии всем пациентам проводили тщательное обследование: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентген легких, консультации взаимодействие специалистов (терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог). Комбинированное лечение включало: инъекции метотрексата 7,5 - 10 мг в сутки один раз в неделю в течение 4-6 недель. Начальная доза общей УФВ 311 нм терапии определялась без МЭД. Средняя начальная доза облучения составила 0,1-0,2 Дж/см<sup>2</sup>. Процедуры проводили 2-3 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышали каждую процедуру или через процедуру на 0,1 Дж/см<sup>2</sup>, при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляли постоянной. Курс состоял из 20-22 процедур. Результаты: у 10 пациентов (55,6%) было достигнуто клиническое излечение – снижение индекса PASI на 95% и более, у 8 (44,4%) – значительное улучшение – снижение индекса PASI на 94-75%. Никаких побочных эффектов или осложнений после применения комбинированного метода лечения не выявлено. Комбинированный метод является очень безопасным, о чем свидетельствует отсутствие угнетения кроветворения, нормального уровня печеночных трансаминаз и креатинина в сыворотке крови. Отдаленные результаты наблюдения показали, что период ремиссии у 58,4 % больных длился один год или более, на 41,6% - более шести месяцев. Выводы: сочетанное применение метотрексата и UVB 311nm терапии в лечении детей с тяжелыми формами псориаза является весьма эффективным, безопасным, патогенетически способ

добиться быстрого регресса симптоматики и осуществлять длительный контроль заболевания.

### **НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.**

*Уджуху В.Ю., Кубылинский А.А.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва*

Цель исследования.

Изучение клинической эффективности и безопасности применения ликопида у больных псориазом, его влияние на состояние цитокинового статуса.

Пациенты и методы.

Всего лечение (амбулаторно и в стационаре) с последующим наблюдением получили 86 пациентов (50 женщин и 36 мужчин в возрасте от 19 до 63 лет). Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 45 лет.

Уровень цитокинов определяли в сыворотке крови больных псориазом с помощью иммуноферментного анализа, применяя наборы Pro-con (ООО «Протеиновый контур», Санкт-Петербург, Россия). Концентрацию МИФ в сыворотке крови и продукцию МИФ периферическими мононуклеарными клетками определяли методом энзимсвязанного иммуносорбентного анализа (ELISA).

При лечении всех больных псориазом использовался отечественный препарат на основе глюкозаминилмурамилдипептида (торговое название - ликопид). Ликопид применялся по 1 таблетке (10 мг) за полчаса до еды 2 раза в день ежедневно в течение 20 дней. По показаниям (сильный зуд, жжение) назначались H1-блокаторы. В ряде случаев, по мере необходимости, использовались также топические стероиды на очаги поражения в области кожи лица и верхних конечностей.

Результаты исследований.

Каких-либо побочных действий и осложнений в процессе проводимой терапии выявлено не было. Результаты последующих наблюдений во временном интервале от шести месяцев до четырех лет показали, что у больных получивших ликопид статистически достоверно (более чем в два раза) увеличился безрецидивный период.

Проведенные исследования показали, что терапия с использованием ликопида позволила во многих случаях быстро купировать клинические проявления псориаза, нормализовать процессы интерлейкинзависимой регуляции иммунного ответа и неспецифической резистентности.

### **ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОЗОМ К ОНИХОМИКОЗУ, ВЫЗВАННОМУ ДЕРМАТОФИТАМИ И ГРИБАМИ РОДА CANDIDA**

*Федяшова Т.Ю., Разнатовский К.И., Котрехова Л.П.*

*Научно исследовательский институт медицинских микозов им. П. Н. Кашкина, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт - Петербург*

Цель: Оценить восприимчивость ногтевого аппарата к инфекциям, вызванными дерматофитами и грибами рода *Candida*, у пациентов с манифестным гипо- и гипертиреозом по сравнению со здоровыми лицами. Материалы и методы: Были обследованы 28 пациентов с гипотиреозом (11 случаев послеоперационного и 17 случаев, вызванных аутоиммунным тиреоидитом/ тиреоидитом Хашимото), а также 22 пациента с гиперфункцией щитовидной железы (16 случаев болезни Грейвса/ диффузного токсического зоба и 6 случаев узлового зоба). Распределение мужчины: женщины составило 3,6:1, средний возраст - 51,8. Контрольную группу с аналогичным соотношением по полу и возрасту составляли 25 пациентов без сопутствующей патологии со стороны щитовидной железы. Во всех группах диагноз "онихомикоз" был верифицирован с помощью микроскопического исследования (с калькофлюором белым, КОН – тест) и культурального исследования (посев ногтей на среду Сабуро). Результаты: Среди пациентов с сопутствующими заболеваниями щитовидной железы у 9 были выделены дерматомицеты (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton interdigitale*), из этого числа пациентов лишь у 1 имела место гиперфункция щитовидной железы (в контрольной группе дерматофиты были обнаружены лишь у 2 пациентов). Грибы рода *Candida* были обнаружены в 4 случаях (2 пациента с гипотиреозом и 2 пациента с гипертиреозом), в то время как в контрольной группе кандидозное поражение ногтевого аппарата наблюдалось лишь у 1 пациента. У пациентов с гипотиреозом тотальный онихомикоз встречался намного чаще, чем в контрольной группе (5 и 1 соответственно). Выводы: Полученные нами данные свидетельствуют о значительно более частом и более интенсивном вовлечении ногтевого аппарата в патологический процесс, вызванный дерматофитными грибами, при гипотиреозе, чем в контрольной группе. Грибы рода *Candida* чаще поражали ногти у пациентов с сопутствующей патологией со стороны щитовидной железы, однако значительной разницы между пациентами с гипо- и гипертиреозом в этом случае получено не было.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ САРКОИДОЗА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Лебедева Е.В., Новосельцев М.В., Вартапетян Н.В., Деньдоброва Ф.Н., Голубева Ю.М.*

*Московский научно-практически центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Саркоидоз – системное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, чаще всего вовлекающее легкие и внутригрудные лимфатические узлы. У части больных наблюдают внелегочные проявления саркоидоза (сердце, почки, печень, селезенка, центральная нервная система), причем у 25 % из них регистрируют поражение кожи. Выделяется 2 типа поражения кожи при саркоидозе: неспецифическое и специфическое. Они различаются тем, что в биоптатах специфических элементов обнаруживаются саркоидные гранулемы. Наиболее часто встречающимся

неспецифическим элементом является узловатая эритема – подкожные болезненные узлы красного цвета размерами от 1 до 10 см.

Среди специфических кожных элементов при саркоидозе встречаются саркоид Дарье–Рус–си – безболезненные подкожные узелки; *lupus pernio* – пурпурные бляшки на щеках, носу, ушных раковинах и губах. Редкие кожные формы саркоидоза – это псориазоформные бляшки, многоформная эритема, лихеноидные высыпания, кальциноз и т.д.

Назначение ГКС внутрь (преднизолон 20–60 мг/сут в течение 4–6 недель) и внутривенно, в т. ч. в сверхвысоких дозах, можно считать оправданным при большинстве вариантов специфического саркоидного поражения кожи;

Приведем клинический случай саркоидоза у пациентки, находившейся на стационарном лечении в МНПЦДК ДЗМ в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко».

Больная М., 56 лет, обратилась с жалобами на высыпания на коже спины, нижних конечностей, сопровождающиеся подъемом температуры тела до 38,0С, боли в области высыпаний; периодически ограничение подвижности и боли в крупных и мелких суставах конечностей.

Из анамнеза настоящего заболевания известно, что пациентка считает себя больной в течение 3 месяцев, когда впервые, без видимой мотивации, отметила появление высыпаний на коже нижних конечностей, в связи с чем обратилась к терапевту по месту жительства, которым диагностирован «аллергический дерматит», даны рекомендации по терапии (антигистаминные препараты, сорбенты), без эффекта. При обращении к дерматологу по месту жительства, диагностирован «красный плоский лишай» и даны рекомендации по терапии в амбулаторных условиях (антигистаминные препараты, топические ГКС средства), без эффекта. В мае 2017 года отметила тенденцию к распространению высыпаний на кожу спины, нижних конечностей, подъем температуры тела до 38,0 С, в связи с чем обратилась к ревматологу по месту жительства, которым диагностирована «узловатая эритема», назначена амбулаторная терапия (с 23.05.17: нимесулид 100 мг по 1 т 2 раза в день, плаквенил 200 мг 1т вечер, синаflan мазь) и рекомендовано наблюдение дерматолога в ООСП. В амбулаторных условиях в ООСП МНПЦДК ДЗМ, консультирована проф. В.Г. Акимовым и д.м.н. О.В.Доля, диагноз «узловатая эритема» подтвержден, рекомендована госпитализация с целью дообследования для исключения диагноза «саркоидоз?».

Локальный статус: патологический процесс на коже носит распространенный островоспалительный характер. Локализован на коже спины, нижних конечностей. На коже нижних конечностей представлен в виде отечных эритематозных очагов синюшно-розового цвета, с нечеткими границами и неправильными очертаниями, диаметром с "ладонь взрослого человека и более", в пределах которых пальпаторно болезненные узлы мягко-эластичной консистенции, размером с «грецкий орех». Кожа в месте высыпания горячая на ощупь. Отмечается пастозность в области голеностопных суставов. На коже спины высыпания представлены узелками полушаровидной формы от 0,2- 0,4 см в диаметре, красновато-розового цвета, плотноватой консистенции, гладкой поверхностью, безболезненны при пальпации, сливающиеся в инфильтративную бляшку с четкими границами неправильного очертания, диаметром до 6,0 см.

Дермографизм смешанный. Ногтевые пластины не изменены. Видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Суставы визуально не изменены. При активных и пассивных движениях отмечается ограничение подвижности, боли в крупных и мелких суставах конечностей.

В клиническом анализе крови отмечается увеличение СОЭ (51 мм/час, N 2- 15 мм/час) и сегментоядерных нейтрофилов (74%, N от 47 до 72%), снижение лимфоцитов (15%, N 19-37%). В биохимическом анализе крови отмечалось повышение показателей С реактивного белка (73 мг/л, N 0-10 мг/л) и АСЛО (526 МЕ/мл, N 0-200 МЕ/мл), снижение показателей мочевины (4.1 ммоль/л, N 4.5 – 6.1 ммоль/л).

С учетом анамнеза настоящего заболевания, клинической картины, был выставлен предварительный диагноз «Узловатая эритема. Саркоидоз?» и с целью верификации диагноза проведена диагностическая биопсия с кожи спины. Консультирована в ГБУЗ «МНПЦ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ» ДЗМ, где при осмотре данных за туберкулез кожи не выявлено, проведена компьютерная томография органов грудной клетки, согласно заключению: органы грудной клетки в норме. Результаты патоморфологического исследования: в верхних отделах дермы множество ненекротизирующихся эпителиоидноклеточных гранул, периваскулярные лимфогистиоцитарные с примесью плазматических клеток инфильтраты. Заключение: гистологические изменения более всего соответствуют саркоидозу кожи.

На основании жалоб, анамнеза настоящего заболевания, данных объективного осмотра, а также с учетом результатов патоморфологического исследования больной М. выставлен диагноз «Узловатая эритема. Саркоидоз.», на основании чего, пациентке, объеме комбинированной терапии назначен преднизолон в в суточной дозе 35 мг, с рекомендацией титрования дозы в амбулаторных условиях. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕНТОКСИФИЛЛИНА**

*Хамаганова И.В., Новосельцев М.В., Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В., Голубева Ю.М., Дендьоброва Ф.Н.*

*Московский научно-практически центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Псориаз характеризуется хроническим течением. В большинстве случаев требуется длительная, этапная терапия, зависящая от формы, типа, стадии заболевания. Разнообразные нарушения макро- и микроциркуляции предопределили интерес к медикаментозным средствам, обладающим сосудорасширяющим и ангиопротективным действием. Целью данной работы было изучение эффективности применения пентоксифиллина в комплексной терапии псориаза. Мы применяли препарат у 44 пациенток в возрасте от 26 до 54 лет. Критерием включения в исследование являлась распространенная форма вульгарного псориаза, стационарная стадия. Критериями исключения были: возраст до 18 лет, оперативное вмешательство, проведенное менее недели назад, лактационный период, нарушения ритма сердца, беременность, почечная недостаточность, аллергия на препарат и его составляющие, склонность к

наружным и внутренним кровотечениям, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, инфаркт миокарда (острый период), печеночная недостаточность, сердечная недостаточность, сахарный диабет, артериальная гипертензия. Препарат применяли внутривенно в виде 2% раствора для инъекций, вводили по 5 мл 1 раз в день. Всего на курс назначали 10 ежедневных инъекций. Одновременно пациенты получали препараты кальция, антигистаминные средства в стандартных дозировках. Общий курс лечения составлял 21 день. Лечение все пациентки переносили хорошо, побочных реакций и нежелательных явлений отмечено не было. По окончании курса лечения у 25 пациенток отмечено значительное улучшение, у 19- улучшение состояния. Полученные результаты свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности и хорошей переносимости пентоксифиллина в комплексной терапии псориаза.

## **СИНДРОМ ПАРРИ- РОМБЕРГА И ЛИНЕЙНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ ПО ТИПУ УДАРА САБЛЕЙ- СИНОНИМЫ?**

*Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г.*

*Московский научно-практически центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

После первого описания заболевания, в настоящее время носящего название "синдром Парри- Ромберга" в 1825 г., значительная часть исследователей считает это заболевание разновидностью линейной склеродермии "по типу удара саблей". В литературе представлены данные о клиническом сходстве этих заболеваний, касающихся не только поражения кожи и слизистых, но и неврологических, офтальмологических и прочих нарушений. Тем не менее, есть публикации, оценивающие синдром Парри- Ромберга и линейную склеродермию "по типу удара саблей" как две самостоятельные нозологические единицы. Целью настоящего исследования было сравнение клинических и лабораторных данных пациентов с синдромом Парри-Ромберга и с линейной склеродермией "по типу удара саблей". Нами обследовано 9 пациентов с синдромом Парри- Ромберга в возрасте от 5 лет до 42 лет (в том числе 7 женщин, 2 мужчин), 12 пациентов с линейной склеродермией "по типу удара саблей" в возрасте от 6 до 44 лет (в том числе 10 женщин, 2 мужчин), 5 пациентов в возрасте от 18 до 43 лет с сочетанием синдрома Парри- Ромберга и линейной склеродермии "по типу удара саблей" (в том числе 4 женщины и 1 мужчина). Клиническое течение линейной склеродермии отличалось характерными стадиями отека, индурации, атрофии, отсутствовавшими при синдроме Парри- Ромберга. Прогрессирующая гемиатрофия лица отличалась более выраженной асимметрией, распространением процесса на слизистые оболочки. Нарушения функции щитовидной железы были выявлены у 4 из 12 пациентов с линейной склеродермией, у 1 из 9 пациентов с синдромом Парри- Ромберга. Прочих отличий при клиническом, лабораторном, инструментальном обследовании выявлено не было. Представляется целесообразным дальнейшее изучение проблемы.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Новосельцев М.В., Голубева Ю.М., Дендоброва Ф.Н., Вартапетян Н.В., Лебедева Е.В.

Московский научно-практически центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ

В последнее время в практике дерматолога все чаще встречаются злокачественные заболевания, одним из которых является грибовидный микоз, который представляет собой опухолевое злокачественное поражение лимфоидно-ретикулярной системы в первую очередь эпидермиса, а в дальнейшем и всех остальных органов.

Своевременное выявление заболевания и начало его эффективного лечения на первых двух стадиях дает возможность продолжительной ремиссии, тем самым продлевая продолжительность жизни больного.

Приведем клинический случай грибовидного микоза, диагностированного у пациентки, которая поступила для дообследования в МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В. Г. Короленко».

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся периодическим умеренным зудом.

Из анамнеза настоящего заболевания: считает себя больной в течение 1 года, когда впервые, без видимой мотивации, отметила появление высыпаний на коже бедер. Обратилась к дерматологу по месту жительства, которым был выставлен диагноз «розовый лишай» и даны рекомендации по лечению в амбулаторных условиях (р-р глюконата кальция в/м, антигистаминные препараты, топические ГК средства). На фоне проводимого лечения пациентка отметила появление свежих высыпаний с тенденцией к распространению. В дальнейшем пациентка неоднократно обращалась амбулаторно к дерматологу, но на фоне назначенного лечения положительной динамики не отмечалось. 02.08.17г в ООСП МНПЦДК ДЗМ консультирована проф. Акимовым В. Г., выставлен предварительный диагноз: «Лимфома кожи? Склеродерма Бушке?» и пациентке было рекомендовано проведение диагностической биопсии в условиях круглосуточного стационара. Направлена на стационарное лечение в МНПЦДК филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» для дообследования и лечения.

В анамнезе резекции прямой кишки по поводу сr от 2014г. Локальный статус: патологический процесс на коже носит островоспалительный распространенный характер. Локализован на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен полиморфными высыпаниями в виде инфильтрированных эритематозных очагов, неправильных очертаний, с нечеткими границами, местами занимающими практически всю анатомическую поверхность, преимущественно спины и живота, от ярко-розового цвета до коричневатого, в пределах которых визуализируются округлые папулы до 0,3 см в диаметре, с эксфолированной

поверхностью, единичные эрозивные дефекты до 2.0 см в диаметре в стадии эпителизации, множественные точечные и линейные эксфолиации, местами покрытые геморрагическими корочками, очаги рубцовой атрофии. Дермографизм красный. Видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Область суставов визуально не изменена.

По данным лабораторных методов исследования:

В клиническом анализе крови: слабовыраженные анизоцитоз и пойкилоцитоз, умеренное снижение гемоглобина до 110 г/л, ускорение СОЭ до 20 мм/ч, лейкоцитоз (15,3x10<sup>9</sup> /л), нейтропения (п/я 1, с/я – 18%), выраженный лимфоцитоз (75%), остальные показатели в пределах нормы.

Общий анализ мочи без патологии.

В биохимическом анализе крови увеличение трансаминаз: АСТ51,2 (норма 0.0 – 31.0 Ед/л), АЛТ39,2 (норма 0.0-34.0 Ед/л), остальные показатели в пределах референтных значений.

Коагулограмма: АЧТВ 29,2 (24-34 сек), МНО 0,99 (0,85-1,15), ПТИ 102% (80-105%), фибриноген 3,2 (2-4 г/л).

Инструментальные методы исследования: ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 106 уд в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Изменения миокарда левого желудочка.

УЗИ ОБП и почек: Эхографические признаки диффузно-неоднородных изменений поджелудочной железы, печени. Хронический бескалькулезный холецистит. ДЖВП. Гепатоспленомегалия. ЭХО признаки хронического пиелонефрита. Микроуролитиаза.

Учитывая данные анамнеза заболевания, клинической картины, физикального осмотра и результатов лабораторных методов исследования, пациентке был выставлен предварительный диагноз: «Т клеточная лимфома? Склеродерма Бушке?».

С целью верификации диагноза пациентке произведена диагностическая биопсия кожи, забор произведен с поясничной области справа и кожи правого бедра.

По результатам патоморфологического исследования биоптатов кожи: 1) кожа правого бедра: эпидермис с паракератозом, акантозом, спонгиозом. В верхних отделах дермы по краю биоптата определяется плотный инфильтрат, состоящий преимущественно из крупных лимфоцитов. 2) эпидермис со сглаженным сосочковым рисунком, вакуолизацией цитоплазмы клеток базального слоя. Отмечаются внутриэпидермальные скопления лимфоцитов в виде цепочек в базальном слое. В верхних отделах дермы полосовидный преимущественно лимфоцитарный инфильтрат. Заключение: гистологические изменения более всего соответствуют грибовидному микозу с крупноклеточной трансформацией. С учетом анамнестических данных нельзя также исключить лимфоматоидную лекарственную токсическую реакцию. Рекомендуется обследование пациента в специализированном учреждении.

По результатам проведенного обследования, на основании патоморфологии пациентке установлен клинический диагноз: «Грибовидный микоз».

Больная выписана из стационара с медикаментозными и лечебно-охранительными рекомендациями, рекомендациями по дообследованию под динамическим наблюдением онкогематолога по месту жительства.

Актуальность проблемы заключается в том, что заболевание



отличается сложностью лечения, очень важно выявить патологию на ранней стадии, когда возможно проведение незамедлительной, патогенетически оправданной терапии.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ САРКОМЫ КАПОШИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю.,  
Новосельцев М.В., Дендоброва Ф.Н., Вартапетян Н.В.,  
Голубева Ю.М., Лебедева Е.В.*

*Московский научно-практически центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Саркома Капоши – мультицентрический неопластический процесс, развивающийся из эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов, главным образом дермы.

У мужчин СК регистрируют значительно чаще, чем у женщин, соотношение колеблется от 1:2 до 1:3. В Европе средний возраст больных с классической формой заболевания составляет 50-70 лет, в США 6-70 лет, в Африке 30-40 лет. По классификации рассматривают следующие типы СК: идиопатический ; иммуносупрессивный ; эндемический (африканский); СПИД-ассоциированный . В клинической практике принято рассмотрение следующих форм: пятнистая; папулезная; опухолевая: Выделяют стадии СК: острая; подострая; хроническая.

СК является основным онкологическим заболеванием, связанным с ВИЧ-инфекцией. Установление данного диагноза означает переход ВИЧ-инфекции в терминальную стадию – СПИД (классификация ВОЗ, 2000).

До настоящего времени не существует четких стандартов по проведению лечебных мероприятий при СК у больных ВИЧ-инфекцией, а применяющиеся многочисленные методы не позволяют во многих случаях достичь желаемого терапевтического эффекта.

В МНПЦДК ДЗМ филиал «Клиника им. В.Г. Короленко» в стационарном отделении наблюдался клинический случай ВИЧ-ассоциированной саркомы Капоши. Наблюдение представляет интерес с учетом того, что нозология занимает первое место и составляет до 40-60% среди злокачественных новообразований у больных ВИЧ-инфекцией.

Больная Ю., 33 года, обратилась с жалобами на высыпания на слизистой ротовой полости, коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, не сопровождающиеся субъективными ощущениями . Из анамнеза настоящего заболевания известно, что пациентка считает себя больной в течение 1.5 лет, когда впервые, без видимой мотивации, отметила появление высыпаний на коже тыльной поверхности стоп. При обращении к дерматологу был диагностирован «аллергический дерматит» и даны рекомендации по лечению в амбулаторных условиях (название и дозы препаратов уточнить затрудняется), без динамики. В декабре 2015 г. отметила распространение высыпаний на кожу туловища, верхних и нижних конечностей, в связи с чем повторно обратилась к дерматологу по месту жительства, которым был диагностирован «васкулит» и даны рекомендации

по лечению (топические ГКС средства), без выраженной динамики. В сентябре 2016 г. проведена диагностическая биопсия кожи (результат: «картина наиболее соответствует диагнозу кожный васкулит»). Консультирована ревматологом по месту жительства, системность патологического процесса исключена, направлена на стационарное лечение.

Локальный статус: патологический процесс на коже носит распространенный островоспалительный характер. Локализован на слизистой ротовой полости, коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен узлами розовато-красного цвета, местами с синюшным оттенком, плотно-эластической консистенции, диаметром до 0.5 см, склонными к группированию, а также пятнами с нечеткими границами и неправильными очертаниями, синюшно-розового цвета диаметром до 1.5 см., на передней поверхности живота единичный поствоспалительный очаг с гладкой атрофической поверхностью. Дермографизм смешанный. Видимые слизистые оболочки свободны от высыпаний. Суставы визуально не изменены, при активных и пассивных движениях безболезненны. Ногтевые пластины не изменены.

В клиническом анализе крови : отмечается снижение сегментоядерных нейтрофилов ( 44% , N от 47 до 72 % ) , повышение СОЭ ( 43 мм/час , N 2-15 мм\час)

В биохимическом анализе крови : повышение показателя АСЛО ( 258 МЕ / МЛ , N 0-200 МЕ/МЛ).

Иммуноблот ВИЧ положительный , положительные ИБ ВИЧ маркеры gr 160, gr 120, p 24, p 68 , p 52, p 34.

ИФА ВИЧ положительный , реактивность ИФА 12 .00

С учетом анамнеза настоящего заболевания, клинической картины, был выставлен предварительный диагноз «Полиморфный дермальный ангиит. Саркома Капоши?» и с целью верификации диагноза проведена диагностическая биопсия кожи.

По результатам патоморфологического исследования биоптата кожи: В верхних отделах дермы пролиферация целевидных сосудистых полостей ( в том числе вокруг нормально сформированных сосудов), мелкоочаговые лимфогистиоцитарные инфильтраты. Заключение : гистологические изменения более всего соответствуют саркоме Капоши ( стадии пятна) .

На основании жалоб , анамнеза настоящего заболевания , данных объективного осмотра , а также с учетом результатов патоморфологического исследования больной Ю. выставлен диагноз: «Саркома Капоши».

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СЕАНСОВ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭКССУДАТИВНОГО ПСОРИАЗА.**

*Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю.,  
Новосельцев М.В., Голубева Ю.М., Дендоброва Ф.Н.,  
Вартапетян Н.В., Лебедева Е.В.*

*Московский научно-практически центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ*

Цель: оценить эффективность применения плазмафереза при лечении экссудативной формы псориаза.

Введение: Лечение осложненных форм псориаза – актуальная проблема дерматологии.

Плазмаферез представляет собой эффективную методику очищения крови. С помощью этой процедуры снижается концентрация патологических веществ в крови и тканях, улучшается микроциркуляция, нормализуется обмен веществ и иммунный статус, усиливается метаболизм в тканях.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в стационаре МНПЦДК филиала «Клиника им. В. Г. Короленко» находились 20 женщин в возрасте от 32 до 60 лет с диагнозом «Распространенный псориаз, экссудативная форма, прогрессирующая стадия», получающие в объеме комбинированной терапии сеансы плазмафереза. При осмотре на поверхности очагов визуализировались корко-чешуйки, пропитанные серозным экссудатом. Всем пациенткам было проведено по 3 процедуры плазмафереза. Замечено, что стабилизация кожного процесса возникла после 2 го сеанса. У 2х пациенток (10%) возникло обострение (феномен «рикошета»), после проведения 1 го сеанса плазмафереза. После 3го сеанса плазмафереза отмечалась положительная динамика кожного процесса в виде регресса высыпаний у 18 (90%) пациенток.

Выводы: Таким образом, процедура плазмафереза эффективно используется в объеме комбинированной терапии при тяжелых формах псориаза, существенно сокращая сроки пребывания пациента в стационаре дерматологического профиля и способствуют ускорению регресса высыпаний.

### **ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕКСАМЕТРИИ И СЕБУМЕТРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОПОРАЦИИ ГИАЛУРОНАТА ЦИНКА**

*Харитоновна Е.Е., Королькова Т.Н., Родионова Е.Н.*

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

Цель исследования: изучить эффективность лечения акне электропорацией геля гиалуроната цинка.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 10 пациенток с акне в возрасте от 20 до 32 лет (средний возраст  $24,8 \pm 2,1$  лет), из которых легкую степень тяжести имели 6 пациенток и среднюю степень – 4. Курс лечения состоял из 10 процедур электропорации геля гиалуроната цинка, которые выполнялись 3 раза в неделю, каждая продолжительностью 20 минут. На одну процедуру использовалось 15г геля «Регецин». На протяжении исследования дополнительных методов лечения у пациенток не проводили.

У всех пациенток до и после курса процедур определяли показатели мексаметрии и себуметрии (Courage&Khazaka, Германия), проводили анкетирование.

Результаты: после лечения выявлено достоверное снижение уровня меланина со  $161,6 \pm 6,3$  до  $139,5 \pm 3,6$  ( $p < 0,05$ ). Уровень эритемы имел тенденцию к снижению с  $261,5 \pm 10,2$  до  $139,5 \pm 3,6$  ( $p > 0,05$ ), при этом уровень салоотделения повышался с  $2,1 \pm 0,9$  до  $5,2 \pm 1,2$  ( $p > 0,05$ ).

Субъективно пациентки отмечали уменьшение размеров

высыпных элементов и их болезненности, снижение покраснения и общее осветление кожи лица. Пациентки оценили процедуры, как комфортные, без выраженных болезненных ощущений.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии электропорации геля гиалуроната цинка на течение акне легкой и средней степени тяжести, метод можно рекомендовать для комплексной терапии.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ UVB 311 НМ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕВЕРЖИ**

*Шарова Н.М., Кукало С.В.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва*

Цели исследования: определить клиническую эффективность и безопасность применения фототерапии UVB 311 нм при болезни Девержи. Разработать методику проведения сеансов фототерапии, определить их кратность и длительность.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением находилась пациентка М., 18 лет, с диагнозом болезнь Девержи, подтвержденным гистологическим исследованием биоптата кожи. Длительное время она получала ретиноиды без видимой положительной динамики и клинического улучшения. На момент обращения отмечалось диффузное поражение кожного покрова, с наиболее интенсивным прокрашиванием в кирпично – красный цвет области лица, кистей рук, «+» симптом терки, отмечалось выраженное мелкопластинчатое шелушение кожи в области волосистой части головы. Пациентка предъявляла жалобы на интенсивный зуд и чувство стянутости кожи. Несмотря на обширную площадь поражения, общее самочувствие нарушено не было.

Сеансы фототерапии UVB 311 нм проводили ежедневно, начиная с экспозиции 6 минут на одну область, с постепенным увеличением длительности сеансов до максимально возможного времени – 20 минут на одну область. Воздействию подвергали тыльную поверхность кистей рук и кожу волосистой части головы. Всего было проведено 20 сеансов фототерапии.

Результаты.

К шестому сеансу, с экспозицией 15 минут на одну область, пациентка отметила уменьшение интенсивности окраски, шелушения кожи тыльной поверхности кистей рук, кожи волосистой части головы, наблюдалось снижение интенсивности зуда не только в области подвергающейся воздействию фототерапии, но и других участков. К десятому сеансу отмечалось значительное улучшение кожного процесса, заметно уменьшилась инфильтрация и шелушение кожных покровов в местах воздействия. При соблюдении регламента, режима дозирования при проведении сеансов фототерапии UVB 311 нм никаких нежелательных явлений пациентка не отмечала.

Таким образом, несмотря на то, что вопрос целесообразности применения фототерапии у пациентов с болезнью Девержи остается открытым, в нашем случае опыт применения фототерапии UVB 311 нм оказался положительным. Данный вопрос требует дальнейшего изучения и исследования.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТАРГЕТНОЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

*Шатохина Е.А., Круглова Л.С.*

*Центральная государственная медицинская академия,  
Москва*

Введение. В настоящее время в онкологии приоритетным направлением является разработка и применение препаратов таргетной терапии. Целенаправленность ее действия связана с избирательным влиянием на определенные мишени в опухолевых клетках. В связи с этим, использование специфических моноклональных антител и ингибиторов тирозинкиназы дает четкий ответ опухоли на данную терапию и способствует увеличению продолжительности жизни пациентов. Однако, мишени таргетных препаратов не обладают специфичностью и определяются также в нормальных клетках и тканях организма. Наиболее выраженные токсические реакции этого класса препаратов связаны с кожей и ее придатками. К самым серьезным кожным проявлениям токсичности можно отнести ладонно-подошвенный синдром (ЛПС). Данный синдром обычно характеризуется 1-й или 2-й степенью тяжести (около 70% пациентов). Однако, приблизительно у 20-30% пациентов ЛПС может развиваться до тяжелой степени, в этих случаях рекомендуется снижение дозы на фоне активного лечения ЛПС. Таким образом, очень важна профилактика такого побочного эффекта, как ладонно-подошвенный синдром, которую необходимо начинать до того, как появляются симптомы. Некоторые профилактические меры могут предотвратить или значительно уменьшить тяжесть ЛПС. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов, получающих противоопухолевую таргетную терапию различными препаратами. Среди них 12 женщин и 8 мужчин, в возрасте от 29 лет до 57 лет. Все пациенты получали противоопухолевые препараты высокого риска развития ЛПС (начало курса терапии) и не имели клинических данных за развитие ладонно-подошвенного синдрома. Было назначено профилактическое лечение в виде топического средства с антиоксидантным комплексом (Элима). Препарат обладает антиоксидантной активностью в эпидермальных слоях кожи. В состав препарата входят натуральные экстракты из растений и морских губок и антиоксидантный комплекс (комплекс-5). Препарат доказано обладает высоким антиоксидантным потенциалом, за счет чего активно нейтрализует агрессивные свободные радикалы в поверхностных слоях кожи. Препарат пациенты использовали 2-3 раза в день на протяжении 2 месяцев. Результаты исследований. У всех пациентов в сроки наблюдений (2 месяца), когда наиболее вероятно развитие ЛПС, клинические симптомы ладонно-подошвенного синдрома не наблюдались. Отсутствие проявлений кожной токсичности в виде ладонно-подошвенного синдрома дало возможность полностью провести курс таргетной противоопухолевой терапии, а также сохранить активность в повседневной жизни. Выводы. Данный метод обладает профилактической направленностью. Это

позволяет рекомендовать его пациентам, получающих противоопухолевую терапию с высоким риском развития ЛПС, как профилактику развития данного проявления кожной токсичности таргетной противоопухолевой терапии.

## **ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ДЕВЕРЖИ У ДЕТЕЙ.**

*Шемшук М.И., Уджуху В.Ю.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва*

Красный волосяной лишай или болезнь Девержи - редко встречающийся дерматоз на долю которого приходится 0,03% от всех болезней кожи. Заболевание встречается у представителей всех рас. Чаще всего заболевание проявляется до 50 лет. Выделяют наследственную (с аутосомно-доминантным типом наследования) и приобретенную формы. Считают, что детский тип носит наследственный характер и протекает более благоприятно. В основе заболевания лежит нарушение процесса ороговения на фоне усиления активности кератиноцитов. Заболевание у детей часто начинается на нижней половине туловища и позже принимает распространенный характер. Иногда первые проявления заболевания возникают на волосистой части головы, но всегда совместно с высыпаниями на коже. Клинически на локтях и голених отмечаются очаги эритемы с обязательным наличием участков неизменной кожи и резко ограниченные участки фолликулярного гиперкератоза. Главным симптомом дерматоза являются остроконечные фолликулярные папулы с роговыми пробками на вершине. В центре узелков можно обнаружить перекрученный пушковый волос. Иногда волос пронизывает роговую пробку и виден снаружи. При поглаживании кожи в очагах гиперкератоза возникает ощущение терки.

Течение заболевания хроническое. Без лечения заболевание длится всю жизнь. При своевременном лечении возможно выздоровление в 30% случаев. Детям назначается Неотигазон 0,5-1,0 мг/кг с дальнейшей коррекцией дозировки, вплоть до полной его отмены. Хорошо зарекомендовала себя наружная терапия: Карталин мазь, чередующаяся с кортикостероидными кремами. В среднем терапия проводится в течение 1-2 месяцев и характеризуется положительной динамикой. Несмотря на то, что дерматоз является редким заболеванием, практикующим врачам необходимо знать это заболевание, а своевременная постановка диагноза и адекватная терапия сможет облегчить его течение вплоть до полного его излечения.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САЛОТДЕЛЕНИЯ И PH КОЖИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПИЛИНГА С РЕТИНОЛОМ.**

*Шенилова И.А.*

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

Цель исследования: изучить влияние пилинга с ретинолом на показатели pH и салоотделения кожи лица и шеи.

Материалы и методы: под наблюдением находилась группа из 14 женщин в возрасте от 34 до 58 лет (средний возраст  $44,9 \pm 1,8$ ). Всем пациенткам по рекомендованной методике выполнялся химический пилинг с ретинолом в области лица и шеи. Пилинг наносили три раза с интервалом в 1 час, оставляли на коже указанных зон еще 4 часа, затем смывали водой.

Определяли параметры кислотно-щелочного равновесия (Cutometer MPA 580 (Courage&Khazaka, Германия), насадка pHmetr) и показатели салоотделения кожи (Cutometer MPA 580 (Courage&Khazaka, Германия), насадка Sebumetr). Функциональные параметры оценивали перед процедурой пилинга, через две и через четыре недели после пилинга. Измерения проводили в области лба, щеки и шеи.

Результаты: на 14 день обнаружено достоверное уменьшение салоотделения кожи лба на 43,9% ( $p=0,005$ ), на 28 день сохранялось достоверное уменьшение показателя на 51,7% ( $p=0,002$ ); в области щеки салоотделение кожи уменьшалось на 22,6% ( $p=0,045$ ) через 14 дней и на 50,5% ( $p=0,0005$ ) через месяц; в области шеи наблюдалась тенденция к уменьшению салоотделения на 6,3% ( $p>0,05$ ) через две недели и на 16,3% ( $p>0,05$ ) через месяц. Исследование pH кожи лица, щеки и шеи показало отсутствие значимых изменений показателей. Выводы: Пилинг с ретинолом способствует уменьшению салоотделения кожи лица и шеи. Показатели кислотно-щелочного равновесия кожи при воздействии пилинга с ретинолом существенно не изменяются.

## **МУЛЬТИКИСЛОТНЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ ПИЛИНГИ. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В КОСМЕТОЛОГИИ.**

*Шугинина Е.А., Иванова Л.И., Рассохина О.И., Моргачева А.А.*

*Российский университет дружбы народов, ЛикОберон, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Учебно-научный центр Биоматериалы Российского химико-технологического университета имени Д. И. Менделеева, Москва*

Химический пилинг кожи – это широко применяемый метод косметологической коррекции возрастных изменений и реабилитации кожи больных розацеа и акне. В отечественной косметологии на протяжении многих лет с этой целью применяли различные методики шелушения кожи. В профессиональную лексику термин «пилинг» кожи (от английского слова to peel – шелушить) был введен на рубеже XXI века вместе с новыми зарубежными косметическими средствами для пилинга кожи, и озаменовал новую волну интереса к этим процедурам. На смену агрессивным методикам химического пилинга приходят альтернативные технологии менее травматичные и трудоёмкие, а главное, не требующие социальной изоляции пациента.

Изучена возможность использования мультикислотных химических пилингов с гликоланом для коррекции возрастных изменений кожи и реабилитации внешнего облика больных розацеа и постакне.

Под наблюдением находились две группы больных. В первую группу включены 12 больных розацеа: в эритематозной

стадии (9 больных), в папуло-пустулезной (3 больных) зрелого возраста, которым проводили мультикислотный химический пилинг азелоиновой кислотой (20%) с глюконовой(30%). Во вторую группу включены 7 больных угревой сыпью: постакне (5 больных), acne comedonica (2 больных) молодого возраста, которым проводили мультикислотный химический пилинг азелоиновой кислотой (20%) с молочной (30%). Курс лечения включал от 3 до 5 процедур, каждая из которых включала очищение кожи и нанесение сыворотки для гиперчувствительной кожи, затем массирующими движениями наносили гелеобразный пилингующий состав. При появлении ощущения жжения, не снимая пилингующий состав, на кожу наносили антиоксидантную маску «Активированные морские водоросли», время экспозиции которой составляло 30-40 мин. Процедуру завершал капилляропротекторный крем с эсцином жидкокристаллической структуры. Общая продолжительность процедуры 40-50 мин.

В результате проведенного курса процедур отмечено разрешение воспалительных элементов, значительное уменьшение количества телеангиэктазий, угасание эритемы лица, восстановление микрорельефа кожи и гидролипидной мантии, у больных угревой сыпью – уменьшение количества комедонов.

Таким образом, мультикислотные химические пилинги азелаиновый (20%) пилинг с глюконовой кислотой (30%) и азелаиновый (20%) пилинг с молочной кислотой (30%) представляют новую генерацию поверхностных химических пилингов. Состав этих пилингов соответствует международным рекомендациям по наружному лечению розацеа и акне, а включение в их рецептуру гликолана® позволяет регулировать скорость и глубину проникновения как кислот, так и активных компонентов капилляропротекторного биокомплекса, устранить риск постпилинговых осложнений, ингибировать провоспалительные цитокины. Частичная нейтрализация кислот в составе пилинга диметиламиноэтанолом обеспечивает минимальный риск побочных реакций и осложнений, высокую комфортность процедуры, лифтинговый эффект. Безопасность, эффективность, широкий спектр задач, решаемых одной пилинговой композицией, делает перспективным применение мультикислотных химических пилингов азелаинового (20%) пилинга с глюконовой кислотой(30%) и азелаинового (20%) пилинга с молочной кислотой(30%) в косметологии.

## **ОБНАРУЖЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА M У ПАЦИЕНТОВ С СИФИЛИСОМ В АНАМНЕЗЕ И У ЛИЦ, НЕ БОЛЕВШИХ СИФИЛИСОМ.**

*Шульгина И. Г.*

*Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии филиал Первомайский, Москва*

Под нашим наблюдением находились пациенты, у которых обнаруживались положительные специфические противотрепонемные IgM как после лечения сифилиса так и при БЛПР.



Пациент Л., 1961 года рождения, получил полноценное противосифилитическое лечение в 2000 году, снят с учета. При обследовании от 22.12.2011: РМП «отрицательно», РПГА 3+; от 20.02.2013: РПГА 4+, РМП 2+, ИФА суммарный КП=17,0 IgG КП=8,1, IgM КП=1,6, РИБТ 67%, РИФ200 «отрицательно», РИФ абс 2+; соматически неотягощен; единственный половой партнер обследован, здоров. В марте 2013 года пациенту было проведено дополнительное лечение: Цефтриаксон 1,0 г ежедневно в/м №20. Результаты клинико-серологического контроля от 29.07.2013: РМП «отрицательно», РПГА 1+, ИФА сумм. КП=14,0, IgG КП=8,0, IgM «не обнаружено». При дальнейшем наблюдении РМП показывали стойко отрицательные результаты.

Пациентка К., 1986 года рождения, направлена из ЖК в связи с положительными анализами на сифилис и беременностью 10 недель: РМП 2+, РПГА 4+, ИФА суммарный КП=11,2, IgG КП=1,3, IgM «не обнаружено» от 20.07.2011, в анамнезе лечение сифилиса скрытого раннего в 2004 г. прокаина-пенициллин 1,2 млн. Ед №20, дополнительное лечение в 2005 году цефтриаксон 1,0 г №14, снята с учета в связи со стойкой негативацией РМП. Муж, единственный половой партнер с 2010 года, обследован в июле 2011 года, здоров. КСК в 21 неделю беременности: РМП 3+ от 12.08.2011. Проведено профилактическое лечение по беременности в сроке 21-22 недели: водорастворимый пенициллин внутримышечно в суммарной дозе 40 млн ЕД. Далее пациентка уехала из Москвы. В январе 2012 в родильном доме в родах у роженицы выявлены положительные специфические IgM, у ребенка IgM не выявлены. Ребенок получил профилактическое лечение по схеме раннего врожденного сифилиса. Положительные IgM у пациентки К. сохранялись в течение нескольких месяцев после родов: от 23.11.2012 РПГА 4+, РМП «отрицательно», РИФ 200 3+, РИФ абс 2+, ИФА суммарный КП=17,7, IgG КП= 13,7, IgM

КП=6,6. Соматический анамнез: поликистоз яичников, прием гормональных препаратов. После окончания курса гормонов КСК от 10.07.2013: РМП «отрицательно», РПГА 1+; ИФА суммарный КП=15,2, IgG КП=9,35, IgM «не обнаружено». Пациентка К. проживает в другом городе, сообщила, что при очередной беременности в 2016 году вновь были выявлены специфические иммуноглобулины М, в связи с чем было проведено профилактическое лечение по беременности в сроке 20 недель, после родов IgM не определялись.

Пациентка Г., 1933 года рождения, наблюдалась нами в связи с положительными анализами на сифилис, выявленными при обследовании для госпитализации. Половая жизнь отсутствует 10 лет, сифилис в анамнезе отрицает. Соматически отягощена: аутоиммунная гемолитическая анемия, ревматоидный артрит. При обследовании от 28.04.2012: РПГА «отрицательно», РМП «отрицательно», РИФ200 «отрицательно», РИФабс «отрицательно», ИФА суммарный «не обнаружено», IgG «не обнаружено», IgM КП=4,3; от 12.07.2013: РПГА «отрицательно», РМП 4+ 1:4, ИФА суммарные «не обнаружено», IgG «не обнаружено», IgM КП=13,5, РИФ200 «отрицательно», РИФабс «отрицательно», РИБТ «отрицательно». Диагноз: БЛПР. Таким образом, в ряде случаев противотрепонемные IgM могут определяться после полноценного противосифилитического лечения у пациентов с серорецидивами, серорезистентностью, на фоне беременности, возможно, как следствие персистенции трепонемы в макроорганизме или в результате выработки антиидиотипических антител (плод также является отчасти антигеном). Обнаружение противотрепонемных IgM у лиц с БЛПР по данным литературы встречается в 1,5% случаях, что указывает на возможность необычного иммунного ответа у лиц с аутоиммунными заболеваниями.

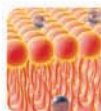
# Локобейз® Рипеа® – эмомент с высоким содержанием физиологических липидов для восстановления и защиты кожного барьера в течение 24 часов

Локобейз® Рипеа®  
содержит физиологические липиды  
в соотношении, оптимальном для  
увлажнения и восстановления барьерной  
функции кожи для ухода при:

- атопическом дерматите
- экземе
- пеленочном дерматите
- псориазе
- хронических дерматитах,  
сопровождающихся сухостью



Для нанесения на основные участки  
поражения в подострую и хроническую  
стадию, сопровождающуюся  
выраженной сухостью



## Липиды, идентичные липидам кожи, в физиологическом соотношении 1:1:1

(холестерин, церамид III, олеиновая и пальмитиновая кислоты)  
Восполняют недостающие липиды, способствуют  
восстановлению и предупреждают дальнейшее повреждение  
кожного барьера, обеспечивают длительное действие (до 24 ч)<sup>1</sup>



## Частицы твердого парафина

Придают хорошие косметические свойства (матирующий  
эффект) и способствуют переносу физиологических липидов  
в глубокие слои эпидермиса



## Жидкий парафин

Обеспечивает окклюзионные свойства, образует на  
поверхности кожи водонепроницаемую пленку и снижает  
транспидермальную потерю воды (до 6 ч)<sup>2</sup>



## Глицерин

Гидратант, удерживает воду в роговом слое эпидермиса,  
обеспечивает быстрое увлажнение (30 мин)<sup>3</sup>

Не содержит отдушек, консервантов (в т.ч. парабенов), красителей

- **Повышает эффективность терапии АТД<sup>4</sup>**
- **Снижает потребность в ГКС<sup>4</sup>**
- **Продлевает период ремиссии<sup>5</sup>**

**Входит в федеральные клинические рекомендации  
по лечению детей с атопическим дерматитом<sup>5</sup>**



## На площадь поражения, равную одной ладони

Достаточно небольшого  
количества крема.  
Нанесение 1 раз в сутки.

МАТ-10950-07-17

Информация для работников здравоохранения

ООО «ЛЕО Фармасьютикал Продактс»:  
Россия, 125315, Москва, Ленинградский пр., д. 72, корпус 2.  
Тел.: +7 (495) 789 1160  
info.ru@leo-pharma.com; http://www.leo-pharma.ru

Литература:

1. Аннотация к косметическому средству Локобейз® Рипеа®. 2. Липокрем 6 часов: Болотная Л.А. Базовая наружная терапия и уход за кожей больных атопическим дерматитом. Украинський журнал дерматології, венерології, косметології. 2011;2:52-56. 3. Глицерин через 30 мин: Jiang J, Boese M, Turner P, Wang RK. J Biomed Opt. 2008 Mar-Apr;13(2):021105. 4. Монахов К.Н., Соколовский Е.В., Холодилова Н.А. Вестник дерматологии и венерологии. 2009; 5: 79-87. 5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с атопическим дерматитом. Москва, 2015.

Все претензии по содержанию данного промоционального материала, а также сообщения о нежелательных явлениях направляются в ООО «ЛЕО Фармасьютикал Продактс» по адресу: Россия, 125315, Москва, Ленинградский проспект, дом 72, корпус 2 – или по телефону: +7 (495) 789 1160.



# Содержание

## Сборник тезисов

|   |         |
|---|---------|
| Опыт мезотерапевтического применения препарата на основе гидролизата плаценты человека в системе ANTI-AGE терапии<br>Айвазова Т.В., Звездина И.В. ....  | стр. 35 |
| Восковая эпиляция подмышечных впадин: осложнения.<br>Альбанова В.И., Серебрякова Ю.С. ....  | стр. 35 |
| Патология репродуктивной системы у женщин, больных сифилисом<br>Андропова Н.В., Жуковский Р.О., Степанова Н.В., Лосева О.К. ....  | стр. 36 |
| Кожная токсичность вызванная ингибиторами рецепторов эпидермального фактора роста EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor).<br>Арутюнян Л.С., Петров В.В., Шугнина Е.А., Рассохина О.И. ....   | стр. 37 |
| Высокочастотная ультразвуковая визуализация и количественный мониторинг воспалительных изменений в коже.<br>Безуглый А.П., Белков П.А., Бикбулатова Н.Н., Безуглый Н.Н. ....  | стр. 37 |
| Высокочастотная ультразвуковая визуализация и количественный мониторинг осложнений после введения интрадермальных филлеров в практике дерматолога и косметолога.<br>Безуглый А.П., Белков П.А., Бикбулатова Н.Н., Безуглый Н.Н. ....                      | стр. 37 |
| Высокочастотная ультразвуковая визуализация и количественный мониторинг новообразований кожи в практике дерматолога и косметолога.<br>Безуглый А.П., Белков П.А., Бикбулатова Н.Н., Безуглый Н.Н. ....  | стр. 38 |
| Бовеноидный папулёз слизистой оболочки полости рта у больных вич-инфекцией<br>Бессараб Т.П., Халилулин Т.Р. ....  | стр. 38 |
| Иммуногистохимия как важный метод идентификации биомаркеров в клинической практике<br>Большева А.А., Демина О.М., Карпова Е.И. ....   | стр. 38 |
| Первый случай выделения в России <i>ROTHIA MUCILAGINOSA</i> из крови пациентки с осложнением после контурной пластики<br>Борисова О.Ю., Алешкин В.А., Каргальцева Н.М., Кочеровец В.И., Пастушенков В.Л., Карпова Е.И., Данищук О.И., Афанасьев С.С. .... | стр. 39 |
| Изучение бактериальной флоры в очагах воспаления при хроническом гнойном гидрадените различных локализаций.<br>Бородулина К.С., Бурова С.А. ....  | стр. 40 |
| Случай эффективного лечения длительно существующего сегментарного витилиго фототерапией в комбинации с топическим кортикостероидным препаратом<br>Бородулина К.С., Волнухин В.А., Прокопова Е.М. ....   | стр. 41 |
| Сравнение клинико-серологических показателей в двух группах больных при диагностике нейросифилиса.<br>Бохонович Д.В., Лосева О.К., Залевская О.В., Юдакова В.В., Чернышёва Н.В. ....  | стр. 41 |
| Принципы диагностики и терапии ВПЧ.<br>Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Ахтямов С.Н. ....   | стр. 42 |
| Иммунопатогенез и терапия атопического дерматита.<br>Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. ....   | стр. 42 |

|   |         |
|---|---------|
| Комбинированная терапия аногенитальных остроконечных кондилом.<br>Василенко Т.И., Литвина Н.В. ....   | стр. 42 |
| Парадигма атопического дерматита в свете поражения поджелудочной железы у детей.<br>Наринская Н.М., Короткий Н.Г., Тихомиров А.А. ....  | стр. 43 |
| Клиническое применение нитей<br>для коррекции средней трети лица.<br>Васильева Е.В. ....  | стр. 43 |
| Фототерапия в лечении витилиго.<br>Вашкевич А.А., Разнатовский К.И., Кривоконева А.И., Максимова М.Д., Резцова П.А., Гулордава М.Д. ....  | стр. 44 |
| Случай онкологической трансформации порокератоза<br>Вашкевич А.А., Резцова П.А., Белоусова И.Э., Разнатовский К.И., Котрехова Л.П. ....   | стр. 45 |
| О совершенствовании нормативной базы, регулирующей профилактику<br>и диагностику сифилиса в городе Москве.<br>Волкова С.Б., Потехаев Н.Н., Коновалов О.Е. ....  | стр. 45 |
| Хроническая реакция трансплантат против хозяина: клинические аспекты, эффективность фототерапии<br>Волнухин В.А., Кузьмина Л.А., Васильева В.А. ....  | стр. 46 |
| Эффективность сочетания нескольких групп системных ГКС в лечении тяжелых форм вульгарной пузырчатки<br>Воронцова И.В., Плиева К.Т., Платонова Д.В., Денисова Е.В., Корсунская И.М. ....                                       | стр. 46 |
| Токсические реакции на коже в практике врача дерматовенеролога<br>Воронцова И.В., Денисова Е.В., Левощенко Е.П., Корсунская И.М. ....   | стр. 47 |
| Болезнь джилкрита<br>Гаджимурадов М.Н., Джумалиева М.Д., Гашимова Х.А., Магомедгаджиев Б.Г. ....  | стр. 48 |
| Особенности функционального состояния гормональной системы у женщин больных розацеа<br>Гайсина И.А., Разнатовский К.И. ....   | стр. 48 |
| Клинический случай абсцедирующего подрывающего перифолликулита гоффмана<br>у пациента из африки. позитивный эффект применения сочетанной системной<br>терапии изотретиноином и дапсоном.<br>Гладько В.В., Измайлова И.В. .... | стр. 49 |
| «Географический» и складчатый язык. Одно или два заболевания?<br>Голоусенко И.Ю., Абесадзе Г.А. Анохина Л.С. ....   | стр. 49 |
| Патогенетическое обоснование фотодинамического омоложения при старении кожи.<br>Демина О.М., Карпова Е.И., Газитаева З. ....  | стр. 49 |
| Итра-индекс как способ верификации нейросифилиса<br>Дмитриев Г.А., Негашева Е.С., Фриго Н.В. ....   | стр. 50 |
| Некоторые иммуно-биохимические особенности псориаза у вич инфицированных пациентов.<br>Евдокимов Е.Ю., Сундуков А.В. ....   | стр. 51 |
| Новый комплексный подход в анти-эйдз терапии.<br>Задюченко Е.В., Исаева С.Г. ....   | стр. 51 |
| Грязный дерматоз дункана: особенности диагностики и тактики ведения пациентов<br>Заторская Н.Ф., Баткаев Э.А., Львов А.Н., Валитова И.В., Пилявская С.О., Миченко А.В. ....   | стр. 52 |
| Особенности локализованной склеродермии в детском возрасте.<br>Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Негашева Е.С., Рысь-Макматов М.Б. ....  | стр. 53 |
| Метод хемилюминесценции в оценке фармакодинамики гепатопротекторов при псориазе<br>Зирчик А.А., Торшина И.Е., Евсеев А.В. ....  | стр. 53 |



|  |         |
|--|---------|
| Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-дерматовенеролога<br>Иванова М.А., Мерзляков В.А., Сачек О.И., Одинец А.В., Люцко В.В. ....                   | стр. 54 |
| Влияние псориаза на качество жизни больных<br>Иванчик А.А., Султанова А.Н., Вашкевич А.А., Гулордава М.Д. ....   | стр. 54 |
| Полиморфные варианты генов (mmp1, хгсс1, blm, hfe(2), gstt) – предикторы гиперпигментации?<br>Иконникова Е.В. ....   | стр. 55 |
| Актуальность генотипирования в исследовании гиперпигментаций.<br>Иконникова Е.В. ....  | стр. 56 |
| Неинвазивная диагностика при вирусных новообразованиях кожи.<br>Исаева Д.Р., Халдин А.А., Безуглый А.П., Белков П.А. ....  | стр. 56 |
| Сравнительная эффективность топических комбинированных глюкокортикостероидов в лечении микробной экземы.<br>Исаева С.Г., Задионченко Е.В. ....   | стр. 57 |
| Опыт применения мази мадекассол в комплексе с коллаген-индуцированной терапией при коррекции стрий.<br>Исмаилова Г.А., Нурматова И.Б., Правоторова Т.С. ....   | стр. 57 |
| Анализ эффективности использования коечного фонда в дерматологии<br>Калининская А.А., Гречко А.В., Мерекина М.Д. ....  | стр. 58 |
| Сравнительная характеристика ремOVERов, представленных на международном и российском рынках, преимущества биохимической системы удаления пигментов перманентного макияжа и татуажа из кожи.<br>Клейман Т.А. .... | стр. 58 |
| Опыт применения озонотерапии в программах глобального омоложения организма.<br>Клейман Т.А., Масленников О.В. ....   | стр. 59 |
| Оценка эффективности применения крема солантра (ивермектина) в комплексной терапии папуло – пустулезной формы розацеа.<br>Колдарова Э.В. ....  | стр. 59 |
| Опыт применения rГ-микроигл в коррекции рубцов постакне<br>Колчева П.А., ЖукOVA О.В. ....  | стр. 59 |
| Опыт применения коррекции возрастных изменений кожи мезотерапией препаратами на основе экстрактов животного происхождения<br>Королькова Т.Н., Гома С.Е. ....   | стр. 60 |
| Современные средства ухода за кожей при угревой болезни<br>Кучерявая И.О., Сучкова Т.Н., Шемшук М.И., Кубылинский А.А. ....  | стр. 60 |
| Хирургические методы лечения при раке кожи<br>Кушкин Д.Н. ....   | стр. 61 |
| Вопросы эффективных методов терапии больных красным плоским лишаем<br>Левшин Р.Н. ....   | стр. 61 |
| Разработка состава и технологии получения гелей с антимикотическим действием на основе сложных фитокомпозиций и оценка их эффективности<br>Локарев А.В., Волгин В.Н. ....  | стр. 62 |
| Случай клинического наблюдения редкой разновидности пемфигуса – IgA пузырьчатки<br>Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Бурангулова Н.И. ....   | стр. 62 |
| К вопросу ранней диагностики псориазического артрита у пациентов с псориазом гладкой кожи.<br>Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Краснощекая В.Б., Чермошенцева О.М. ....   | стр. 63 |
| Вопросы эффективной противорецидивной терапии пациентов с остроконечными кондиломами<br>Ломакина Е.А., Зарубина Е.В., Проскурина М.В., Ельцова Е.Н. ....   | стр. 64 |

|  |         |
|--|---------|
| Клинический случай третичного сифилиса сочетанного с туберкулезом легких.<br>Лосева О.К., Стрибук П.В., Залевская О.В., Зюзя Ю.Р.....  | стр. 64 |
| Сифилитическая аневризма аорты, осложненная сдавлением трахеи и повреждением тел грудных позвонков (клинический случай)<br>Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н.....  | стр. 65 |
| Клинический случай сочетанного поражения нервной и сердечной системы у пациента, ранее получившего специфическое лечение по поводу сифилиса.<br>Магарышкина О.В., Кудрявцева Л.Е., Кузнецов Д.В., Колесова О.П., Стоянова Г.Н., Кулешов А.Н.....                       | стр. 66 |
| Клинический случай положительной динамики неврологической симптоматики больного нейросифилисом после проведенного комплексного лечения.<br>Магарышкина О.В., Кузнецов Д.В., Курдювцева Л.Е., Стоянова Г.Н., Кулешов А.Н., .....  | стр. 67 |
| Кожные маски онкологических заболеваний в многопрофильном стационаре<br>Маймасов И.Г., Горбачук Н.В., Зелтынь-Абрамов Е.М.....   | стр. 68 |
| Наследственные кератодермии в практике детского дерматолога.<br>Малиновская В.В., Валитова И.В., Овчинникова С.П., Заторская Н.Ф.....  | стр. 69 |
| Иммуносорбент для детекции серологических маркеров герпесвирусных инфекций человека<br>Марданлы С.С., Аресеньева В.А., Марданлы С.Г., Ротанов С.В. ....  | стр. 69 |
| Опыт применения эмоленов в профилактике обострений профессиональных аллергодерматозов у рабочих цехов цветной металлургии.<br>Моисеева И.В., Дорохина О.В., Яцына И.В. ....  | стр. 70 |
| Метилирования гена WIF1 при доброкачественных опухолях кожи, вызванных ВПЧ.<br>Назарова М.Н., Масюкова С.А., Киселев В.И., Полозников А.А., Бабкина И.О., Ахтямов С.Н.....   | стр. 70 |
| Пахидермодактилия в практике детского дерматолога<br>Негашева Е.С., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Назаренко А.Р., Овчинникова С.П., Заторская Н.Ф. ....  | стр. 70 |
| Наружная кислородно-озоновая терапия при микробной экземе<br>Нищетенко Д.Ю.....  | стр. 71 |
| Сравнительная оценка эффективности схем лечения контагиозного моллюска у детей 3 мес - 17 лет.<br>Носачева О.А.....  | стр. 72 |
| К вопросу о неврологическом статусе детей, родившихся от матерей, перенесших сифилис<br>Пасикова И.В. ....   | стр. 72 |
| Сравнительная оценка антиоксидантного статуса у больных экземой старшего и пожилого возраста<br>Перламуртов Ю.Н., Ольховская К.Б., Солнцев В.В. ....   | стр. 73 |
| Медико-социальные аспекты программы первичной профилактики сифилитической инфекции<br>Перова Е.В., Гайворонская О.В., Смирнова Т.С., Мирзоян В.Л., Разнатовский К.И.....   | стр. 73 |
| Побочные эффекты системного ретиноида изотретиноина.<br>Петрова С.Ю., Бержец В.М., Солнцев В.В., Метлинова Е.В., Пищулина Л.А., Хамаганова И.В.....  | стр. 74 |
| Кольцевидная гранулема, глубокая форма на фоне селективного IgA – дефицита Клинический случай.<br>Пилявская С.О., Бассе Ф.Б., Гребенюк В.Н., Валитова И.В., Бобров М.А., Медведева О.В., Заторская Н.Ф.....  | стр. 76 |
| Комплексная терапия с применением метода ФДТ при атопическом дерматите и псориазе.<br>Плиева К.Т., Малярченко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г., Денисова Е.В., Корсунская И.М. ....  | стр. 75 |
| Методология использования радиофармпрепарата для определения сторожевых лимфоузлов при лечении меланомы кожи головы и шеи<br>Поляков А.П., Зенкина Е.В., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Мордовский А.В., Никифорович П.А. ....             | стр. 76 |
| Стратегии выбора хирургического лечения и варианта реконструкции покровных тканей головы и шеи в зависимости от распространённости злокачественного новообразования кожи.<br>Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Зенкина Е.В..... | стр. 77 |

|   |         |
|---|---------|
| Современная стратегия лечения начальных и местнораспространенных форм базальноклеточных карцином кожи головы и шеи<br>Поляков А.П., Ратушный М.В., Маторин О.В., Филюшин М.М., Ребрикова И.В., Мордовский А.В., Самуленко А.Н., Никифорович П.А. .... | стр. 77 |
| Актуальные вопросы терапии тяжелых форм псориаза<br>Понич Е.С., Корчажкина Н.Б. ....  | стр. 78 |
| К вопросу о первых итогах работы гбуз «мнпцдк дзм» в условиях омс<br>Поршина О.В., Приставка Е.А., Азизова У.М., Жданова И.В. ....  | стр. 79 |
| Методы совершенствования работы с обращениями граждан в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».<br>Поршина О.В., Часова Г.К., Бондаренко Т.Ф. ....   | стр. 79 |
| Дерматозы, сопровождаемые пузырьными высыпаниями.<br>Потекаев Н.Н., Корсунская И.М., Гусева С.Д., Невозинская З.А., Данилин И.Е. ....   | стр. 80 |
| Новая модель информационной поддержки профессиональной деятельности врача-дерматовенеролога<br>Потекаев Н.Н., Купеева И.А., Раводин Р.А. ....   | стр. 80 |
| Разработка протокола телемедицинской консультации врача-дерматовенеролога в режиме отсроченной консультации («store-and-forward»)<br>Потекаев Н.Н., Купеева И.А., Раводин Р.А. ....   | стр. 81 |
| Ненвазивная диагностика в практической дерматологии<br>Потекаев Н.Н., Львов А.Н., Кочетков М.А. ....  | стр. 82 |
| ГБУ «Многофункциональный Миграционный Центр» – эффективная организационная модель медицинского обследования трудовых мигрантов в городе Москве<br>Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Фриго Н.В., Коробова Е.Е. ....                                      | стр. 82 |
| Клинико-генетические аспекты врожденного буллезного эпидермолиза у детей в городе Москве за 2013-2017 годы.<br>Потекаев Н.Н., Поршина О.В., Часова Г.К. ....  | стр. 84 |
| Нарушение барьерных функций кожи как нежелательное явление высокодозной иммунотерапии онкогематологических и гематологических больных.<br>Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Рассохина О.И., Шугнина Е.А. ....   | стр. 85 |
| Прогностическая значимость дерматоскопии ногтевого валика при хронической реакции трансплантат против хозяина.<br>Потекаев Н.Н., д.м.н. Трахтман П.Е., Шугнина Е.А., Рассохина О.И. ....  | стр. 85 |
| Кожные проявления реакции трансплантат против хозяина. Как помочь пациенту?<br>Потекаев Н.Н., Трахтман П.Е., Рассохина О.И., Абросимов А.Б., Благов С.Л., Шугнина Е.А., Мелкова К.Н., Горбунова Н.В. ....   | стр. 86 |
| Фотодинамическая терапия предраковых заболеваний полости рта и губ<br>Пурцхванидзе В.А., Баткаева Н.В., Симаков Ю.Г., Орлова П.Г. ....  | стр. 87 |
| Современный подход к лечению рака кожи<br>Пурцхванидзе В.А., Баткаева Н.В., Симаков Ю.Г., Орлова П.Г. ....  | стр. 87 |
| Сравнительный анализ сосудистых лазеров методом численного моделирования<br>Пушкарева А.Е., Пономарев И.В., Исаев А.А., Ключарева С.В. ....   | стр. 88 |
| Ведение больных <i>mycoplasma genitalium</i> - инфекцией - точка зрения практикующих дерматовенерологов московского региона<br>Романова И.В., Кисина В.И., Гуцин А.Е., Жукова О.В. ....   | стр. 89 |
| Распространенность тревоги, депрессии и расстройств личности у пациентов с различными вариантами потери волос.<br>Романова Ю.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. ....  | стр. 89 |
| Оценка выраженности болевых ощущений у пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта<br>Сазонова М.А. ....  | стр. 90 |

|  |          |
|--|----------|
| Особенности иммунного статуса и прогностическое значение иммунологических маркеров при инверсных акне.<br>Санакоева Э.Г., Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ильина И.В., Ахматова Н.К., Кузьминская М.А. ....                | стр. 91  |
| Пфо – новое слово в лечении андрогенетической алопеции.<br>Сафонова Л.А., Титель Ю.Б. ....   | стр. 91  |
| Методы коррекции гипоксических состояний кожи в/ч головы при андрогенетической алопеции.<br>Сафонова Л.А., Титель Ю.Б. ....  | стр. 92  |
| Варианты фенотипов при наиболее частых мутациях в гене филагрина.<br>Свечникова Е.В. ....  | стр. 92  |
| Атопический дерматит и генодерматозы.<br>Свечникова Е.В. ....  | стр. 93  |
| Анализ частоты и структуры хромосомных перестроек при атопическом дерматите.<br>Свечникова Е.В. ....   | стр. 93  |
| Эпоха расцвета отечественной дерматомикологии<br>Сергеева М.А. ....  | стр. 93  |
| К истории московской дерматологии и микологической школы<br>Сергеева М.А., Белова Л.В., Сергеев А.Ю. ....  | стр. 94  |
| Клинико-иммунологическое обоснование комплексного лечения больных рецидивирующим урогенитальным хламидиозом.<br>Соловьев А. М., Абесадзе Г.А, Анохина Л.С., Кулешова Л. М. ....  | стр. 95  |
| Инфекционные агенты в патогенезе реактивных эритем<br>Сорокина Е.В., Масюкова С.А., Ахматова Н.К., Кузьминская М.А. ....   | стр. 96  |
| Эффективные методы коррекции патологических рубцовых деформаций.<br>Стенько А.Г., Талыбова А.П. ....   | стр. 97  |
| Актуальные вопросы эффективности лазерных технологий в косметологии<br>Стенько А.Г., Талыбова А.П. ....  | стр. 97  |
| Вопросы коррекции симптомокомплекса постакне<br>Стенько П.Г., Талыбова А.П. ....   | стр. 98  |
| Устройство для массажа предстательной железы.<br>Суворов С.А. ....   | стр. 98  |
| Общее в механизмах развития вторичной иммунной недостаточности у больных атопическим дерматитом и псориазом<br>Трофимова И. Б., Гевондян Н.М., Земсков М.Д., Дейгин Д.И. ....  | стр. 99  |
| Виды микозов кожи и ее придатков у пациентов, получающих антицитокиновую терапию<br>Трунтова А.В., Разнатовский К.И., Котрехова Л.П. ....  | стр. 99  |
| Эффективность применения узкополосной 311нм фототерапия у детей с псориазом<br>Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б. ....   | стр. 100 |
| УФБ 311 НМ и метотрексат в лечении тяжелых форм псориаза у детей.<br>Турбовская С.Н., Корчажкина Н.Б. ....   | стр. 101 |
| Новые препараты в лечении больных псориазом.<br>Уджуху В.Ю., Кубылинский А.А. ....   | стр. 101 |
| Предрасположенность пациентов с гипо- и гипертиреозом к онихомикозу, вызванному дерматофитами и грибами рода candida<br>Федяшова Т.Ю., Разнатовский К.И., Котрехова Л.П. ....  | стр. 101 |
| Клинический случай наблюдения саркоидоза в условиях стационарного отделения<br>Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Лебедева Е.В., Новосельцев М.В., Вартапетян Н.В. , Деньдоброва Ф.Н. , Голубева Ю.М. .... | стр. 102 |



|  |          |
|--|----------|
| Комплексная терапия псориаза с использованием пентоксифиллина<br>Хамаганова И.В., Новосельцев М.В., Лебедева Е.В., Вартапетян Н.В., Голубева Ю.М., Деньдоброва Ф.Н. ....   | стр. 103 |
| Синдром парри - ромберга и линейная склеродермия по типу удара саблей- синонимы?<br>Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Моднова А.Г. ....   | стр. 103 |
| Клинический случай наблюдения грибовидного микоза в условиях стационарного отделения<br>Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Новосельцев М.В., Голубева Ю.М.,<br>Деньдоброва Ф.Н., Вартапетян Н.В., Лебедева Е.В. ....                   | стр. 104 |
| Клинический случай наблюдения ВИЧ-ассоциированной саркомы Капоши в условиях<br>стационарного отделения<br>Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Новосельцев М.В., Деньдоброва Ф.Н.,<br>Вартапетян Н.В., Голубева Ю.М., Лебедева Е.В. .... | стр. 105 |
| Оценка эффективности применения сеансов плазмафереза в комплексной<br>терапии экссудативного псориаза.<br>Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Васильева А.Ю., Новосельцев М.В., Голубева Ю.М.,<br>Деньдоброва Ф.Н., Вартапетян Н.В., Лебедева Е.В. .... | стр. 105 |
| Оценка динамики показателей мексаметрии и себуметрии<br>при лечении акне методом электропорации гиалуроната цинка<br>Харитоновна Е.Е., Королькова Т.Н., Родионова Е.Н. ....  | стр. 106 |
| Опыт применения фототерапии UVB 311 НМ при болезни девержи<br>Шарова Н.М., Кукало С.В. ....  | стр. 106 |
| Использование местной антиоксидантной терапии для профилактики ладонно-подошвенного<br>синдрома у пациентов, получающих таргетное противоопухолевое лечение<br>Шатохина Е.А., Круглова Л.С. ....   | стр. 107 |
| Течение болезни девержи у детей.<br>Шемшук М.И., Уджуху В.Ю. ....  | стр. 107 |
| Изменение показателей салоотделения и рН кожи под воздействием пилинга с ретинолом.<br>Шепилова И.А. ....  | стр. 107 |
| Мультикислотные химические пилинги. Перспективы применения в косметологии.<br>Шугина Е.А., Иванова Л.И., Рассохина О.И., Моргачева А.А. ....   | стр. 108 |
| Обнаружение специфических иммуноглобулинов класса М у пациентов<br>с сифилисом в анамнезе и у лиц, не болевших сифилисом.<br>Шульгина И. Г. ....   | стр. 108 |





**Научная программа, каталог выставки и тезисы  
VII Межрегиональный форум  
дерматовенерологов и косметологов**

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»



Сдано в набор 09.10.2017. Подписано в печать 09.10.2017. Бум. офсет. 205x290/8  
Гарнитура Segoe UI. Печать офсетная. Тираж 220 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45