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

Санкт-Петербургская общественная
организация «Человек и его здоровье»

ЮБИЛЕЙНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

XX САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ

29-30 октября 2026

Отель «AIRPORTCITY PLAZA»
Санкт-Петербург, Стартовая ул., 6-а
dermatology.congress-ph.online



Санкт-Петербург
2026

Научное издание

XX ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ

Материалы: / Под редакцией проф. Самцова А.В., проф. Соколовского Е.В.
СПб.: 2026. – 173 с.

Рецензент: проф. Аравийская Е.Р.

Материалы публикуются в авторской редакции

Технический редактор:
Трофимова А.И.
Дизайн, верстка:
Куделина Т.П.

© «Человек и его здоровье», составление, оформление, 2026
© Коллектив авторов, 2026

СИНДРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Амрина Л.К., Толыбекова А.А., Капсалаева З.Б.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Синдром фолликулярной окклюзии (СФО) представляет собой группу хронических воспалительных заболеваний кожи, объединенных общим патогенетическим механизмом поражения волосяного фолликула. В структуру синдрома входят гнойный гидраденит, конглобатные акне, абсцедирующий и подрывающий перифолликулит Гоффмана, а также пилонидальная киста. Заболевание характеризуется рецидивирующим течением, формированием абсцессов, свищей и рубцов, что существенно ухудшает качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить современные представления о патогенезе, клинических проявлениях, диагностике и лечении синдрома фолликулярной окклюзии.

Материалы и методы. Проведен анализ современных литературных источников, посвященных вопросам этиопатогенеза, диагностики и терапии СФО.

Результаты. В основе развития синдрома лежит фолликулярный гиперкератоз с последующей окклюзией волосяного фолликула. Разрыв фолликулярной стенки приводит к развитию хронического воспаления, разрушению окружающих тканей и вторичному инфицированию. Основными клиническими проявлениями являются болезненные воспалительные узлы, абсцессы, свищевые ходы и рубцовые изменения. Диагностика основывается преимущественно на клинической оценке характерных высыпаний, их локализации и рецидивирующего течения заболевания. Дополнительными методами являются лабораторные исследования, бактериологический посев, ультразвуковое исследование мягких тканей и магнитно-резонансная томография. Современная терапия включает применение антибиотиков, системных ретиноидов, глюкокортикостероидов, биологических препаратов (ингибиторов TNF-α и интерлейкинов), а также хирургических методов лечения. Важное значение имеют модификация образа жизни, контроль массы тела и отказ от курения.

Заключение. Синдром фолликулярной окклюзии является тяжелым хроническим заболеванием, требующим своевременной диагностики и комплексного подхода к лечению. Использование современных методов медикаментозной и биологической терапии позволяет повысить эффективность лечения, снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов.

ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ ВНЕ АССОЦИАЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Андреева В.В.[1], Теличко С.И.[2], Иванова Ю.А.[1]
[1]ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
[2]ООО «МЦ АЛЛЕРГОМЕД»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Липоидный некробиоз представляет собой редкое хроническое гранулематозное заболевание кожи, традиционно ассоциируемое с сахарным диабетом. Вместе с тем в современной литературе описаны случаи развития заболевания у пациентов без нарушений углеводного обмена, что указывает на сложный и до конца не изученный патогенез дерматоза. По данным современных исследований, около 41% пациентов с липоидным некробиозом не имеют сахарного диабета, что свидетельствует о необходимости сохранения настороженности в отношении данного заболевания даже при отсутствии нарушений углеводного обмена и проведения тщательной дифференциальной диагностики с другими гранулематозными дерматозами.

Цель исследования. Представить клинический случай липоидного некробиоза у пациента без сахарного диабета.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в медицинском центре «Аллергомед» находился пациент с клиническими проявлениями липоидного некробиоза. Диагноз был верифицирован на основании клинической картины, данных дерматоскопии и патоморфологического исследования кожи. Поиск и анализ литературных источников проводились с использованием отечественных и зарубежных научных баз данных.

Результаты и обсуждение. Пациент 51 года обратился в марте 2026 года с жалобами на высыпания в области кожи обеих голеней, существующие более 4 лет, постепенно увеличивающиеся в размерах и не сопровождавшиеся субъективными ощущениями. Ранее пациент получал кратковременную наружную терапию клобетазола пропионатом с незначительным положительным эффектом. При сборе анамнеза признаков сахарного диабета, нарушений углеводного обмена и иных значимых эндокринных заболеваний выявлено не было.

При объективном осмотре на переднебоковой поверхности кожи обеих голеней определялись кольцевидные застойно-эритематозные папулы красновато-бурой окраски, сливающиеся в бляшки с участками центральной атрофии желтоватого оттенка. При дерматоскопии визуализировались линейно разветвленные сосуды различного диаметра, располагающиеся на фоне структурно однородных участков со сниженным кожным рисунком.

С учетом клинической картины в дифференциально-диагностический ряд были включены липоидный некробиоз, кольцевидная гранулема, саркоидоз кожи.

Для верификации диагноза пациенту было выполнено патоморфологическое исследование кожи. По результатам исследования выявлены гиперкератоз, умеренный акантоз, внутриклеточный и межклеточный отек эпидермиса. В дерме определялись очаги неполной дезорганизации коллагеновых волокон, инфильтраты, представленные лимфоцитами, гистиоцитами и гигантскими многоядерными клетками, что соответствовало морфологической картине липоидного некробиоза.

При лабораторном обследовании показатели глюкозы и гликированного гемоглобина находились в пределах референсных значений.

Пациенту была назначена комбинированная терапия, включающая наружное применение клобетазола пропионата 0,05% 1 раз в сутки, а также системную терапию гидроксихлорохином 200 мг 2 раза в сутки и пентоксифиллином 400 мг 2 раза в сутки.

Через месяц от начала терапии отмечалась положительная клиническая динамика в виде уменьшения инфильтрации, выраженности эритемы и площади поражения.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможность развития липоидного некробиоза вне ассоциации с сахарным диабетом и подчеркивает необходимость его включения в дифференциально-диагностический поиск у пациентов с хроническим гранулематозным поражением кожи даже при отсутствии нарушений углеводного обмена. Своевременное проведение биопсии кожи и назначение комплексной противовоспалительной и вазоактивной терапии способствует регрессу клинических проявлений заболевания и улучшению качества жизни пациентов.

* * *

ПРОБЛЕМА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ MYCOPLASMA GENITALIUM К ФТОРХИНОЛОНАМ И МАКРОЛИДАМ

Асташонок А.Н., Виноградова А.В., Полещук Н.Н.
ГУ РЦГЭиОЗ,
г. Минск, Беларусь

Введение. Микоплазмоз, вызываемый *Mycoplasma genitalium*, является в настоящее время одной из распространенных урогенитальных инфекций. В отличие от других широко известных видов условно-патогенных микоплазм (*M. hominis*, *U. urealyticum*, *U. parvum*) эта высокопатогенная бактерия трудно культивируется *in vitro* и является облигатным внутриклеточным паразитом. Возбудитель вызывает уретрит, эпидидимит/орхит, баланопостит у мужчин, целый ряд заболеваний у женщин — уретрит, цервицит, сальпингоофорит, эндометрит, преждевременные роды, бесплодие, внематочная беременность, а также может обуславливать развитие реактивного артрита у обоих полов. Отсутствие у микоплазм клеточной стенки ограничивает спектр антимикробных препаратов, используемых при лечении.

Цель работы. Выделить *Mycoplasma genitalium* от лиц с длительно текущим воспалительным процессом и репродуктивными нарушениями для выявления мутаций резистентности к макролидам и фторхинолонам.

Материалы и методы. Сформирована группа из 289 пациенток в возрасте от 18 до 43 лет (медиана 30 лет) с заболеваниями урогенитального тракта и репродуктивными нарушениями. Выявление ДНК патогенов (*Neisseria gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis*) осуществляли с помощью набора *N. gonorrhoeae / C. trachomatis / M. genitalium / T. vaginalis*-МУЛЬТИПРАЙМ-FL. Секвенирование фрагментов гена 23S рРНК, ParC и GyRA M. *genitalium* проводили с использованием специальных праймеров и набора Brilliant Dye Terminator v3.1 Cycle Sequencing Kit (Nimagen, Нидерланды) согласно прилагаемой инструкции.

Результаты. Установлено, что возбудитель *M. genitalium* детектирован в первичном материале (мазках-соскобах) методом ПЦР в 27 случаях (9,3%). ПЦР-анализ других возбудителей показал следующие особенности: в 2 случаях выявлен возбудитель *T. vaginalis*, в 6 случаях – C. *trachomatis.* Данные результаты мы связывали со следующими обстоятельствами: низкая концентрация (<103 ГЭ/мл) патогенов в соскобном материале из уретры, влагалища является основной причиной снижения чувствительности молекулярных методов и не позволяет выявлять жизнеспособные формы микроорганизмов. Следует особо подчеркнуть, что использование метода предварительного культурального накопления позволило дополнительно методом ПЦР в 31 случае детектировать возбудитель *T. vaginalis*, в 36 случаях — *C. trachomatis,* в 18 случаях —

M. genitalium. Полученные данные отражают значимость использования чувствительной культуры клеток для предварительного накопления возбудителей, увеличения их титра и повышения чувствительности метода амплификации нуклеиновых кислот. С образцами, содержащими ДНК *M. genitalium*, проводили ПЦР по обнаружению участков генов 23S рРНК, *ParC*, *GyrA*, *M. genitalium.*

Полученные в ходе секвенирования 15 нуклеотидных последовательностей участков V гена 23S рРНК M. genitalium исследованы для выявления мутаций, связанных с устойчивостью к макролидам. Выявлено 4 изолята, у которых мутация связана с нуклеотидной заменой в V-домене гена 23S рРНК в позиции A2059, определяющая резистентность к макролидам. Секвенированы 22 образца, содержащих фрагмент гена ParC, 27 — фрагмент гена GyrA *M. genitalium*. Полученные последовательности обработаны и сопоставлены с геномом дикого штамма *M. genitalium* G37 (NC_000908.2). При анализе 22 образцов фрагмента гена *ParC* обнаружена мутация G248→A (замена аминокислотного остатка: Ser-83-Asn), связанная с устойчивостью к фторхинолонам. В 27 образцах, содержащих фрагмент гена G*yrA*, мутации резистентности к фторхинолонам не выявлены. Учитывая наличие мутаций резистентности к фторхинолонам, проведена коррекция схемы лечения 4 пациенток с урогенитальной патологией на макролиды.

Заключение. В силу высокого патогенного потенциала, обусловленного *M. genitalium*, и роста случаев антибиотикорезистентности требуется изучение его молекулярно-биологических свойств в реальных условиях и персонифицированный подход к назначению лечения. Мониторинг определения устойчивости штаммов *M. genitalium* к макролидам, фторхинолонам актуален, т.к. позволил выявить возбудитель не только при урогенитальной патологии, но и при репродуктивных нарушениях, включая осложнения течения беременности. Обнаружение резистентных штаммов патогена позволит осуществить выбор рациональных этиотропных препаратов и обеспечить мероприятия, направленные на снижение распространенности патогена, его уровня антибиотикорезистентности, повышение качества оказания медицинской помощи.

* * *

РОЛЬ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Беккер Р.А.[1], Быков Ю.В.[2]
[1]Независимый исследователь,
г. Иерусалим, Израиль,
[2]ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России,
г. Ставрополь

Актуальность. Гнёздная алопеция относится к иммунно-опосредованным заболеваниям кожи с вариабельным клиническим течением — от ограниченных очаговых форм до быстро прогрессирующих субтотальных поражений. Особый клинический интерес представляют тяжелые формы заболевания, характеризующиеся высокой скоростью распространения процесса и низкой чувствительностью к стандартной дерматологической терапии. Современные данные указывают на значимую роль стресс-индуцированных нейроэндокринных и иммунных нарушений в утрате иммунной привилегии волосяного фолликула. Хронический травматический стресс сопровождается дисрегуляцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, изменением нейромедиаторного баланса и формированием системного провоспалительного состояния, что может способствовать развитию и утяжелению аутоиммунных дерматозов. В то же время клинические наблюдения, иллюстрирующие влияние стрессовых расстройств на формирование тяжелых форм гнёздной алопеции и возможности их комплексной коррекции, представлены ограниченно.

Цель исследования. Оценить роль стресс-индуцированных нарушений в формировании тяжелого течения гнёздной алопеции и проанализировать клиническую эффективность комбинированного терапевтического подхода у пациентов с выраженной психотравматизацией.

Материалы и методы. Проанализированы два клинических наблюдения пациентов мужского пола: пациент №1, 2007 года рождения, и пациент № 2, 2001 года рождения. В обоих случаях развитию гнёздной алопеции предшествовало формирование клинически выраженных стрессовых расстройств травматического характера. У пациента №1 психотравмирующее воздействие было связано с эпизодом тяжелого физического насилия, у пациента №2 — с длительным пребыванием в зоне вооруженного конфликта и вынужденным беженством. До обращения пациенты неоднократно консультировались у дерматолога, трихолога и психиатра, получая различные антидепрессанты, местные глюкокортикоидные препараты, инъекционные стероиды в кожу головы, миноксидил, препараты цинка и селена, а также витаминные комплексы, без клинически значимого эффекта. После консультации была назначена комбинированная терапия, включавшая флувоксамин до 300 мг в сутки, фенитоин до 300 мг в сутки, мелатонин 3 мг на ночь, преднизолон 15 мг утром через день

с постепенной отменой в течение 6 недель. Иммуномодулирующая терапия у пациента №1 включала такролимус 0,5 мг 2 раза в сутки и месалазин 500 мг 3 раза в сутки; у пациента №2 — метотрексат 10 мг 1 раз в неделю с приемом фолацина 5 мг во все дни, кроме дня приема метотрексата, и гидроксихлорохин 200 мг после ужина под лабораторным контролем.

Результаты и обсуждение. На фоне проводимой терапии у обоих пациентов отмечалась стабилизация психоэмоционального состояния и снижение выраженности стресс-индуцированных симптомов. Параллельно наблюдалось уменьшение активности дерматологического процесса. Первые признаки восстановления роста волос были зарегистрированы через 6–8 недель от начала лечения. К третьему месяцу наблюдения у обоих пациентов отмечалось практически полное восстановление волосяного покрова в зонах ранее сливных очагов без остаточного косметического дефекта. Полученные результаты подтверждают патогенетическую значимость стресс-индуцированной нейроиммунной дисрегуляции в формировании тяжелых форм гнёздной алопеции и указывают на целесообразность комплексного подхода, направленного как на иммунные, так и на нейробиологические механизмы заболевания.

Выводы. Стресс-индуцированные нарушения играют существенную роль в формировании тяжелого и резистентного течения гнёздной алопеции. Комплексная терапия с включением психотропных препаратов, системных глюкокортикоидов и иммуномодуляторов может рассматриваться как эффективная и безопасная стратегия лечения данной категории пациентов. Учет нейроиммунных механизмов заболевания является важным условием достижения клинической ремиссии.

* * *

МИКОЗЫ КОЖИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СТРУКТУРА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ (2021–2025)

Боровец И.В., Гринкевич М.В.
Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Грибковые инфекции кожи относятся к числу наиболее распространенных дерматозов в практике врача-дерматовенеролога. В Гомельской области, как и в целом по Республике Беларусь, регистрируется значительное число случаев микозов, однако динамика заболеваемости и частота клинических показаний в стационарном лечении за последние пять лет представляют предмет для дальнейшего междисциплинарного изучения.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ уровня и динамики заболеваемости дерматомикозами, а также изучить структуру и объемы госпитальной помощи пациентам с данной патологией в Гомельском регионе за пятилетний период (2021–2025 гг.).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных статистической отчетности по микозам кожи и ее придатков (коды по МКБ-10: B35–B49) за пятилетний период (2021–2025 гг.) учреждения «Гомельский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии».

Результаты и обсуждение. Заболеваемость микозами составила: 13 863 (2021) → 18 639 (+34,5%, 2022) → 18 648 (+0,1%, 2023) → 16 776 (–10,0%, 2024) → 16 027 (–4,5%, 2025). Доля лиц 18 лет и старше: от 78,6% (2024) до 87,9% (2022); гендерное распределение: мужчины от 27,5% (2022) до 44,2% (2023), женщины от 55,8% (2021) до 72,5% (2022).

Стационарное лечение: рост числа пролеченных с 112 (2021) до 245 (2025) (+118,8%); доля детей среди госпитализированных стабильно высокая – 71,0% (2021) –73,8% (2023). Совокупный койко-день увеличился с 1 719 до 4 193 (+143,9%), преимущественно за счет детей (от 71,0% до 73,8%).

Длительность госпитализации: средняя продолжительность возросла с 15,35 до 17,11 койко-дня (+11,5%); у детей этот показатель ежегодно был выше, чем у взрослых на 1,03 (2025) –2,78 (2021) койко-дня.

Доля госпитализаций от общего числа зарегистрированных случаев оставалась низкой: 0,81% (2021) –1,53% (2025).

Выводы.

1. Несмотря на высокую распространенность микозов, потребность в стационарном лечении остается низкой (менее 1,5% от общего числа зарегистрированных), что обосновывает приоритет амбулаторной модели ведения данной патологии.

2. За пятилетний период (2021–2025 гг.) установлен выраженный рост объемов госпитализации (+118,8%) и соответственно совокупного койко-дня (+143,9%), обусловленный преимущественно более частой госпитализацией детей.

* * *

СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: АМБУЛАТОРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (2021–2025)

Боровец И.В., Гринкевич М.В.
Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Себорейный дерматит – хроническое воспалительное заболевание кожи с поражением участков повышенного выделения секрета сальных желез, часто сочетающееся с повышением активности липофильных дрожжеподобных грибов. Анализ особенностей данного рецидивирующего заболевания пациентов в Гомельской области имеет важное диагностическое значение для оптимизации оказания специализированной дерматовенерологической помощи.

Цель исследования. Оценить пятилетнюю динамику заболеваемости себорейным дерматитом в Гомельской области за 2021–2025 гг.

Материалы и методы. Ретроспективная оценка сводных данных статистических отчетов по себорейному дерматиту (код по МКБ-10: L21) за 2021-2025 гг. на базе учреждения «Гомельский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии».

Результаты и обсуждение. Заболеваемость: зарегистрировано 3593 случая в 2021 г. с последующим ростом до 3810 (+6,0%, 2022) и 4205 (+10,4%, 2023), незначительным снижением до 4131 (–1,8%, 2024) и выраженным приростом до 5204 (+26,0%, 2025). Удельный вес взрослого населения варьировался от минимального значения 57,3% (2022, 2025) до максимального 74,2% (2021). В гендерной структуре численность мужчин возросла с 1737 (48,3%, 2021) до 2589 (49,8%, 2025), женщин – с 1856 (51,7%, 2021) до 2615 (50,2%, 2025).

Параметры стационарного лечения отражают увеличение количества пролеченных пациентов на 15,7% (с 89 до 103), при этом доля детей среди них существенно возросла – с 24,7% до 42,7%. Общий объем койко-дней вырос на 21,9% (с 777 до 947), преимущественно за счет детского контингента, доля которого достигла 47,4% в 2025 г. против 29,1% в 2021 г.

Средний койко-день увеличился с 8,73 до 9,19 (+5,3%), имея ежегодное повышение у детей на 1,0-2,3 койко-дня. Доля госпитализации от общего числа зарегистрированных случаев оставалась в пределах 1,98-2,48%.

Выводы.

1. Дивергенция между ростом первичной регистрации себорейного дерматита (+26,0% к 2025 г) и низкой частотой госпитализаций (менее 2,5% от общего пула) подтверждает высокую эффективность и приоритет амбулаторного ведения данного профиля пациентов.

2. За пять лет установлено умеренное нарастание случаев госпитализации и длительности пребывания пациентов в стационаре (число случаев госпитализации: +15,7%, койко-дни: +21,9%) преимущественно за счет детей.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Борыбаева А.А., Толыбекова А.А., Чернова О.А.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

Психоактивные вещества (ПАВ) оказывают комплексное воздействие на организм, затрагивая нейроэндокринную, иммунную и метаболическую системы. Под нашим наблюдением находился пациент А., страдающий псориазом.

Пациент: мужчина А., 27 лет.

Жалобы: высыпания на коже, выраженный зуд по всему телу.

Anamnesis morbi: Страдает псориазом с 2019 года. Ранее заболевание протекало с периодическими сезонными обострениями и частичным ответом на топическую терапию (без регулярного назначения врача). Настоящее обострение развилось в течение 2 месяцев и характеризовалось быстрым прогрессированием кожного процесса после нескольких эпизодов употребления психоактивных веществ - Экстази (МДМА метилендиоксиметамфетамина).

Status localis: кожный процесс хронический в стадии обострения, симметричный, воспалительный, распространенный.

Первичный элемент — папулы, склонные к периферическому росту и слиянию в крупные инфильтрированные бляшки ярко-красного цвета. Бляшки покрыты мелко- и крупнопластинчатыми серебристо-белыми чешуйками, и чешуйко-корками на фоне яркой гиперемии и выраженной инфильтрации. Элементы с четкими границами. Положительная псориатическая триада и феномен Кебнера. Дермографизм розовый. Экскориации, следы расчесов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Субъективно — зуд. Индекс PASI составил 31,2, что соответствует тяжелому течению псориаза. Клиническая картина соответствует распространенному инфильтративно-бляшечному псориазу в прогрессирующей стадии с тенденцией к эритродермии.

Диагноз: инфильтративно-бляшечный псориаз, прогрессирующая стадия, с тенденцией к эритродермии.

Данный клинический случай демонстрирует не просто обострение псориаза, а развитие тяжелого распространенного воспалительного процесса, индуцированного экзогенным триггером — психоактивными веществами. ПАВ активируют каскад провоспалительных цитокинов, формируя системный ответ, сопоставимый с «цитокиновым штормом», и генерализуя кожный процесс. Дисбаланс Th1/Th17 и снижение регуляторных механизмов приводят к неконтролируемой гиперпролиферации кератиноцитов и прогрессированию заболевания. Нарушение метаболизма препаратов, гепатотоксичность и низкая комплаентность делают контроль заболевания крайне затрудненным на фоне употребления ПАВ.

Вывод. Психоактивные вещества оказывают многокомпонентное влияние на течение псориаза и могут приводить к развитию тяжелых форм заболевания, включая псориатическую эритродермию. Индекс PASI 31,2 в данном случае подтверждает тяжесть индуцированного обострения.

* * *

КСАНТОДЕРМАТОЗЫ И СИМПТОМ ДАРЬЕ-УННЫ

Бражникова А.П.[1], Манафова Г.А.[2], Топал В.С.[1], Горланов И.А.[1], Большакова Е.С.[1]
[1]ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
[2]СПбГУ,
Санкт-Петербург

Актуальность. Визуальное распознавание клинических симптомов является ключом к корректному диагнозу в дерматовенерологии. Зачастую, кроме морфологии элементов значительную роль в диагностике играют специфические (патогномоничные для данного дерматоза) симптомы, так как «наблюдаемое физическое явление, настолько часто связано с данным состоянием, что считается указывающим на это состояние». В гетерогенной группе ксантодерматозов, характеризующихся желтым оттенком элементов, наблюдаемым при осмотре, можно встретить разнообразные по этиопатогенезу заболевания от вызванных экзогенными причинами до врожденных. Объединяет эту группу накопление веществ в коже (липиды, эластин, билирубин, соли металлов и другие), отражающих видимый свет на длинах волн 570–590 нм. К непростым для дифференциальной диагностики и встречающимся с рождения или на первом году жизни относятся такие, как пигментная крапивница (пятнисто-папулезный кожный мастоцитоз (ПК)) и нелагнергансоклеточный вариант гистиоцитоза (НГ) – ювенильная ксантогранулема. Для первого патогномоничным считается симптом Дарье-Унны, острая реакция в виде покраснения или образования волдыря при раздражении элементов сыпи.

Цель исследования. Мы столкнулись с клиническим примером наличия симптома Дарье-Унны у пациента с предполагаемым НГ, что послужило поводом для изучения данных из открытых источников.

Материалы и методы. Обзор литературы по теме за последние 30 лет и сравнение с данными, полученными при обследовании нашего пациента.

Результаты. Мальчик П, 1 года и 3 месяцев поступил для верификации диагноза ПК с жалобами на появление элементов на коже головы с рождения, затем спины и с 2-х месяцев жизни с распространением элементов на другие участки кожи. Папулы имели розово-желтую окраску округлые или овальные четкие очертания и размеры от 3 мм до 1 см в диаметре. Наибольшая часть из них была полушаровидной формы с плотноэластической консистенцией, при пальпации и трении остро увеличивавшихся в размерах за счет отека поверхностных слоев дермы и эритематозного компонента, с умеренным зудом. В динамике (несколько месяцев от момента появления на коже) часть элементов достигала 1,5 см и уплощалась, цвет изменялся в желто-оранжевую или желто-коричневую гамму, а по периферии элементов наблюдалось образование ободка фиброзирования тканей, поэтому при поступлении картина высыпаний была полиморфной с наличием как свежих мелких розово-желтых элементов, так

и крупных длительно существовавших коричнево-желтых с периферическим уплотнением. Симптом Дарье-Унны был обнаружен при пальпации нескольких папул, преимущественно свежих, розово-желтой окраски и отсутствовал на крупных уплощенных папулах с коричневым оттенком. Гистологическое исследование двух разных элементов выявило схожую патоморфологию: скопления субэпителиально вплоть до подкожной клетчатки CD68+ гистиоцитов со светлой, пенистой цитоплазмой, формирующие единичные похожие на гигантские клетки (атипичные клетки Тутона). В инфильтратах имелись также лимфоциты и тучные клетки, последние преимущественно периваскулярно. Отмечался отек дермы и стенок сосудов с полнокровием и экстравазатами эритроцитов, а также мелкие очаги склероза. Иммуногистохимическое исследование с антителами: CD1a очень слабое окрашивание инфильтратов гистиоцитов, S100-. Исследование триптазы в сыворотке крови-вариант нормы. Был установлен диагноз ювенильной ксантогранулемы.

По данным литературы, симптом Дарье-Унны считается патогномоничным для ПК и встречается почти в 100% случаев. В детском возрасте высыпания полиморфны (пятна, папулы, буллы) от 1,0 до 2,5 см в диаметре, без четкой смены морфологических элементов, могут появляться приступообразно и сопровождаются экссудативным компонентом и зудом. Окраска от желтовато-коричневого до темно-коричневого с возможной телеангиэктазией. Локализация чаще в области туловища с различной распространенностью. Появление симптома Дарье-Унны связывают с дегрануляцией тучных клеток, скопление которых наблюдается при ПК в дерме и с высвобождением воспалительных медиаторов, в том числе гистамина, способствующим острому отеку сосочкового слоя дермы. Часть авторов высказывает предположение о выделении веществ, способствующих вазодилятации гистиоцитами и лимфоидными клетками инфильтрата при ПК. Одно из патоморфологических исследований биоптатов от пациентов ПК с симптомом Дарье-Унны и без отмечает значительную периваскулярную эозинофильную инфильтрацию и дегрануляцию субстанции Р из тучных клеток в случае наличия симптома. Кроме того, симптом Дарье-Унны описан у ребенка с доброкачественным цефалическим гистиоцитозом, нескольких случаях ювенильной ксантогранулемы, а также в случаях кожных проявлений лейкемии, неходжкинской лимфомы, кожной крупноклеточной Т-клеточной лимфомы и гистиоцитоза Х, но природа его возникновения остается мало изученной.

У нашего пациента предположение об эозинофильной инфильтрации, как важном признаке симптома Дарье-Унны не подтверждается, а выявленные немногочисленные тучные клетки не соответствуют таковым при ПК.

Выводы. Наличие симптома Дарье-Унны не является уникальным для пациентов с ПК, поэтому необходимо тщательное сопоставление всех данных обследования пациентов для верификации корректного диагноза. Возможно проведение проспективного исследования для уточнения патофизиологии и точных механизмов возникновения данного симптома.

ТЯЖЕЛЫЙ ПСОРИАЗ КАК ФАКТОР СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Быков Ю.В.[1], Беккер Р.А.[2]
[1]ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России,
г. Ставрополь,
[2]Независимый исследователь,
г. Иерусалим, Израиль

Актуальность. Псориаз тяжелого течения в настоящее время рассматривается не только как хроническое воспалительное заболевание кожи, но и как системный иммуновоспалительный процесс, ассоциированный с широким спектром коморбидных нарушений. К числу наиболее значимых относятся метаболические расстройства, ожирение, дислипидемия, а также аффективные расстройства, существенно ухудшающие прогноз и качество жизни пациентов. Хроническое воспаление, высокая площадь кожного поражения, социальная стигматизация и длительное отсутствие эффективной системной терапии формируют условия для утяжеления как дерматологического, так и соматического статуса пациента. В клинической практике нередко наблюдается ситуация, при которой отсутствие своевременного дерматологического вмешательства способствует формированию резистентных аффективных состояний.

Цель исследования. Проанализировать клинический случай пациента с тяжелым псориазом, осложненным системными воспалительными и метаболическими нарушениями, а также оценить эффективность комплексного терапевтического подхода с акцентом на системное дерматологическое лечение.

Материалы и методы. Под наблюдением находился пациент мужского пола 1999 года рождения, с подросткового возраста страдавший псориазом тяжелого течения. Площадь поражения кожи была значительной, что существенно снижало приверженность к местной терапии. Назначавшиеся ранее глюкокортикоидные мази, препараты на основе солидола, дегтя и нафталанской нефти применялись нерегулярно вследствие субъективной непереносимости, неприятного запаха и загрязнения одежды. Пациент не был информирован о возможностях системной терапии псориаза. На фоне длительного неконтролируемого кожного воспаления сформировались ожирение, атерогенные изменения липидного профиля крови и выраженные аффективные расстройства. После обращения за консультацией была инициирована системная дерматологическая терапия метотрексатом в дозе 15 мг 1 раз в неделю (по понедельникам) с приемом фолацина 5 мг ежедневно, кроме дня приема метотрексата, под строгим лабораторным контролем. Проведена эрадикация выявленных хронических инфекций *Helicobacter pylori* и *Giardia lamblia*. В связи с метаболическими нарушениями назначены метформин 2000 мг в сутки и аторвастатин 20

мг в сутки. В дальнейшем пациенту была предоставлена федеральная квота на адъювантное применение устекинумаба.

Результаты и обсуждение. На фоне комплексного лечения отмечено выраженное снижение активности кожного воспалительного процесса и достижение клинической ремиссии псориаза. Параллельно наблюдалась нормализация показателей липидного профиля крови и снижение массы тела на 25 кг. Существенное улучшение кожного статуса сопровождалось восстановлением социальной активности пациента и повышением приверженности к терапии. Представленный случай иллюстрирует ключевую роль системного воспаления при тяжелом псориазе и демонстрирует, что эффективный контроль кожного процесса является необходимым условием коррекции ассоциированных метаболических и психоэмоциональных нарушений.

Выводы. Тяжелый псориаз следует рассматривать как системное заболевание, требующее раннего назначения адекватной системной терапии. Комплексный дерматологически ориентированный подход позволяет добиться стойкой ремиссии кожного процесса и способствует регрессу сопутствующих аффективных нарушений. Ведение таких пациентов целесообразно осуществлять с участием специалистов смежных профилей при ведущей роли дерматолога.

* * *

КОЖНЫЙ ЗУД ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Быков Ю.В.[1], Беккер Р.А.[2]
[1]ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России,
г. Ставрополь,
[2]Независимый исследователь,
г. Иерусалим, Израиль

Актуальность. Кожный зуд холестатического генеза является одним из наиболее тяжелых и клинически значимых дерматологических синдромов, сопровождающих заболевания гепатобилиарной системы. При внутрипеченочном холестазе беременных (ВХБ) зуд часто носит генерализованный характер, отличается высокой интенсивностью, резистентностью к стандартной терапии и приводит к выраженному снижению качества жизни. В патогенезе холестатического зуда участвуют накопление желчных кислот, эндогенных опиоидов, серотонинергическая дисрегуляция и изменения центральной обработки зуда. В тяжелых случаях кожный зуд становится ведущим клиническим проявлением заболевания, определяющим тактику ведения пациентки и требующим активного участия дерматолога в мультидисциплинарной команде.

Цель исследования. Описать клинический случай выраженного кожного зуда холестатического генеза при ВХБ и проанализировать эффективность комплексного дерматологически ориентированного подхода к его коррекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилась 27-летняя первородящая пациентка, у которой с 25-й недели беременности развились клинические проявления внутрипеченочного холестаза, сопровождавшиеся интенсивным генерализованным кожным зудом, стойкой бессонницей, тревожными расстройствами и выраженным ухудшением общего состояния. На первом этапе акушером-гинекологом была назначена базисная терапия, включавшая урсодезоксихолевую кислоту, адеметионин, эссенциальные фосфолипиды и витамины группы В. В связи с выраженной бессонницей и усилением субъективного восприятия зуда психиатром были назначены препараты с антигистаминными и серотонинергическими блокирующими свойствами: миртазапин 30 мг на ночь и оланзапин 5 мг на ночь. На фоне выявленного гестационного сахарного диабета эндокринологом дополнительно назначены метформин 2000 мг в сутки, а затем глибенкламид 5 мг утром. Несмотря на первоначальное улучшение, на 30-й неделе беременности отмечен рецидив интенсивного кожного зуда.

Результаты и обсуждение. В связи с нарастанием дерматологической симптоматики были проведены консультации дерматолога и гепатолога. С учетом патогенеза холестатического зуда рекомендовано расширение терапии с добавлением дексаметазона 4 мг утром, фенобарбитала 30 мг в сутки в качестве индуктора глюкуронизации билирубина, а также налтрексона 50 мг в сутки для

уменьшения опиоид-опосредованного компонента зуда. Назначенная схема позволила добиться клинически значимого снижения интенсивности кожного зуда, восстановления сна и стабилизации общего состояния пациентки. Контроль дерматологического синдрома стал ключевым фактором, позволившим пролонгировать беременность до 35-й недели при снижении медикаментозной нагрузки. Было проведено родоразрешение с рождением живой девочки массой тела 2380 г без тяжелых неонатальных осложнений. В дальнейшем ребенок полностью догнал доношенных сверстников по показателям физического и психомоторного развития.

Выводы. Кожный зуд холестатического генеза при ВХБ является ведущим дерматологическим синдромом, определяющим тяжесть клинического течения и тактику ведения пациенток. Активное участие дерматолога и применение патогенетически обоснованной комплексной терапии позволяют эффективно контролировать зуд, улучшать качество жизни и снижать риски неблагоприятных акушерских исходов. Мультидисциплинарный подход с дерматологическим фокусом является ключевым в ведении тяжелых случаев ВХБ.

* * *

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И АЛЛЕРГИЕЙ НА КЛЕЩЕЙ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ

Василевский И.В.
Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель. Анализ возможных инновационных методов лечения тяжелого атопического дерматита (АтД) с сочетанием с клещевой аллергией.

Материал и методы. Использованы современные литературные данные по изучаемому вопросу.

Результаты и обсуждение. Пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением АтД рекомендована комплексная терапия, состоящая из системных глюкокортикостероидов, циклоспорина и фототерапии. В реальной клинической практике данные методы терапии имеют ограничения ввиду большого числа серьезных побочных эффектов, а фототерапия трудоемка и часто недоступна. В многочисленных исследованиях продемонстрировано, что ИЛ-4 является ключевым цитокином в инициации Th2-воспаления, в то время как ИЛ-13 играет большую роль в его поддержании. Известно, что рецептор ИЛ-4 имеет гетеродимерное строение. Общая субъединица рецептора имеет альфа-цепь (IL-4Rα), другая субъединица может быть представлена либо γC-цепью, либо субъединицей IL-13Ra1. ИЛ-4 способствует дифференцировке наивных Т-клеток в Th2-клетки.

Цитокины ИЛ-4 и ИЛ-13 вносят существенный вклад в нарушение барьера, наблюдаемое при АтД путем подавления синтеза структурных белков (филаггрина и лорикрина), торможения полного созревания кератиноцитов, а также путем снижения выработки антимикробных пептидов, делая кожу склонной к инфицированию. Кроме того, ИЛ-13 играет уникальную роль в воздействии на дермальные фибробласты, стимулируя выработку коллагена и фиброз, что приводит к ремоделированию кожи и ее лихенизации. Влияние ИЛ-4 и ИЛ-13 сразу на несколько звеньев патогенеза заболевания, поддержание ими хронического воспаления в коже при Th2-воспалении обуславливает поиск препаратов, ингибирующих их. Одним из таких препаратов является дупилумаб.

Дупилумаб представляет собой полностью гуманизированное моноклональное антитело, IgG4, которое таргетно связывается с общей субъединицей гетеродимерного рецептора ИЛ-4, альфа-цепью IL-4Rα, тем самым блокируя передачу цитокин-индуцированных сигналов от ИЛ-4 и ИЛ-13, что приводит к подавлению Th2-воспаления и снижению маркеров воспаления: общего и специфических IgE, периостина, хемокинов CCL17, CCL18, тимус-ассоциированного регуляторного хемокина (TARC), а также уменьшению толщины пораженной кожи.

По нашему мнению, практическое значение имеет исследование польских авторов по использованию комбинированной терапии, включающей дупилумаб и аллергенспецифическую иммунотерапию (АСИТ) сублингвально аллергенами пылевых клещей (СЛИТ-ПК), у пациентов с тяжелым АтД и аллергией на клещей домашней пыли. В исследование были включены шестьдесят пять пациентов. Пациенты соответствовали следующим критериям: возраст от 18 до 45 лет, тяжелая форма атопического дерматита с индексом площади и тяжести экземы (EASI) > 20 баллов, %BSA (площадь поверхности тела) > 10 баллов и IsGA (глобальная оценка исследователя) = 4 балла, положительный кожный прик-тест (КПТ) и положительный результат на специфический иммуноглобулин E (sIgE) к экстрактам D. pteronyssinus и D. farinae и основному аллергену Der p 1, отрицательные результаты КПТ и sIgE к остальным ингаляционным аллергенам, а также отсутствие симптомов аллергической астмы и/или аллергического ринита. Пациентам были предоставлены четыре варианта терапии: 1. СЛИТ с домашними пылевыми клещами (группа A); 2. дупилумаб (группа B); 3. СЛИТ с домашними пылевыми клещами + дупилумаб (группа C); и 4. циклоспорин (группа D). Лечение проводилось в течение 12 месяцев в соответствии с инструкциями по виду терапии.

Первичными результатами были оценка клинического улучшения у пациентов с АтД в течение 12 месяцев терапии на основе одновременной оценки следующих трех шкал: EASI, %BSA и IsGA, в отдельных группах и между группами A, B, C и D. Вторичными результатами (точками) были доля пациентов, у которых был достигнут успех по шкале IsGA (соответствие условию: улучшение по шкале IsGA на ≥2 балла по сравнению с исходным уровнем), снижение показателя приема лекарств, улучшение индекса качества жизни при дерматологических заболеваниях (DLQI), изменения уровня sIgG4 к экстрактам D. pteronyssinus и D. farinae, общая концентрация IgE в сыворотке и количество обострений АтД в течение 12 месяцев наблюдения.

Во всех анализируемых группах после 12 месяцев терапии наблюдалось значительное улучшение показателей EASI, %BSA и IsGA. Однако наиболее существенные изменения по исследуемым шкалам наблюдались в группах, получавших комбинированную терапию СЛИТ с домашними пылевыми клещами и дупилумабом (группа C). Доля пациентов со снижением IsGA была значительно выше в группе C, чем в других группах: 64% в группе A, 73% в группа B, 88% в группе C, 53% в группе D при $p < 0,05$. Пациенты, получавшие дупилумаб или комбинированную терапию (группа C), сообщили о более значительном улучшении качества жизни по шкале DLQI, чем остальные пациенты.

Выводы. У пациентов с тяжелым атопическим дерматитом и аллергией на клещей домашней пыли комбинированная терапия дупилумабом и АСИТ против клещей домашней пыли является инновационным методом, который может повысить эффективность лечения по сравнению с применением этих методов по отдельности.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЭНДОТИПОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Василевский И.В.
Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Беларусь

Цель. Провести анализ изучения эндотипов атопического дерматита (АтД) с целью оптимизации методов лечения и профилактики.

Материал и методы. Использованы современные литературные данные по изучаемому вопросу.

Результаты и обсуждение. Атопический дерматит (АтД) — это хроническое, гетерогенное заболевание кожи, обусловленное сочетанием генетических, иммунных и экологических факторов. Новейшие исследования разнообразных иммунных профилей и молекулярных характеристик АтД выявили наличие различных эндотипов заболевания с характерными специфическими биологическими процессами. Важно отметить, что пациенты с определенными подтипами АтД по-разному реагируют на иммуномодулирующую терапию, применение увлажняющих средств, биологических препаратов. Это обстоятельство диктует необходимость в реальной клинической практике более точного определения особенностей индивидуальной терапии с учетом эндотипа конкретного пациента.

Иммунный ответ при АтД включает активацию Th2-клеток, выработку IgE и цитокинов Th2-типа, таких как ИЛ-4, ИЛ-5 и ИЛ-13, которые усугубляют воспаление и нарушение барьерной функции у людей с атопией. Известно, что острые обострения заболевания в значительной степени обусловлены Th2-клетками, хронический процесс при АтД включает ответы Th1, Th17 и Th22. Снижение уровня антимикробных пептидов, таких как кателицидины и дефензины, еще больше ухудшает состояние кожи при АтД, повышая восприимчивость к инфекциям, особенно к золотистому стафилококку, который колонизирует до 90% пациентов и усугубляет тяжесть заболевания.

Эндотипы АтД обычно классифицируются на два основных подтипа в зависимости от уровня IgE в сыворотке крови: внешний (повышенный IgE) и внутренний (нормальный IgE). Примерно 80% случаев атопического дерматита являются экстрагентными, часто связанными с аллергией на белки и ранним началом, в то время как 20% являются интрагентными. Экстрагентный АтД характеризуется высоким уровнем IgE и сильным иммунным ответом Th2; интрагентный АтД включает повышенную активность Th17, более низкий уровень IgE и более высокую распространенность сенсибилизации к металлам. Детский АтД демонстрирует сильный ответ Th2 наряду с сигнализацией Th17

и Th9, относительно более слабый ответ Th1 и экспрессию FLG, аналогичную таковой у здоровых людей. Взрослый АтД демонстрирует сильный ответ Th2 и Th22, умеренный ответ Th17 и значительно более низкую экспрессию FLG в коже. Старческий АтД характеризуется сильным ответом Th1 и Th17, умеренной активностью Th22 и Th2 и незначительным или полным отсутствием снижения экспрессии FLG в эпидермисе.

Экстрагентный АтД связан с нарушением барьерной функции кожи, повышенной трансэпидермальной потерей воды и мутациями гена филаггрина, которые повышают риск экземы и пищевой аллергии. Он характеризуется преобладанием иммунного ответа Th2 и повышенным уровнем эозинофилов. Интрагентный АтД чаще встречающийся у женщин с более поздним началом протекает тяжелее и обычно не связан с нарушением барьерной функции. Хотя ранее его называли неаллергическим АтД, интрагентный АтД может быть связан с сенсибилизацией к металлам, таким как никель. Хотя оба подтипа демонстрируют сигнализацию Th2, интрагентный АтД также характеризуется более сильной активацией Th1 и Th17, с более высокими уровнями Th1-клеток, продуцирующих IFN-γ, в крови.

Анализ сывороточных биомаркеров выявил 4 различных кластера среди взрослых пациентов с АтД, каждый из которых определяется различными уровнями цитокинов Th2 и различиями в экспрессии генов, связанных с защитой организма, включая IFN-β, CXCL9 и членов семейства IL-1 — IL-1α и IL-1β. Аналогичное исследование у детей с АтД также выявило 4 кластера, но только один из них совпадал с подтипами у взрослых, что предполагает потенциальные возрастные различия в механизмах заболевания. Среди этих кластеров один был классифицирован как кластер с преобладанием миграции в кожу, характеризующийся повышенными уровнями апелина и ключевых маркеров миграции в кожу, включая PARC (легочный и активационно-регулируемый хемокин)/CCL18, TARC/CCL17 и CTACK/CCL27. Этот кластер был связан с особенно тяжелым и персистирующим атопическим дерматитом.

АтД с началом во взрослом возрасте связан с генетическими вариациями, отличными от тех, которые связаны с болезнью с ранним началом. Четыре наиболее распространенные мутации гена FLG, обычно связанные с АтД с ранним началом (до 8 лет), отсутствуют в случаях АтД в более позднем детском возрасте (8-18 лет) и АтД с началом во взрослом возрасте (после 18 лет). Как врожденные, так и адаптивные компоненты иммунитета связаны с АтД, включая медиаторы пути Th2, Toll-подобные рецепторы, человеческий β-дефензин 1, TSLP и семейство цитокинов IL-1. Полиморфизмы в IL-4 и IL-13, а также в TSLP, были связаны с АтД. Эти цитокины, расположенные в кластере цитокинов Th2 на хромосоме 5q31.1, способствуют выраженной иммунной дисрегуляции, наблюдаемой при атопическом дерматите.

Выводы. Значительный прогресс в понимании сложных механизмов, лежащих в основе атопического дерматита, дифференциация генотипов и эндотипов данного сложного заболевания, привело к появлению новых потенциальных мишеней для фармакологических и терапевтических вмешательств, что соответствует принципам прецизионной медицины.

* * *

ПОСТКОВИДНАЯ АЛОПЕЦИЯ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Васильченко П.С.
ФГБОУ ВО «ВГУ»,
г. Воронеж

Актуальность. Постковидное выпадение волос (ПКВ) — частое дерматологическое последствие COVID-19. По данным мета-анализов 2023–2024 гг., 25–30% пациентов отмечают диффузное поредение через 2–4 месяца после острой фазы, у 10–15% симптом сохраняется >6 мес. Это снижает качество жизни, вызывает тревожно-депрессивные расстройства. Патогенез повреждения волосяных фолликулов (ВФ) при SARS-CoV-2 долго оставался фрагментарным. К 2025 г. сложилась системная картина, объединяющая прямое вирусное повреждение, цитокиновый шторм, микроангиопатию, гормональную дизрегуляцию и ятрогенные факторы.

Цель. Систематизировать данные о молекулярных механизмах влияния COVID-19 на выпадение волос (2020–2025 гг.), выявить связи между патогенетическими факторами и клиническими формами алопеции, наметить терапевтические мишени.

Материалы и методы. Систематический анализ 125 публикаций в PubMed, Scopus, Web of Science (2020–2025) по ключевым словам: COVID-19, hair loss, telogen effluvium, ACE2, cytokine storm, JAK-STAT. Включены исследования in vivo, in vitro, клинические наблюдения ($n \geq 50$), мета-анализы с контрольной группой, $p < 0,05$, описанием молекулярных механизмов.

Результаты и обсуждение. Пять ключевых звеньев патогенеза, действующих синергично.

1. Прямое вирусное повреждение. Клетки внешнего корневого влагалища и дермального сосочка ВФ экспрессируют ACE2 и TMPRSS2. Вирусная РНК в фолликулах через 6–12 ч. Репликация запускает апоптоз через каспазы 3/7 и митохондриальный путь (Bax/Bcl-2). Нарушение цикла ВФ за 72 ч: преждевременный переход анаген→катаген. Поражение перифолликулярных эндотелиоцитов → микроциркуляторный стаз.

2. Цитокиновый «шторм» и JAK-STAT. Гиперпродукция ИЛ-6 (в 5–10 раз), ФНО-α, ИЛ-1β, CXCL10. Активация JAK-STAT → ингибирование пролиферации (циклин D1, PCNA). Подавление пролиферации матриксных кератиноцитов на 40–60% при добавлении сыворотки пациентов. Индукция катагенезации через 2–3 недели → телогеновый эффлювиум.

3. Микрососудистая дисфункция и окислительный стресс. Эндотелиит и микротромбозы капилляров дермального сосочка (повышение D-димера). Снижение оксигенации ВФ на 30–40% (транскутанная оксиметрия). АФК в биоптатах повышены в 2–3 раза, снижена активность глутатионпероксидазы. Митохондриальная дисфункция → снижение АТФ, накопление малонового диальдегида.

4. Гормональная дизрегуляция (ось ГГН). Стресс активирует ГГН-ось: кортизол повышен на 60–80%. Кортизол индуцирует преждевременный телоген. Андрогены усиливают экспрессию TMPRSS2. У женщин с латентной андрогенетической алопецией — относительная гиперандрогения (снижение ГСПС), что утяжеляет алопецию после COVID-19.

5. Ятрогенные и нутритивные факторы. Высокие дозы ГКС (дексаметазон) могут индуцировать анагеновый эффлювиум. Дефицит цинка, железа, селена, витамина D: у 45% пациентов с ПКВ через 3 мес ферритин <30 нг/мл, 25(OH)D <20 нг/мл. Дефицит аминокислот (метионин, цистеин, лизин) ухудшает синтез кератина.

Клинические формы:

Острый телогеновый эффлювиум (80% случаев) через 2–4 мес, выпадение 300–500 волос/день, обратим за 4–6 мес.

Анагеновый эффлювиум (10–15%) при тяжелом течении, через 1–3 недели, возможно тотальное поредение.

Усугубление андрогенетической алопеции (триггер миниатюризации фолликулов).

Механизмы синергичны: системное воспаление снижает порог апоптоза, гипоксия нарушает регенерацию, гормональный дисбаланс синхронизирует переход в телоген → массивное выпадение «клочьями» через 8–12 недель.

Выводы и перспективы терапии. ПКВ — мультифакторный процесс с ведущей ролью цитокинового шторма (JAK-STAT), микрососудистой дисфункции и стресс-индуцированной гормональной дизрегуляции. Терапевтические подходы: ранняя коррекция микронутриентов (Fe, Zn, витамин D, аминокислоты); антиоксиданты (мелатонин, астаксантин, N-ацетилцистеин, омега-3); местные противовоспалительные (цинк пиритион, бетаметазон); перспективная таргетная терапия — ингибиторы JAK (тофацитиниб, барицитиниб), препараты для улучшения микроциркуляции (пентоксифиллин, низкомолекулярные гепарины). Необходимы дальнейшие РКИ. К 2025 г. накоплены данные о положительном эффекте ингибиторов JAK при хроническом телогеновом эффлювиуме в рамках long-COVID.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА У ПАЦИЕНТОВ С СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

Воробьева В.А., Иванова Ю.А.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Себорейный дерматит (СД) – хроническое воспалительное заболевание кожи, поражающее от 3% до 12% населения, характеризующееся образованием эритематозно-сквамозных высыпаний в областях, богатых сальными железами (лицо, волосистая часть головы, грудь, верхняя часть спины). Этиопатогенез СД связан с количественным и качественным изменением состава кожного сала и неадекватным развитием иммунного ответа на чрезмерный рост липофильных дрожжей рода Malassezia spp.

Стандартная терапия СД включает местные противогрибковые препараты и кортикостероиды, однако при среднетяжелом и тяжелом течении, а также при рефрактерности к наружной терапии, возникает необходимость в системном лечении. Пероральный изотретиноин, обладающий способностью подавлять активность сальных желез, индуцировать апоптоз себоцитов и уменьшать продукцию кожного сала, рассматривается как вариант терапии СД.

Цель исследования. Провести обзор современных литературных данных о длительности и схемах применения системного изотретиноина у пациентов с СД и сопоставить их с клиническими рекомендациями «Российского общества дерматовенерологов и косметологов» (РОДВК) 2025 года.

Материалы и методы. Проведен поиск публикаций за период 2016-2026 гг. в базах данных зарубежных научных публикаций PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, а также в российской научной электронной библиотеке eLibrary.ru. Ключевые слова для поиска: «isotretinoin», «seborrheic dermatitis», «low-dose», «seborrhea», «изотретиноин», «себорейный дерматит», «малые дозы». В анализ включались ретроспективные исследования, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и клинические исследования, посвященные применению низких доз перорального изотретиноина (≤0,5 мг/кг/сут или ≤20 мг/сут) при среднетяжелом и тяжелом СД.

Всего проанализировано 19 публикаций, соответствующих критериям отбора. Оценивались дозировка, режим приема, длительность терапии, клиническая эффективность, риск рецидива и профиль безопасности.

Результаты и обсуждение. Согласно клиническим рекомендациям РОДВК 2025 года системный изотретиноин назначается перорально в дозе 10 мг 1 раз в сутки через день до 6 месяцев. Данный режим ориентирован на хорошую переносимость и возможность длительного применения. Средняя недельная доза при такой схеме составляет около 35 мг.

В современных научных исследованиях чаще изучались режимы ежедневного приема изотретиноина. Demirbas A. и соавт. (2025) провели ретроспективное когортное исследование, включавшее 234 пациента с СД. Сравнивались результаты лечения изотретиноином в дозах 10 мг/сут и 20 мг/сут. Через 12 месяцев в группе 20 мг отмечалось более выраженное снижение индексов Seborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SDASI) и Dermatology Life Quality Index (DLQI) (P <0,001); доза 20 мг была определена как вариант лечения с меньшей вероятностью рецидива (p=0,002).

В ретроспективном исследовании Yanfei Z. и соавт. (2023) у 48 пациентов со среднетяжелым и тяжелым СД применялись схемы 10 мг/сут и 20 мг/сут. Длительность терапии варьировала от 2 до 6 месяцев. В конце исследования не было выявлено статистической разницы в значениях Symptom Scale of Seborrheic Dermatitis (SSSD) между двумя группами (P = 0,18), а пациенты были удовлетворены обеими схемами лечения. Наиболее частым нежелательным явлением был хейлит, серьезные побочные эффекты не зарегистрированы. Работа подтверждает клиническую эффективность ежедневного приема в дозе 10 мг/сут.

В систематическом обзоре King A. и соавт. (2024), включившем 3 исследования и 104 пациента, была оценена эффективность низких доз изотретиноина (в среднем 10 мг/сут в течение 4 месяцев) у больных со среднетяжелым, тяжелым или резистентным СД. Улучшение было отмечено у 96% пациентов, при этом полное исчезновение симптомов — у 45%; рецидив через 3 месяца после отмены наблюдался у 11,1% пациентов. Серьезных побочных эффектов не зафиксировано.

Выводы.

1. Низкие дозы системного изотретиноина демонстрируют высокую эффективность при среднетяжелом и тяжелом себорейном дерматите, с благоприятным профилем безопасности.

2. Ежедневный прием изотретиноина в дозе 20 мг дает более выраженный противорецидивный эффект.

3. Режим, предложенный РОДВК 2025 года, — 10 мг через день до 6 месяцев — соответствует около 35 мг/нед и является более щадящим, чем изучаемые ежедневные схемы 10–20 мг/сут, однако его клиническая и противорецидивная эффективность требует дальнейшей оценки.

4. Необходимо проведение дополнительных клинических исследований для разработки оптимальных схем лечения СД с применением системного изотретиноина.

* * *

ЭПИДСИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ

Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Жумабекова А.Ж.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

В соответствии с данными годовой статистической отчетности и обращаемости населения в медицинские учреждения дерматовенерологической службы в 2025 году в Республике Казахстан зарегистрировано снижение заболеваемости ИППП в 1,2 раза по сравнению с 2024 годом - интенсивный показатель 129,0 на 100 тыс. населения против 154,5 (26172 и 30953 случаев, соответственно).

Структура заболеваемости ИППП в 2025 году была аналогична структуре предыдущего года, где первое место также занимает урогенитальная уреамикоплазменная инфекция (7462 случая, интенсивный показатель – 36,8 на 100 тыс. населения); по убывающей следует урогенитальный хламидиоз (2447 случаев, 12,1), урогенитальный трихомониаз (2234 случая, 11,0), сифилис (1678 случаев, 8,3) и гонококковая инфекция (1062 случаев, 5,2).

По нозологиям в 2025 году по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение сифилиса – от 8,5 на 100 тыс. населения до 8,3, гонококковой инфекции – от 6,0 до 5,2, хламидиоза - от 14,0 до 12,1, уреамикоплазменной инфекции - от 47,2 до 36,8.

Показатели заболеваемости ВПЧ (6 и 11 типы) и урогенитального кандидоза также продемонстрировали снижение в 2025 году: от 7,0 в 2024 году до 5,8 и от 27,1 до 23,4, соответственно; бактериального вагиноза – от 29,3 до 24,9.

Показатель заболеваемости генитальным герпесом остался на уровне предыдущего года – 1,6 на 100 тыс. населения.

Несмотря на общее снижение заболеваемости ИППП, регистрация новых случаев среди детей и подростков остается актуальной проблемой. Официальная статистика за 2025 год фиксирует случаи сифилиса, гонококковой и хламидийной инфекций и трихомониаза, требующие необходимого контроля ИППП и активной профилактики.

Так, в отчетном году среди детей 0-14 лет зарегистрировано 7 случаев сифилиса, по 1 случаю гонококковой и хламидийной инфекций; среди подростков 15-17 лет – 10 случаев сифилиса, 28 случаев гонококковой инфекции, 26 случаев хламидийной и 27 – трихомонадной инфекций.

Таким образом, полученные данные демонстрируют продолжающуюся на протяжении последних лет положительную тенденцию снижения ИППП среди общего населения. Вместе с тем важными аспектами являются систематическая регистрация случаев ИППП среди детей и подростков, что подчеркивает необходимость усиления целевой профилактики именно среди несовершеннолетних.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ

Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

В Республике Казахстан динамика заболеваемости гонококковой инфекцией на протяжении последних 15 лет (с 2011-2025 гг.) характеризуется равномерной тенденцией снижения, в точке отсчета интенсивный показатель составлял 31,5 на 100 тыс. населения, к 2025 году достигнув показателя 5,2 (в 6,1 раза).

В общей структуре ИППП в 2025 году гонорея занимала предпоследнее шестое место, после ВПЧ.

При возрастном распределении самая высокая заболеваемость регистрировалась в группе от 18 до 44 лет, что и было ожидаемо от самой многочисленной группы лиц, находящихся в возрасте наибольшей сексуальной репродуктивной активности, доля которой, соответственно, составила 88,5%.

Доля взрослых от 45 лет и старше – 8,8% (93 случая).

Несмотря на снижение общей заболеваемости ИППП, в том числе и гонококковой, в республике продолжается регистрация новых случаев ИППП среди детей и подростков. В 2025 году отмечено 28 случаев гонореи среди подростков 15-17 лет, 1 случай среди детей от 0 до 14 лет.

Настораживает высокая (47,3%) доля гонореи среди лиц молодого возраста от 14-28 лет.

Мужской пол по заболеваемости гонореей занимал первенство в 2025 году во всех возрастных группах – 23 юношей и 5 девушек среди подростков 15-17 лет; 611 лиц мужского пола и 329 женского среди группы 18-44 лет; 57 и 36, соответственно, в группе 45 лет и >.

Указанная тенденция характерна для населения большинства стран мира.

Среди беременных зарегистрировано 77 случаев гонококковой инфекции, интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. беременных составил – 22,4, по сравнению с 2024 годом отмечено снижение в 1,1 раза (23,6).

Подавляющую долю лиц с гонококковой инфекцией составило городское население против сельского – 83,1 и 16,9, соответственно.

Как среди городского, так и сельского населения в гендерной структуре преобладали лица мужского пола.

Как показал анализ, динамика заболеваемости гонореей демонстрирует положительную тенденцию снижения среди общего населения, однако проблема заболеваемости ИППП среди детей и подростков сохраняет свою актуальность, требующую необходимости проведения санитарно-просветительных мероприятий по вопросам ИППП и методам их профилактики в молодежной среде.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2021-2025 ГГ.

Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Жумабекова А.Ж.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

В структуре дерматологической заболеваемости грибковые болезни занимают второе место после пиодермий и составляют до 42% заболеваний кожи. Проблема дерматомикозов приобретает большую актуальность в связи с многообразием путей передачи возбудителей и их высокой устойчивостью во внешней среде, изменением иммунного ответа организма человека.

Изучена первичная заболеваемость дерматофитиями среди населения Республики Казахстан по данным формы статистического наблюдения №9 за 2025 год.

Результаты исследования показали, что в 2025 году среди населения Республики Казахстан было зарегистрировано 12642 случая заболеваний дерматофитиями, что составило 62,3 на 100 тыс. населения. За весь исследуемый период с 2021 по 2025 гг. наблюдался рост показателя заболеваемости с 61,9 до 62,3, что составило 7,5%. В промежутке показатели были нестабильными, снижению следовал рост и наоборот.

Необходимо отметить, что в 2025 году показатели заболеваемости дерматофитиями в ряде регионов превысили среднереспубликанский уровень (62,3 на 100 тыс. населения), в том числе в Северо-Казахстанской области (123,1 на 100 тыс. нас.), области Жетысу (112,5 на 100 тыс. нас.), г. Шымкенте (104,9 на 100 тыс. нас.), г. Алматы (95,8 на 100 тыс. нас.), области Абай (83,8 на 100 тыс. нас.), Атырауской (83,3 на 100 тыс. нас.), Жамбылской (73,7 на 100 тыс. нас.) и Актюбинской (64,7 на 100 тыс. нас.) областях.

В структуре дерматофитий в 2025 году лидирующее положение занимала микроспория (41,6%), далее в порядке убывания - микозы стоп и кистей (38,6%) и трихофития (19,8%).

В 2025 году по республике в целом было зарегистрировано всего 5260 случаев микроспории, что составило 25,9 на 100 тыс. населения. В динамике за 2021-2025 гг. наблюдался рост с 16,8 на 100 тыс. нас. от точки отсчета до 25,9 к 2025 году (в 1,5 раза). На протяжении всего рассматриваемого периода регистрировался рост – до 20,4 на 100 тыс. нас. в 2022 году, до 22,3 – в 2023, пик заболеваемости приходился на 2024 год, где показатель составил 26,5 на 100 тыс. нас., со снижением к 2025 году до 25,9.

Микозов стоп, онихомикозов в 2025 году всего по РК зарегистрировано 4884 случаев, интенсивный показатель заболеваемости составил - 24,1 на 100 тыс. населения. В динамике за 2021-2025 гг. показано снижение в 1,3 раза – от 31,5 на 100 тыс. нас. – в 2021 году до 24,1 – в 2025. На протяжении исследуемо-

го периода пик заболеваемости отмечен в 2022 году (32,7), затем снижение - до 25,7 в 2023 и до 22,9 в 2024 годах и рост к 2025 году – до 24,1.

По заболеваемости трихофитией - в 2025 году всего выявлено 2498 случаев, интенсивный показатель заболеваемости – 12,3 на 100 тыс. населения. В динамике, в период с 2021 по 2025 гг. отмечено снижение в 1,1 раза – от 13,7 в 2021 году до 12,3 – в 2025. В промежутке, по годам, пик заболеваемости зарегистрирован в 2022 году (15,9 на 100 тыс. нас.), который на этом показателе удерживался и в 2023 году, затем снижение: до 14,6 - в 2024 и до 12,3 к 2025 году.

В Республике Казахстан, в целом, за 2021-2025 гг. заболеваемость дерматофитиями имела тенденцию к росту, в том числе микроспорией на 39,8% и напротив – снижение трихофитии и микозов стоп, онихомикозов на 3,2% и 17,8%, соответственно.

* * *

АНАЛИЗ ЭПИДСИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ

Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

В Республике Казахстан по данным официальной статистической отчетности и обращаемости населения в медицинские организации дерматовенерологического профиля в 2025 году в структуре заболеваемости ИППП третье место после урогенитального хламидиоза занимал урогенитальный трихомониаз, количество впервые выявленных случаев -2234, интенсивный показатель – 11,0 на 100 тыс. населения, по сравнению с 2024 годом (13,8) отмечено снижение в 1,3 раза или на 19,4%.

Показатели заболеваемости в ряде регионов превысили среднереспубликанский уровень, в том числе, в Северо-Казахстанской (64,7 на 100 тыс. нас.), Актюбинской (36,0 на 100 тыс. нас.), Восточно-Казахстанской (25,4 на 100 тыс. нас.), Кызылординской (25,2 на 100 тыс. нас.), Карагандинской (16,9 на 100 тыс. нас.), Костанайской (14,7 на 100 тыс. нас.), Западно-Казахстанской (12,5 на 100 тыс. нас.) областях и г. Шымкенте (11,4 на 100 тыс. нас.).

При распределении по возрастам подавляющее большинство находилось в возрасте наиболее сексуальной репродуктивной активности 18-44 лет, доля их составила 80%, далее, в порядке убывания идет группа взрослых от 45 лет и старше (18,8%). 27 случаев выявлено среди подростков 15-17 лет. На долю молодых людей от 14-28 лет приходилось 30,4%.

Женский пол занимал лидирующее положение по заболеваемости трихомониазом за данный период времени во всех возрастных группах, за исключением подростков 15-17 лет. В группе молодых людей 14-28 лет также наблюдалось превалирование лиц женского пола.

Среди беременных в 2025 году по сравнению с 2024 годом отмечено снижение заболеваемости в 1,8 раза – от 135,5 на 100 тыс. соответствующего населения до 74,3.

В 3,2 раза чаще болели лица городского населения, чем сельского (1700 случаев против 534). Женский пол также занимал лидирующее положение, как среди городского, так и сельского (1092 и 389 против 608 и 145) населения.

Из 1284 обследованных контактов - 452 больных выявлены дерматовенерологами, 379 - акушерами-гинекологами, 32 – урологами, 10 - в стационарах терапевтического профиля, 234 - при периодических и других профилактических осмотрах, 34 - другими специалистами.

Анализ заболеваемости урогенитальным трихомониазом в Республике Казахстан в 2025 году показал положительную тенденцию снижения по сравнению с предыдущим годом, также положительная тенденция наблюдается и среди беременных, однако, рост заболеваемости отмечен среди лиц молодого возраста.

* * *

АНАЛИЗ ЭПИДСИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД С 2021 ПО 2025 ГОД

Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

Аногенитальные бородавки являются высокопатогенной клинической формой папилломавирусной инфекции кожи и слизистых оболочек, 90% случаев которого ассоциированы с вирусом папилломы человека (ВПЧ) 6,11 типов.

Актуальность изучения эпидемиологической ситуации определяется высокой контагиозностью, широкой распространенностью, онкогенным потенциалом ВПЧ и значительным удельным весом в структуре ИППП.

Проведен сравнительный анализ заболеваемости аногенитальными бородавками в Республике Казахстан за пятилетний период (2021-2025 гг.) на основании данных, представленных в формах статистического наблюдения №9 «Отчет об инфекциях, передающихся преимущественно половым путем и кожных заболеваниях».

В результате сравнительного анализа заболеваемости аногенитальными бородавками в Республике Казахстан за пятилетний период (2021-2025 гг.) установлено, что официально регистрируемая заболеваемость АБ на протяжении пяти лет снизилась в 1,1 раза, или на 0,8% - от 6,3 на 100 тыс. населения в 2021 году до 5,8 – в 2025. Максимальный показатель заболеваемости отмечен в 2024 году – 1395 случаев, или 7,0 на 100 тыс. населения, минимальный – в 2023 (791 случаев, или 4,0 на 100 тыс. населения).

В 2025 году в общей структуре ИППП заболеваемость аногенитальными бородавками занимала пятое место после сифилитической инфекции, доля ее составляла 7,2%.

В региональном аспекте выше среднереспубликанских показателей заболеваемость аногенитальными бородавками отмечена в Актюбинской области (30,4 на 100 тыс. нас.), г. Алматы (15,7 на 100 тыс. нас.), Алматинской области (13,8 на 100 тыс. нас.) и области Абай (9,0 на 100 тыс. нас.).

Анализ данных официальной статистической отчетности в отношении заболеваемости аногенитальными бородавками в Республике Казахстан за 2021-2025 годы показал тенденцию к снижению уровня заболеваемости АБ. Вместе с тем данная эпидемиологическая ситуация не в полной мере отражает истинную картину заболеваемости населения республики, поскольку в большинстве случаев диагноз вирусной инфекции выставляется на основании клинических данных, не подтвержденных лабораторно, следовательно, данные случаи не регистрируются.

Эпидемиологическая ситуация в отношении аногенитальных бородавок не в полной мере отражает истинную картину заболеваемости населения РК, так как низкие показатели заболеваемости вирусной инфекции (ВПЧ и ВПГ) объясняются тем фактом, что в большинстве случаев диагноз выставляется на основании клинических данных, не подтвержденных лабораторно, поэтому, данные случаи не регистрируются. Фактически, уровни заболеваемости ВПЧ и ВПГ выше официально зарегистрированных.

* * *

КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННОЙ АТРОФИИ КОЖИ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН

Голдобина М.В.[1], Разнатовский К.И.[2]
[1]ООО «Нетипичная клиника»,
[2]ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург

Возрастные изменения кожи в области вокруг глаз обычно появляются раньше остальных участков лица, что связано с анатомическими особенностями данной зоны, а также действием разнообразных экспосом-факторов. Варианты эстетической коррекции морщин и снижения тонуса периорбитальной зоны включают в себя инъекционные и аппаратные методики, учитывающие индивидуальные особенности человека, его общесоматический статус и возможность восстановления кожи, если процедура предполагает реабилитационный период. На современном этапе, учитывая высокий уровень социальной активности населения, наиболее актуальны неинвазивные или малоинвазивные протоколы коррекции.

Цель исследования. Оценка влияния гелиевой низкотемпературной плазмы и инъекций интрадермальных имплантатов на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола на глубину морщин периорбитальной области у женщин.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое проспективное рандомизированное сравнительное исследование, в которое вошли 32 женщины в возрасте 49,6±12,1 года (от 33 до 62 лет). Пациентки были случайным образом разделены на 2 группы. Обследуемые 1-й группы (n=16) получали инъекции препарата с содержанием частично перекрестно связанной гиалуроновой кислоты 12,5 мг и сорбитола комплексной иглой 30 G линейно-ретроградной техникой в средний слой дермы периорбитальной области. Инъекции повторяли дважды с перерывом 1 месяц, контрольные замеры проводили через месяц после второй процедуры. Участницам 2-й группы (n=16) проводили процедуры гелиевой низкотемпературной плазмы в режиме генерации плазменного факела 1,5 л/мин по шкале ротамера с высокой интенсивностью струи. Экспозиция составила по 5 мин на каждую периорбитальную зону. Было выполнено 3 процедуры обработки кожи гелиевой низкотемпературной плазмой каждые 2 недели; контрольные замеры проводились спустя 1 месяц после последнего визита. Глубину морщин (условные единицы – у.е.) оценивали с помощью аппарата для диагностики кожи (дерматоскопия) под 30-кратным увеличением Aramo Smart Lite (ASL) в варианте исполнения ASL-300, дополненного программным обеспечением Solutionist («Aramo», Южная Корея, РЗН 2018/6802) в 4 точках, по 2 с каждой стороны. Точки измерения располагались симметрично: латеральный край орбиты на уровне наружного кантуса глаза справа и слева; середина нижнего края орбиты справа и слева.

Все участницы на 1-м и контрольном визитах заполняли опросник – модифицированный дерматологический индекс качества жизни (мДИКЖ). Статистический анализ проводился с помощью программного пакета Statistica 10.0 (StatSoft, США). Различия считались значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В обеих группах наблюдалось статистически значимое снижение мДИКЖ к контрольному визиту: 1-я группа – 6,5±4,2 балла и 3,6±2,4 балла ($p=0,025$), 2-я группа – 7,3±4,1 балла и 4,3± 2,6 балла ($p=0,003$), что свидетельствует об улучшении качества жизни обследуемых после проведенных процедур.

В 1-й группе значимое уменьшение глубины морщин наблюдалось в 2 точках измерений с правой стороны: 28,2±11,5 у.е. и 19,9± 8,2 у.е. ($p=0,015$), а также 32,0±4,4 у.е. и 25,3±6,0 у.е. ($p=0,0003$). Статистически значимых различий глубины морщин до и после процедур с левой стороны выявлено не было. Во 2-й группе значимое уменьшение глубины морщин отмечалось в 1 точке измерения с правой стороны, соответствующей наружному углу глаза – и 26,3±7,5 у.е. и 19,4±6,1 у.е. ($p=0,011$). В остальных 3 точках измерения статистически значимых различий не наблюдалось. Обследуемые 1-й группы получали инъекции имплантатов на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола, техника введения которых непосредственно влияет на глубину морщин. Обследуемым 2-й группы обрабатывали кожу факелом гелиевой низкотемпературной плазмы, механизм действия которой связан с биологическими эффектами, которые оказывают на кожу входящие в состав плазмы ионы, электроны и нейтральные частицы. Согласно литературным данным, результат от воздействия низкотемпературной плазмы накопительный, проявляется в виде улучшения тонуса кожи и сглаживания рельефа, в том числе, в области морщин и складок. Однако он не связан с непосредственным заполнением структуры морщины, что объясняет полученные нами достоверные результаты только в 1 точке измерения.

За время исследования нежелательных явлений в обеих группах не наблюдалось.

Выводы. Инъекции интрадермальных имплантатов на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола и воздействие гелиевой низкотемпературной плазмой могут быть использованы для коррекции инволюционной атрофии кожи у женщин.

* * *

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ И ИХ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Гуменко Б.В.[1], Теличко С.И.[1], Садыков А.И.[2], Фалько С.В.[3]
[1]ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
[2]ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
[3]ГБУЗ «ЛенобластьЦентр»,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Одной из ключевых приоритетных задач в стратегии здоровья молодого населения России выступает сохранение репродуктивного здоровья с подросткового возраста. В современном обществе инфекции, передающиеся половым путем, относятся к числу наиболее значимых социально опасных заболеваний. Позднее распознание инфекции часто вызывает серьезные осложнения, которые могут нарушить репродуктивную функцию. Последние годы исследователи отмечают высокую актуальности проблемы инфекций, передающихся половым путем (ИППП) среди подростков, указывают на недостаточную информированность молодежи и предлагают новые подходы к первичной профилактике. В связи с этим важным аспектом борьбы с распространением ИППП является повышение уровня информированности подростков о рисках и методах профилактики.

Несмотря на наличие образовательных программ и кампаний по повышению осведомленности, результаты исследований показывают, что многие молодые люди остаются недостаточно информированными о способах защиты и последствиях инфекций. Это подчеркивает необходимость регулярного мониторинга уровня знаний подростков и оценки эффективности существующих программ. Анкетирование подростков становится важным инструментом для выявления пробелов в знаниях и понимании ИППП, а также для анализа влияния различных факторов на уровень информированности.

Цель исследования. Оценка уровня знаний подростков о сексуальном здоровье, методах контрацепции и профилактики заболеваний, передающихся половым путем

Материалы и методы. Проведен анализ 287 анкет, заполненных подростками в возрасте от 12 до 18 лет. Данное исследование проводилось на базе «ГБУЗ ЛенобластьЦентр». Для настоящего исследования была разработана анкета, которая содержит в себе 18 вопросов, включающих такие вопросы как: возраст, пол, сексуальную активность, информированность о ИППП, методы профилактики, качества и источника данных об ИППП, известных методах контрацепции. Анкетирование проводилось анонимно.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования больше половины группы составили мальчики — 62,3 %, девочки — 36,7 %. Выявило, что средний возраст опрошенных составил 15,3 ± 1,17 лет. Установлено, что 64,5% подростков ведут половую жизнь, при этом 15,6% имели более трех половых партнеров за последние 6 месяцев. 61,3% подростков считали, что достаточно информированы об ИППП. Основным источником информации об ИППП (73,5%) послужил интернет, при этом из учебных организаций знания получает меньшая часть (7,9%). О методах профилактики ИППП, таких как использование презервативов, информировано подавляющее большинство (97,4% подростков), однако используют их лишь 61,3% респондентов, ведущих половую жизнь. По мнению опрошенных, это связано с экономической недоступностью (41,5%) барьерных контрацептивов, а также с эмоциональным доверием партнеру (23,3%). Часть подростков считают использование антисептиков (17,3%) не менее эффективным методом. 67,4% опрошенных заявляют о том, что не готовы обсуждать вопросы половой жизни с родителями. Среди всех подростков, ведущих половую жизнь 65,6% обладают информацией о возможности бесплатного обследования и диагностики ИППП. Также в ходе исследования установлено, что 11,8 % подростков имеют в окружении лиц, с диагностированными ИППП. Среди опрошенных 76,4% правильно обозначили признаки ИППП (наличие жжения и боли при мочеиспускании, выделения из половых путей, различные высыпания), при наличии которых необходимо незамедлительно обратиться к врачу.

Выводы. Установлено, что большинство подростков, принявших участие в исследовании, ведут половую жизнь, при этом основная часть респондентов получают первичную информацию об ИППП из сеть Интернет. Лишь половина опрошенных используют барьерную контрацепцию при половых контактах (по различным причинам). Большинство подростков (65,6%) знают о возможности пройти бесплатное обследование на ИППП, а также 76,4% подростков правильно указывают основные симптомы ИППП, при которых необходима срочная медицинская помощь. Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне информированности молодого населения Ленинградской области о профилактике ИППП. Тем не менее, дальнейшая работа по предотвращению распространения ИППП среди подростков является крайне важным направлением развития современного здравоохранения.

* * *

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2024-2025 ГГ.

Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

Согласно данным годовой статистической отчетности в Республике Казахстан общее число впервые зарегистрированных случаев хронических рецидивирующих дерматозов (псориаз, ихтиоз, красный плоский лишай - КПЛ, пузырчатка, витилиго, атопический дерматит) в 2025 году составило 15973 против 17475 - в 2024 году. Полученные данные свидетельствуют о положительной динамике в 2025 году: общая заболеваемость хроническими дерматозами снизилась на 8,6% (от 87,2 на 100 тыс. населения до 78,7).

В динамике за исследуемый период представлено снижение заболеваемости всех хронических дерматозов в 1,1 раза по сравнению с 2024 годом: псориаза от 32,4 на 100 тыс. населения в 2024 году до 29,4 – в 2025, КПЛ – от 2,7 до 2,5, витилиго – от 7,1 до 6,3, атопического дерматита – от 41,8 до 37,8, ихтиозов – от 2,8 до 2,5, пузырчатки – от 0,5 до 0,3.

В структуре указанных дерматозов в 2025 году, как и в предыдущем, высокую долю от всех вновь выявленных случаев дерматозов составили атопический дерматит (47,8%) и псориаз (37,4%).

Чаще атопический дерматит наблюдался у детей 0-14 лет (3957 случаев), самая высокая (43,7%) доля среди детей младенческого и раннего детского возраста – 0-4 лет, доля детей 5-9 лет составила 31,3% и 24,9% - 10-14 лет. Доля подростков 15-17 лет – 7,5%, лиц 18-44 лет – 28,4% и 45 лет и > - 12,4%.

В зависимости от местности проживания наибольшее число случаев атопического дерматита регистрировалось среди городского населения, чем сельского (6001 случаев против 1656).

В отличие от атопического дерматита, псориаз чаще регистрировался среди лиц взрослой возрастной категории, самая высокая доля среди лиц 18-44 лет – 50,4%, в порядке убывания следуют группы 45 лет и > - 26,4%, дети 0-14 лет – 15,8%. Из всех возрастных групп меньше всех псориазом болели подростки 15-17 лет, доля их составила – 7,4%.

Среди детей 0-14 лет, в противоположность атопическому дерматиту самая высокая доля в старшей группе 10-14 лет – 50,9%, 5-9 – 36,4%, доля детей младенческого и раннего детского возраста 0-4 лет – 12,7%.

Полученные данные согласуются с литературными данными о том, что в отличие от псориаза атопический дерматит дебютирует в младенческом и раннем детском возрасте и в 90% случаев развивается у детей до 5 лет.

Чаще (в 3,9 раза) псориазом болели жители городского населения в отличие от сельского - 4740 случаев против 1226.

Таким образом, в Республике Казахстан в 2025 году продемонстрирована положительная динамика снижения показателей заболеваемости всех хронических дерматозов по сравнению с 2024 годом.

* * *

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2024-2025 ГГ.

Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

Представлена динамика заболеваемости сифилисом на территории Республики Казахстан в 2025 году с учетом возрастных и гендерных особенностей.

Материалами для исследования служили годовые статистические данные и отчетность за 2024-2025 гг., полученные в ходе анализа обращаемости населения в медицинские организации дерматовенерологического профиля. Данные об уровне заболеваемости сифилисом были выражены в абсолютных значениях в пересчете на 100 тысяч человек населения.

По итогам 2025 года сифилитическая инфекция находится на четвертом месте в общей структуре ИППП. Среднереспубликанский показатель заболеваемости составил 8,3 на 100 тыс. населения (1678 случаев), сравнительно данных предыдущего года показано умеренное снижение (на 1,6%) - 8,5 на 100 тыс. населения.

Изучение гендерной структуры показало лидирование лиц мужского населения, доля которого увеличилась с 54,4% в 2024 году до 56,3% в 2025.

В территориальном аспекте отмечена выраженная урбанизация сифилитической инфекции, где на долю городского населения приходилось 76,5% впервые выявленных случаев, доля сельского населения была стабильно низкой, составив 23,5%

В 2025 году наблюдается уменьшение ранних манифестных форм сифилиса, в частности, первичного от 5,5% в 2024 году до 4,5 – в 2025 году и, наоборот, увеличение вторичного с 17,1% в 2024 году до 18,7% - в 2025 году. В структуре сифилитической инфекции, по-прежнему, наибольший удельный вес приходится на скрытый сифилис, в 2025 году отмечено незначительное его снижение по сравнению с 2024 – от 75,3% до 74,4%.

В возрастно-половом аспекте наиболее высокая заболеваемость сифилисом приходилась на группу сексуально активного возраста 18-44 лет, как среди лиц мужского, так и женского пола, чаще заболевали мужчины, доля их составила 54,9% против 45,1% женщин.

Среди детей 0-14 лет в 2025 году было зарегистрировано 7 случаев сифилиса, в 2024 – 18 (на 11 случаев меньше в 2025), среди подростков 15-17 лет, напротив, больше случаев сифилиса выявлено в 2025 году, чем в 2024 - 10 и 6, соответственно.

В 2025 году сифилитическая инфекция была выявлена у 180 (52,5 на 100 тыс. беременных) беременных, аналогичный показатель в 2024 году составил 217 (67,3) случаев – ниже прошлогоднего показателя в 1,3 раза.

Положительная динамика по врожденному сифилису - в 2025 году отмечено уменьшение случаев врожденного сифилиса по сравнению с 2024 годом – 3 случая (0,9 на 100 тыс. живорожденных) против 9 (2,7) - в 2024.

Немаловажную роль играют способы выявления сифилитической инфекции. Так, из общего количества обследованных контактов (1587) 449 больных были выявлены дерматовенерологами (28,3%), акушер-гинекологами – 219 (13,8%), урологами – 23 (1,4%), в стационарах терапевтического и неврологического профиля – 61 (3,8%), при обследовании доноров на станции переливания крови – 36 (2,3%), при периодических и прочих профилактических осмотрах – 121 (7,6%), другими специалистами – 206 (12,9%).

Несмотря на тенденцию снижения заболеваемости ИППП в последние годы и в частности, сифилиса, эпидситуация продолжает оставаться достаточно напряженной. Регулярно, из года в год продолжается регистрация новых случаев среди детей, подростков и беременных, случаев врожденного сифилиса, существенного роста доли скрытых (латентных) форм.

* * *

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ

Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

В качестве материалов для изучения использованы административные данные и формы годовой статистической отчетности Республики Казахстан за 2025 год. Анализ базируется на сведениях о регистрации обращений населения РК за специализированной помощью в медицинские организации дерматовенерологического профиля.

В 2025 году в общей структуре заболеваемости ИППП урогенитальный хламидиоз занимает 2 место - зарегистрировано 2447 новых случаев, показатель на 100 тыс. населения - 12,1, по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение в 1,2 раза.

В возрастно-половом аспекте наиболее высокая заболеваемость хламидийной инфекцией в РК в возрастной группе 18-44 лет, как среди мужчин, так и женщин. Вместе с тем, отмечено лидирующее положение женского пола за этот период времени во всех возрастных группах – 15-17, 18-44, за исключением группы 45 лет и >. Необходимо отметить, что в группе подростков 15-17 лет выявлено 26 новых случаев хламидиоза; 1 случай зарегистрирован среди детей 0-14 лет.

В зависимости от местности проживания показано наиболее частое инфицирование лиц городского населения, чем сельского – 2145 и 302, соответственно. Как в городе, так и на селе чаще хламидиозом болело женское население.

Согласно представленным данным, в 2025 году среди беременных отмечается снижение заболеваемости хламидиозом в 1,2 раза. Показатель уменьшился с 274,7 на 100 тыс. беременных в 2024 году до 224,2 - в 2025. Количество зарегистрированных случаев сократилось с 886 до 769, соответственно.

В региональном аспекте, наиболее высокий уровень заболеваемости в г. Шымкенте, где показатель выше среднереспубликанского в 2,4 раза, составив 29,6 на 100 тыс. населения, на втором месте область Абай (24,4), на третьем – Северо-Казахстанская область (24,3).

Из общего числа обследованных контактов (1718), 778 (45,3%) пациентов выявлены дерматовенерологами, 814 (47,4%) - акушерами-гинекологами, 68 (3,9%) – урологами, 4 (0,2%) - в стационарах терапевтического и неврологического профилей, 5 (0,3%) - при обследовании доноров на станции переливания крови, 81 (4,7%) - при периодических и прочих профилактических осмотрах, 22 (1,3%) - другими специалистами.

Таким образом, анализ заболеваемости хламидийной инфекцией в Республике Казахстан в 2025 году показал снижение по сравнению с предыдущим годом. Однако, высокая заболеваемость среди молодых людей и подростков представляет серьезную угрозу для репродуктивного здоровья населения и требует усиления мер первичной профилактики, улучшения скрининговых программ и обеспечения доступа к современной диагностике для снижения риска возможных осложнений.

* * *

ЧАСТОТА УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ

Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

Согласно данным годовой статистической отчетности Республики Казахстан за 2025 год в структуре общей заболеваемости ИППП уреамикоплазменная инфекция занимала первое место, доля ее от общего количества ИППП составила 45,5%, 7462 впервые выявленных случаев, интенсивный показатель заболеваемости - 36,8 на 100 тыс. населения, по сравнению с предыдущим годом наблюдается снижение в 1,3 раза.

По половозрастным характеристикам заболеваемость уреамикоплазмозом демонстрирует наиболее высокие показатели в возрастной группе 18-44 лет, на втором месте группа 45 лет и >. 43 случая выявлено среди подростков 15-17 лет и среди детей от 0-14 лет – 7 случаев. Женский пол занимал лидирующее положение во всех возрастных категориях.

Среди беременных в 2025 году зарегистрировано 1795 случаев уреамикоплазменной инфекции, интенсивный показатель заболеваемости составил 523,3 на 100 тыс. беременных, по сравнению с показателями 2024 года отмечена положительная динамика (снижение в 1,7 раза).

В зависимости от территориального распределения выявлено значительное преобладание городского населения над сельским: 6358 против 1104 зарегистрированных случаев, соответственно. Вне зависимости от типа местности женщины чаще болели уреамикоплазмозом. Среди городских жительниц число инфицированных составило 4730 (против 1628 мужчин), а среди сельских - 844 (против 260 мужчин).

По способам выявления из 4630 обследованных контактов подавляющее большинство уреамикоплазменной инфекции было выявлено акушер-гинекологами - 2385 пациентов (51,5%) и дерматовенерологами - 2176 (46,9%); низкая доля выявления приходилась на урологов, которая составила лишь 0,5%; доля профилактических осмотров – 0,9% от общего числа выявленных пациентов.

Заболеваемость уреамикоплазменной инфекцией в Республике Казахстан в 2025 году по сравнению с предыдущим годом характеризовалась снижением. Однако, несмотря на общую тенденцию к снижению, сохраняется высокая регистрации заболевания среди лиц репродуктивного возраста. В структуре заболеваемости отмечено превалирование женского населения во всех возрастных группах.

ДИНАМИКА РЕГИСТРАЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В ПЕРИОД С 2016 ПО 2025 ГГ.

Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш.
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, г. Алматы, Казахстан

Актуальность изучения заболеваемости урогенитального кандидоза объясняется высокой распространенностью, склонностью к рецидивирующему течению, приводящему к ухудшению качества жизни пациентов. Известно, что кандидоз мочеполовой системы преимущественно встречается у женщин, чем у мужчин, как правило, у женщин репродуктивного возраста.

Материалами для изучения явились данные официальной статистической отчетности в Республике Казахстан за 10-летний период (2016-2025 гг.), полученные при анализе обращаемости населения в дерматовенерологические учреждения Республики Казахстан.

Динамика заболеваемости урогенитальным кандидозом за 10-летний период характеризовалась неоднородностью, чередующейся периодами резкого спада и подъема.

Так, с 2016 до 2025 года наблюдалось снижение – от 27,7 на 100 тыс. населения до 23,4. В промежутке, на протяжении всего анализируемого периода отмечался рост до 29,1 на 100 тыс. нас. в 2017 году, достигший показателя - 40,3 на 100 тыс. нас. в 2018 году, затем резкий спад до 27,1 (в 1,5 раза) в 2019 и до 25,8 в 2020, вновь резкий подъем до 37,6 на 100 тыс. нас. (в 1,5 раза) в 2021 году, достигнув максимального значения в 2022 году до 49,5 на 100 тыс. нас., вновь резкое снижение в 2,7 раза в 2023 году до 18,4 на 100 тыс. нас., в 2024 году вновь наблюдался рост до 27,1 и снижение до 23,4 в 2025.

В 2025 году в общей структуре всех инфекционных поражений уретры и влагалища урогенитальный кандидоз занимал 3 место.

В региональном аспекте мониторинг заболеваемости по данным 2025 года позволил выявить стабильно высокие показатели в городах-мегаполисах Шымкент (119,9 на 100 тыс. нас.) и Алматы (59,7 на 100 тыс. нас.), где значения превышали среднереспубликанские в 5,1 и 2,6 раза, соответственно. В то же время самые незначительные показатели отмечены в Павлодарской области (0,4 на 100 тыс. нас.).

Изучение динамики заболеваемости урогенитальным кандидозом за 10-летний период показало неоднозначную картину, которая характеризовалась нестабильностью на всем протяжении исследуемого периода.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Екимов И.Н.[1], Ширинская Н.В.[2], Новиков Ю.А.[1], Пасечник О.А.[3]
[1]БУЗ ОО «ККВД»,
[2]БУЗ ОО «МИАЦ»,
[3]ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России,
г. Омск

Актуальность. Болезни кожи и подкожной клетчатки являются широко распространенными среди населения Российской Федерации, снижающими качество жизни пациентов, обусловливающими около 13,1-14,7 млн. календарных дней временной нетрудоспособности ежегодно, а также повышающие риск смертности при коморбидной патологии. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в нашей стране характеризуется неравномерным территориальным распределением, различным уровнем и динамикой патологии.

Цель исследования. Характеристика эпидемиологических проявлений болезней кожи и подкожной клетчатки на территории Омской области.

Материалы и методы. Исследование проведено на территории Омской области, период исследования включал 2010-2024 годы. Материалом для исследования послужили сведения формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения». Был использован описательно-оценочный метод наблюдательного эпидемиологического исследования, с расчетом и оценкой показателей первичной и общей заболеваемости (распространенности), структуры болезней кожи и подкожной клетчатки, для оценки скорости изменения показателей в динамике оценивался темп прироста/снижения (Тпр/сн).

Результаты и обсуждение. Распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки (МКБ-10: L00 – L99) на территории Омской области характеризовалась умеренной тенденцией к снижению, уровень распространенности сократился на 20,3% с 6257,3 до 5197,2 случаев на 100 тысяч населения (Тсн.=-1,92%, p=0,001).

В многолетней динамике первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки сократилась на 33,4% с 4834,1 до 3622,2 случаев на 100 тысяч населения в 2024 г. при средне многолетнем показателе 4072,9 (Тсн.= - 3,08%, p=0,000). К концу наблюдения первичная заболеваемость в Омской области была на 5,6% ниже среднероссийского показателя и на 10,0% выше, чем в Сибирской федеральном округе (РФ -3823,2, СФО -3292,1). В структуре первичной заболеваемости населения Омской области доля болезней кожи и подкожной клетчатки составила 4,8%. За исследованный многолетний период было зарегистрировано 1189289 новых случаев болезней кожи и подкожной

клетчатки, среди которых на долю контактных дерматитов (L23-L25) приходилось 22,3% (n=265007), другие дерматиты (L30) составили 10,9% (n=129896), атопический дерматит (L20) – 4,8% (n=56854), псориаз (L40) – 1,7% (n=20761).

В Омской области зарегистрированы разнонаправленные изменения уровня заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки. Атопический дерматит (L20) продемонстрировал наиболее выраженную тенденцию к снижению. Уровень заболеваемости сократился с 265,89 в 2010 г. до 112,81 на 100 тыс. населения в 2024 г., что составило 57,57% снижения от базового уровня. Контактные дерматиты (L23–L25) характеризовались стабильным снижением на протяжении всего периода наблюдения. Показатель уменьшился с 1169,4 в 2010 г. до 616,6 на 100 тыс. населения в 2024 г. (снижение на 47,27%). Наименее выраженное снижение заболеваемости было характерно для псориаза (-27,57%). Обращает на себя внимание равномерность снижения без выраженных подъемов заболеваемости.

Среднемноголетний показатель первичной заболеваемости псориазом составил 71,6 на 100 тысяч населения, динамика заболеваемости характеризовалась тенденцией к снижению с 71,7 в 2010г. до 51,9 случаев на 100 тысяч населения в 2024г. (Тсн. =-4,8%, p=0,000), абсолютное количество случаев уменьшилось с 1444 до 945 заболеваний.

Первичная заболеваемость псориазом в Омской области в 2024 г. была на 16,5% ниже, чем в СФО, которая составляла 60,5 случаев на 100 тысяч населения, и в ряде субъектов была выше среднего по Сибири показателя – в Республике Хакасия (93,7 на 100 тысяч населения), Алтайском крае (99,8), Республике Тыва (77,9 случаев на 100 тысяч населения). По данным ряда эпидемиологических исследований значительная распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки в настоящее время связана с широким использованием новых химических веществ на производстве и в быту, общим ухудшением экологической обстановки, процессом урбанизации, изменением иммунологической резистентности населения, бесконтрольным применением различных лекарственных препаратов,

Выводы. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки в Омской области сохранялась на высоком уровне, что требует комплексного подхода к оценке эпидемиологической ситуации и разработки дополнительных профилактических мероприятий на региональном уровне.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЛИНЕЙКИ СРЕДСТВ УХОДА «ДЕПСОРИОЛ УХОД» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Зенкевич Е.В.
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского,
Москва

Псориаз – хроническое кожное заболевание мультифакториальной природы, сопровождающееся значительным нарушением функции эпидермального барьера. По статистике, псориазом страдают 2-7% жителей планеты. Одной из тяжелых форм псориаза является локализация процесса на ладонях и подошвах. Важную роль в достижении и продлении ремиссии играет правильный ежедневный уход с использованием негормональных средств нового поколения.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности и безопасности применения в комплексной терапии ладонно-подошвенного псориаза линейки средств ухода «Депсориол Уход» (гель/шампунь, крем/эмульсия, интенсивный крем), содержащей салициловую кислоту и комплекс увлажняющих компонентов.

Материалы и методы. На амбулаторном и стационарном наблюдении находилось 30 больных (мужчин и женщин) с диагнозом: Вульгарный псориаз длительностью заболевания более 1 года, в возрасте от 25 до 60 лет. Всем данным пациентам к комплексной терапии добавлялись средства ухода «Депсориол Уход»: очищение гелем и шампунем (pH 5,5) 1-2 раза в сутки, затем нанесение крема/эмульсии 2 раза в сутки в течение 14 дней. При выраженном гиперкератозе на область стационарных бляшек использовался интенсивный крем.

Уникальность линейки «Депсориол Уход» обусловлена включением в ее состав салициловой кислоты 2% и увлажняющего комплекса. В данных средствах используется гидроксиэтилмочевина–инновационный увлажняющий компонент нового поколения. В отличие от традиционной мочевины, гидроксиэтилмочевина обладает рядом принципиальных преимуществ:

Мощный увлажняющий эффект, без липкого и стягивающего ощущения на коже. Обеспечивает быстрое и длительное увлажнение за счет двух механизмов: восполнения естественного увлажняющего фактора (NMF) внутри клеток рогового слоя и разрыхления кератиновой матрицы, что делает кожу мягкой и эластичной.

Отсутствие побочных эффектов, характерных для мочевины: гидроксиэтилмочевина не вызывает чувства жжения и покалывания даже при нанесении на поврежденную, воспаленную кожу, что критически важно для пациентов с псориазом с нарушенным барьером.

Полученные экспериментальные данные свидетельствуют о том, что наиболее желательное сочетание свойств, а именно высокой эффективности кератолитического эффекта и отсутствия раздражения, наблюдается если pH состава находится в пределах 4,0-5,5, что поддерживает физиологический pH кожи.

В «Депсориол Уход» используется салициловая кислота с запатентованной технологией, механизм высвобождения основан на адгезии сфер к липидам кожи: происходит медленное высвобождение салициловой кислоты.

Результаты и обсуждение. Оценивались сроки и полнота разрешения клинической картины, сроки ухода субъективной и объективной симптоматики, переносимости препарата, а также динамика индекса PASI.

Динамика индекса PASI оценивалась в соответствии с протоколом исследования:

До начала применения – средний индекс PASI составил 10,7 балла.

Через 14 дней применения – средний индекс PASI снизился до 1,4 балла.

Таким образом, зафиксировано снижение индекса PASI в 7,5 раза после двух недель использования средств «Депсориол Уход».

При назначении линейки «Депсориол Уход» в комплексном лечении псориаза, значительный положительный эффект (уменьшение шелушения, зуда, чувства стянутости) отмечался на 7 день у 12 пациентов, на 10 день – у 4 пациентов, на 14 день еще у 4 пациентов. Не было зарегистрировано ни одного случая ухудшения состояния или отсутствия динамики, что говорит об универсальности и хорошей переносимости средств «Депсориол Уход». Благодаря мягкому кератолитическому действию гидроксиэтилмочевины и салициловой кислоты, отмечалось разрешение гиперкератоза и эпителизация трещин уже к 10 дню лечения, что способствовало улучшению качества жизни пациентов с ладонно-подошвенной формой псориаза. К 14 дню лечения сохранялись незначительная гиперемия, минимальная инфильтрация и единичные эпителизирующие трещины. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ежедневный уход с использованием средств «Депсориол Уход» в комплексной терапии псориаза является высокоэффективным методом поддерживающей наружной терапии. Эффективность терапии к 14 дню лечения составила 75%, при этом полное достижение результата к 21 дню лечения составило – 87%. При оценке переносимости данной линейки необходимо отметить, что каких-либо побочных эффектов (жжения, покалывания, зуда, аллергических реакций) зафиксировано не было. Особо следует подчеркнуть, что гидроксиэтилмочевина в отличие от традиционной мочевины не вызывает раздражения даже при нанесении на поврежденную кожу с трещинами, что было отмечено всеми пациентами.

Выводы. Целесообразно назначение линейки средств ухода «Депсориол Уход» (гель/шампунь, крем/эмульсия, интенсивный крем) в комплексной терапии псориаза. Уникальность линейки обеспечивается комбинацией салициловой кислоты 2% (активная десквамация, противовоспалительное, противозудное действие) и гидроксиэтилмочевины (мощное увлажнение без раздражения

и жжения). Средства эффективно устраняют шелушение, смягчают гиперкератоз, способствуют заживлению трещин, не содержат гормонов и антибиотиков, хорошо переносятся и могут быть рекомендованы для длительного поддерживающего ухода.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БУЛЛЁЗНОГО ПЕМФИГОИДА У ДЕТЕЙ

Исабекова А.Б., Амрина Л.К., Сагидолдина Л.К.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Буллёзный пемфигоид (БП) является распространенным аутоиммунным субэпидермальным буллёзным дерматозом у взрослых, однако в детском возрасте заболевание встречается крайне редко. В основе патогенеза лежит образование аутоантител к структурным белкам гемидесмосом — BP180 (коллаген XVII) и BP230, что приводит к нарушению дермоэпидермального соединения и формированию субэпидермальных пузырей. Несмотря на редкость заболевания у детей, его своевременная диагностика имеет важное клиническое значение ввиду необходимости дифференциальной диагностики с другими буллёзными дерматозами, инфекционными заболеваниями кожи и аллергическими реакциями. В последние годы наблюдается увеличение числа публикаций, посвященных детскому БП, что связано с совершенствованием методов иммунологической диагностики и расширением возможностей современной терапии.

Цель исследования. Проанализировать современные литературные данные о клинических особенностях, диагностике и течении буллёзного пемфигоида у детей.

Результаты. Согласно современным литературным данным, детский БП характеризуется более благоприятным течением по сравнению со взрослыми пациентами. Заболевание может возникать в любом возрасте детского периода, однако наиболее часто дебютирует у детей первого года жизни. Клиническая картина представлена напряженными серозными или геморрагическими пузырями, возникающими на неизмененной или эритематозной коже и сопровождающимися выраженным зудом.

Для детей раннего возраста характерно преимущественное поражение ладоней и подошв, что считается одним из наиболее типичных признаков заболевания. У детей старшего возраста клиническая картина чаще напоминает классический буллёзный пемфигоид взрослых с распространенными высыпаниями на туловище и конечностях. Поражение слизистых оболочек наблюдается значительно реже, чем при вульгарной пузырчатке, а симптом Никольского, как правило, отрицательный.

В ряде случаев заболевание начинается с уртикарных или экзематозных высыпаний, что может приводить к диагностическим ошибкам и задержке постановки диагноза. Морфологическое исследование выявляет субэпидермальный пузырь с выраженной эозинофильной инфильтрацией. Золотым стандартом диагностики остается прямая иммунофлуоресценция, при которой определяются линейные отложения IgG и компонента комплемента C3 вдоль базальной мембраны эпидермиса.

Важную роль играет серологическая диагностика. У большинства пациентов выявляются циркулирующие антитела к BP180, уровень которых коррелирует с активностью заболевания и может использоваться для оценки эффективности проводимой терапии и прогнозирования рецидивов. Рецидивы встречаются относительно редко, а прогноз в целом значительно лучше, чем у взрослых пациентов.

Заключение. Буллёзный пемфигоид у детей представляет собой редкое аутоиммунное заболевание кожи, характеризующееся рядом клинических особенностей, включая частое поражение ладоней и подошв, выраженный зуд и благоприятное течение. Современные иммуноморфологические методы исследования, включая прямую иммунофлуоресценцию и определение антител к BP180, обладают высокой диагностической ценностью и позволяют своевременно верифицировать диагноз. Ранняя диагностика и адекватная терапия способствуют достижению ремиссии и улучшению прогноза заболевания.

* * *

НЕЙРОДЕРМАЛЬНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КАК КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА РОЗАЦЕА: ОТ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМОВ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МИШЕНЯМ

Исакова Т.А., Попова А.О., Сафронов П.Г., Чукова А.С., Моисеенко А.А.
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ Им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Актуальность. Розацеа – хроническое воспалительное дерматологическое заболевание, характеризующееся эритемой, телеангиэктазиями, отеком и иммунной инфильтрацией. Традиционная парадигма, объясняющая патогенез дисрегуляцией врожденного иммунитета и сосудистой гиперреактивностью, не позволяет в полной мере объяснить ключевые клинические проявления – чувство жжения, стягивания и зуда, а также триггерную зависимость заболевания, поэтому существующее лечение в основном направлено на симптомы, а не на модуляцию патофизиологического процесса. За последние годы сформировалась новая концепция нейрогенного воспаления, рассматривающая розацеа как нейродермальное расстройство, при котором активация сенсорных нервных волокон и высвобождение нейропептидов играют центральную патогенетическую роль. Препараты, которые воздействуют на нервно-сосудистую и нейроиммунную связь, могут быть полезны для лечения розацеа. Таким образом, понимание молекулярных механизмов нейроиммунного взаимодействия открывает перспективы таргетной терапии и является актуальной задачей на сегодняшний день.

Цель исследования. Анализ современных данных о молекулярных механизмах нейрогенного воспаления при розацеа и оценка перспективных терапевтических стратегий, модулирующих нейроиммунную ось.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были изучены отечественные и зарубежные источники, включающие оригинальные исследования и систематические обзоры, посвященные молекулярным и морфологическим характеристикам розацеа, нейрогенному воспалению, TRP-каналам, нейропептидной регуляции и нейромодулирующей терапии. Проанализирован клинический случай пациента с подтвержденным диагнозом розацеа (эритематозно-телеангиэктатическая форма) с выраженными явлениями нейрогенного воспаления: стойкой эритемой, чувством жжения и гипералгезией в области щек и носа.

Результаты и обсуждение. Анализ литературы позволил выделить несколько ключевых компонентов нейрогенного воспаления при розацеа.

Одним из ведущих механизмов является TRP-опосредованная нейрогенная активация. На сенсорных нервных окончаниях дермы экспрессированы

TRPV1, TRPA1 и TRPV4-каналы, активирующиеся в ответ на типичные триггеры розацеа: тепло, холод, УФ-излучение, капсаицин. Активация TRPканалов вызывает деполяризацию нейронов, открытие потенциал-зависимых кальциевых каналов и экзоцитоз вазоактивных нейропептидов – субстанции P (SP) и кальцитонин-ген-родственного пептида (CGRP). CGRP индуцирует вазодилатацию через связывание с рецепторами эндотелия, тогда как SP повышает проницаемость капилляров и способствует плазморагии, формируя эритему.

Важную роль также играет нейроиммунный перекрестный диалог. Высвобожденные нейропептиды активируют тучные клетки верхней дермы, индуцируя их дегрануляцию с высвобождением гистамина, триптазы и провоспалительных цитокинов. В экспериментальных моделях розацеа (инъекция LL-37) выявлена повышенная экспрессия NGF, TrkA и TRPV1 в коже, а также активация нейропатологических факторов S100a9, Myd88, Nfkb в дорсальных корешковых ганглиях. Это подтверждает вовлечение как периферической, так и центральной нервной системы в поддержание нейрогенного воспаления.

Выделение нейрогенного розацеа (НР) как отдельного фенотипа имеет прямое терапевтическое значение. При НР традиционная терапия (метронидазол, азелаиновая кислота, доксициклин) неэффективна, тогда как нейромодуляторы (габапентин, прегабалин, дулоксетин, пароксетин) демонстрируют клинически значимый ответ. В рандомизированном исследовании пароксетин в дозе 25 мг/сут через 12 недель значимо снижал эритему и жжение у пациентов с рефрактерным розацеа. Ботулинический нейротоксин, блокирующий высвобождение ацетилхолина и субстанции Р, также показал эффективность в снижении эритемы. Перспективными являются местные ингибиторы TRPV1 и комбинации с противовоспалительными агентами (ликохалкон А), которые одновременно снижают нейрональную возбудимость и модулируют NF-kB сигналинг.

Выводы. Нейрогенное воспаление является центральным патогенетическим механизмом розацеа, опосредованным TRP-зависимой активацией сенсорных нейронов, высвобождением SP/CGRP и нейроиммунной перекрестной активацией тучных клеток. Выделение нейрогенного фенотипа розацеа диктует необходимость перехода от традиционной противовоспалительной терапии к нейромодулирующим стратегиям. Перспективными мишенями являются TRPV1/TRPA1-антагонисты, ингибиторы NK1R (рецептора субстанции Р). Требуются дальнейшие исследования для валидации биомаркеров нейрогенного воспаления и разработки персонализированного подхода к терапии розацеа.

* * *

ХОЛОДОВАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ КИСТЕЙ

Калинина Н.В., Ефанова Е.Н., Таскаева Д.Г., Тихомирова А.Н.
БУ ВО «Сургутский государственный университет»,
г. Сургут

Актуальность. Хронические дерматозы кистей (экзема, псориаз, атопический дерматит с поражением кожи кистей, кератодермии) характеризуются упорным течением, резистентностью к терапии и высоким риском инвалидизации пациентов трудоспособного возраста, сопровождаются значительным нарушением психоэмоционального состояния пациентов в связи с частой стигматизацией. Несмотря на стандартизацию подходов, частота персистирующего течения остается высокой, что диктует необходимость поиска ранних предикторов хронизации. Одним из ключевых, но недостаточно изученных факторов хронизации признается холодовая дезадаптация — несостоятельность адаптивных механизмов кожи в ответ на низкотемпературное воздействие. На патофизиологическом уровне холод ингибирует активность ферментов синтеза эпидермальных липидов (β-глюкоцереброзидазы, сфингомиелиназы), нарушая формирование ламеллярных мембран рогового слоя. Это вызывает дезорганизацию липидного матрикса, резкое повышение трансэпидермальной потери воды и персистирующую барьерную недостаточность. Клинически данный феномен может проявляться обострениями при контакте с холодным воздухом и сезонным утяжелением течения. Оценка связи этих клинических маркеров с хронизацией на основе анализа первичной медицинской документации способна обосновать простой прогностический инструмент без применения инструментальной диагностики.

Цель исследования. Оценить прогностическое значение анамнестических признаков холодовой чувствительности в отношении развития хронического непрерывно-рецидивирующего течения дерматозов кистей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации 37 пациентов с верифицированными дерматозами кистей, обращавшихся в дерматовенерологический кабинет (21 женщина, 16 мужчин; средний возраст 43,5±12,0 лет) Диагнозы: экзема кистей — 22 (59%), атопический дерматит с поражением кистей - 8 (22%), псориаз — 5 (14%), кератодермия – 2 (5%). Критерии исключения: системные заболевания соединительной ткани, синдром Рейно, сахарный диабет с ангиопатией. Холодовую чувствительность определяли ретроспективно по двум анамнестическим критериям, зафиксированным в картах: 1 - указание пациента на появление или усиление высыпаний при выходе на холодный воздух; 2 - документированное сезонное утяжеление течения в осенне-зимний период. Наличие обоих крите-

риев расценивали как клинический эквивалент феномена холодовой дезадаптации. Хроническое течение определяли, как длительность заболевания свыше трех лет и не менее трех обострений в год либо непрерывно-рецидивирующее воспаление с суммарной продолжительностью обострений ≥6 месяцев за наблюдаемый период. Статистический анализ включал расчет отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты и обсуждение. Клинические признаки холодовой чувствительности выявлены у 15 (40,5%) пациентов. Хроническое течение зафиксировано у 22 (59,5%) пациентов. В группе с холодовой чувствительностью хроническое течение наблюдалось у 12 из 15 (80,0%), тогда как среди пациентов без таковой – лишь у 10 из 22 (45,5%), p = 0,038. Наличие холодовой чувствительности значимо повышало шансы хронического течения: ОШ=4,8 (95% ДИ; p = 0,038). Патофизиологическим обоснованием служит холод-индуцированное подавление синтеза церамидов и холестерина в кератиноцитах, ведущее к несостоятельности ламеллярного барьера и неконтролируемой трансэпидермальной потере воды. У пациентов с клинической холодовой чувствительностью, по-видимому, восстановление липидного матрикса после холодового стресса отсрочено, что способствует пролонгированной антигенной стимуляции и персистенции воспаления, превращая острый эпизод в хронический процесс. Таким образом, простая оценка холодового анамнеза отражает глубинные механизмы холодовой дезадаптации и позволяет прогнозировать течение без дорогостоящего инструментального обследования. Ограничением исследования является малый размер выборки, требующий дальнейшей валидизации результатов.

Выводы. Анамнестические признаки холодовой чувствительности (холод-индуцированные обострения, сезонное утяжеление) служат независимым и сильным предиктором хронического течения дерматозов кистей. Включение прицельного сбора холодового анамнеза в рутинный опрос пациентов обосновано как простой инструмент стратификации риска хронизации. Полученные данные обосновывают необходимость проактивной терапевтической стратегии у пациентов с выявленной холодовой чувствительностью: превентивное усиление барьерной функции эмолентами до наступления холодного сезона, активное применение барьерпротективных средств в период холодного сезона, своевременное начало топической противовоспалительной терапии и обучение пациентов мерам защиты от холода с целью предупреждения хронизации дерматоза.

* * *

ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ

Карякина Л.А.[1], Кукушкина К.С.[1], Карякин А.С.[2]
[1]ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
[2]ФГБУ «СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова» ФМБА России,
Санкт-Петербург

Синдром фолликулярной окклюзии (СФО) представляет собой несколько заболеваний со сходным патогенезом, характеризующихся воспалением сально-волосяного фолликула в местах расположения апокриновых потовых желез и включает в себя такие нозологии как: гнойный гидраденит, конглобатные акне, абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана, пилонидальную болезнь. Указанные клинические проявления могут встречаться изолированно, а также сочетаться друг с другом в разных комбинациях, возникая одновременно или поэтапно в течение жизни пациента. СФО является мультифакториальным заболеванием с наличием генетической предрасположенности, гормональных нарушений и дисрегуляции в работе иммунной системы. Характеризуется тяжелым хроническим течением с образованием воспалительных фолликулярных пустул, узлов, абсцессов и дренирующих синусов, разрешающихся формированием деформирующих рубцов. В настоящий момент нет единого подхода к лечению таких больных. Основной стратегией в терапии является персонифицированный подход с учетом фенотипа заболевания с воздействием на основные звенья патогенеза.

Цель. Описание клинического случая синдрома фолликулярной окклюзии.

Материалы и методы. Пациент М., 40 лет, житель Санкт-Петербурга, по профессии – инкассатор. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены. Вредные привычки: курит до пачки сигарет в сутки. Сопутствующие заболевания: отрицает. Из анамнеза заболевания: болен в течение 20 лет. Первично высыпания по типу акне возникли на лице, спине, груди, постепенно превращаясь в узловатые и кистозные образования. Одновременно стали появляться высыпания на волосистой части головы. 13 лет назад оперирован по поводу эпителиального копчикового хода. Около 8 лет назад стали появляться узлы с гнойным содержимым в подмышечных впадинах, по поводу чего обращался к хирургам в амбулаторную сеть, которые неоднократно вскрывали, дренировали абсцессы и иссекали пораженные потовые железы с последующей пластикой кожи.

При объективном обследовании: кожный процесс, распространенный с поражение волосистой части головы, груди, спины, подмышечных областей, ягодиц, представлен множественными воспалительными узлами, конглобатными угрями, единичными абсцессами, множественными свищевыми ходами, сообщающимися друг с другом. Отмечаются участки массивного рубцевания в подмышечных впадинах в областях локализации апокриновых потовых желез (*IIIст*. по Harley)

Результаты и обсуждения. Для постановки диагноза было проведено дальнейшее обследование больного. При лабораторном обследовании больного выявлены повышение ГГТ, гиперхолестеринемия. В отделяемом из нагноившихся кист обнаружена смешанная флора: Klebsiella, St. aureus., St.pyogenes. Гистологическое исследование биоптата кожи обнаружены эпидермальные кисты с нагноением. КТ грудной клетки – эмфизема легких с единичными умеренно увеличенными лимфоузлами в подмышечных впадинах. МРТ позвоночника – спондилоартроз поянично-крестцового отдела позвоночника с протрузией межпозвонковых дисков.

На основании клинико-лабораторных и гистологического исследований поставлен диагноз синдрома фолликулярной окклюзии. Больной получил курс антибиотикотерапии (клиндамицин+рифампицин), также курс системных ретиноидов с кумулятивной дозой 150 мг/кг. Учитывая выраженность воспалительного компонента, прогрессирование заболевания к терапии был добавлен системный глюкокортикостероид (преднизолон) в дозировке 60 мг/сут., что оказало временный положительный эффект. Снижение дозы преднизолона до 20 мг/сут. привело к выраженному ухудшению состояния кожного процесса. С учетом отсутствия положительного ответа на проводимую терапию пациенту была рекомендована генно-инженерная биологическая терапия, ингибитором интерлейкина-17, которая на этапе индукции привела к быстрому облегчению клинических симптомов, дренированию абсцессов и позволила избежать частых хирургических вскрытий, к которым больной прибегал ранее.

Выводы. СФО – непрерывно рецидивирующе заболевание, со сложным до конца неясным патогенезом. Неудовлетворительный и кратковременный эффект от ранее проводимой терапии привел к изменению стратегии лечения с применением ГИБП, позволившего снять воспаление, предотвратить развитие новых рубцов и значительно улучшить качество жизни пациента.

* * *

ПРЕКАНЦЕРОЗЫ КОЖИ – ВОЗМОЖНОСТЬ ТЕРАПИИ 5% КРЕМОМ ИМИХИМОД

Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Алхаджаджра А.Ю., Бережная С.М.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Предраковые заболевания кожи – доброкачественные новообразования эпителиального происхождения и патологические состояния кожи неопухолевой природы, способные к трансформации в злокачественную опухоль.

Фоновые заболевания: в области красной каймы губ: бородавчатый, или узелковый предрак. ограниченный предраковый гиперкератоз, абразивный преканцерозный хейлит Манганотти, кожный рог, кератоакантома. За 2025 г. на кафедре дерматовенерологии участились случаи диагностики кератоакантомы.

Кератоакантома (КА) является доброкачественной опухолью кожи. У одних больных она инволюцирует спонтанно, а у других течет неблагоприятно: персистирует, достигает крупных размеров, прорастает в подлежащие ткани, рецидивирует и трансформируется в плоскоклеточный рак. Актуальность данной темы подтверждается показателями заболеваемости: частота встречаемости кератоакантомы варьируется от 6 до 106 случаев на 100 т.ч. в зависимости от изучаемой популяции, чаще всего встречается от 45 до 70 лет. Обычно локализуется на участках кожи, подверженных воздействию внешней среды (в 80–85% случаев – на голове и лице. Мужчины в три раза более подвержены этому заболеванию, чем женщины. Опухоль может развиваться в течение 6–8 недель и, как правило, регрессирует сама по себе через 3–6 месяцев.

По данным литературы за последние годы увеличилась распространенность КА, многими авторами доказана взаимосвязь КА вирусом папилломы человека, так ими обнаруживается методом ПЦР –ДНК вирус ВПЧ в 61 % случаев.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности терапии КА 5% кремом имиквимод. Необходимо обратить внимание, что в России 5% крем имихимод зарегестрирован только для лечения ОК, а в Америке, Европейский странах, Казахстане и для лечения АК и БКРК, КА.

Имиквимод – это производные имидазоквинолина, основным механизмом действия которого является активация врожденного иммунитета. Он индуцирует активацию Toll-подобных рецепторов 7 и стимулирует синтез и высвобождение цитокинов (например, интерферон-Альфа, IL-12). Это имеет косвенное противоопухолевое действие и используется для лечения КА, АК и БКРК, стимулируя кожный врожденный иммунитет. Он используется в виде 5% крема в 250 мг в пакетиках. Схема лечения для КА, АК и БКРК состоит из одного цикла из трех обработок в неделю в течение 4 недель с оценкой через 4 недели после прекращения лечения. Цикл может быть повторен позже.

Эффективность: для лечения опухолей кожи при такой схеме, использующейся во Франции эффективность составила 76,8% или 95% после одного или двух циклов, соответственно. Побочные эффекты: местные реакции, такие как зуд, жжение, эритема, боль, отек, сухость, корки, эрозии и язвы могут возникнуть после 4 недель нанесения препарата. Системные реакции (миалгия, утомляемость, тошнота) встречаются реже. Во время второго цикла лечения реакции происходят в меньшей степени.

Материал и методы. Проспективное клиническое исследование (2024-2025 г.). Диагноз КА был установлен 27 пациентов клинически, дерматоскопически и подтвержден гистологически. Всем пациентам назначался крем 5% имихимод, который наносили на всю поверхность кожи, где локализовались патологические очаги, не выходя за пределы, крем наносили на ночь 3 раза в неделю до 8 недель в зависимости от эффекта, схема состояла из первого цикла в течение 4 недель, так как за это время развивалась местная контролируемая реакция кожи в виде выраженной эритемы, эрозивных очагов, корочек, с оценкой через 4 недели после прекращения лечения. После эпителизации очагов, цикл повторялся еще 4 недели, это зависело от полученного результата после первого цикла.

Результаты. Среди обследованных 27 пациентов образование выглядело как полушаровидный узел размером от 1 – 2 см, имело плотную структуру и цвет от бледно-розового до темно-красного. В центре узла находилась кратерообразное углубление, заполненное кератином, а по краям имелся плотный красноватый валик. Очаги локализовались чаще в области носа у 12, лба у 7, на скуловой области у 5, в области ушной раковины у 3 пациентов. У 15 мужчин и 12 женщин в возрасте от 62 до 75 лет со сроком заболевания от 3 месяцев до 1 года.

В результате проведенного лечения кремом 5% имихимод в течение 8 недель у всех 27 пациентов с КА привело к клиническому выздоровлению. После 5-7 дней нанесения крема у всех пациентов появилось покраснение, отек, через 7 – 10 дней толстые корки, на фоне чего нанесение крема было прекращено, через 5-7 ней корки отпадали и формировалась здоровая кожа, если очаг еще сохронялся, то курсы повторялись. Сроки наблюдения составили 7 месяцев, рецидивов не отмечено.

Выводы. Крем 5% имихимод у пациентов с Кератоакантомой продемонстрировал высокую эффективность при хорошей переносимости терапии.

Выбор метода лечения зависит от клинико–морфологических особенностей, локализации опухоли, количества очагов, общего состояния больного и заключается в назначении патогенетически обоснованной терапии в виде крема 5% имихимод.

* * *

АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ КОЖНОЙ ТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Смирнова О.Н.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург

Кожная токсичность у пациентов радиологического отделения — это спектр побочных эффектов, возникающих в ответ на воздействие ионизирующего излучения (лучевая терапия) или системной лекарственной терапии. Эти реакции затрагивают до 85-95% пациентов, получающих лучевую терапию.

Таргетная терапия является основной составляющей современных химиотерапевтических алгоритмов лечения онкологических больных. Специфические побочные реакции со стороны кожи и ее дериватов требуют изучения и разработки методов дерматологического контроля с целью сохранения онкологической терапии в полном объеме.

Для различных видов противоопухолевой терапии характерны свои особенности кожных реакций.

Так при химиотерапии (цитостатики) нарушаются процессы роста и механизмы деления всех клеток организма, а не только опухолевых. При этом происходит прямое цитотоксическое действие на клетки кожи и ее придатков, вследствие чего развиваются ладонно-подошвенный синдром, нарушение пигментации кожи, выпадение волос, изменение ногтей.

При таргетной терапии клетки кожи становятся «второй мишенью», помимо опухолевых клеток, так как несут на себе те же рецепторы, блокируемые препаратом. Например, препараты ингибиторы EGFR (эпидермального фактора роста) подавляют рост клеток кожи, волос и ногтей, вызывают выброс повреждающих тканевых ферментов и асептическое воспаление. В результате развиваются акнеподобные (угревые) высыпания, ксероз (сухость, истончение, шелушение) кожи, изменения волос и ногтей, поражение слизистых оболочек, ладонно-подошвенные кожные реакции, фотореакции (патологические кожные реакции на солнце).

Цель. Разработать алгоритм коррекции кожной токсичности у пациентов в радиологическом отделении и определить степень тяжести нежелательных явлений.

Материалы и методы. Клиническое исследование, включившее 45 пациентов, получающих противоопухолевую терапию ингибиторами EGFR, с проявлениями кожной токсичности, использовавших в терапии эмоленты, содержащие цинк и медь, и заживляющий бальзам. Оценку эффективности терапии и влияние кожной токсичности на качество жизни пациентов оценивали с помощью классификации NCI-CTCAE V5.0, визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), дерматологического индекса качества жизни (DLQI)...

Нами были выделены пациенты, проходившие лечение по поводу рака молочной железы (45 человек) и были разделены на 2 группы: первая (15 человек) – с первого дня применяли препараты из разработанного алгоритма, вторая (30 чел.) – были осмотрены на предмет выявления кожной токсичности кожи через 2 недели после начала основной лучевой терапии.

Алгоритм ухода за кожей включал применение липидовосстанавливающих эмолентов для сухой кожи синдет мягкий очищающий гель, специально предназначенный для очень сухой кожи, входящие в его состав термальная вода, богатая минеральными солями и олигоэлементами, 8 биомиметических церамидов и релипидирующие вещества оказывают интенсивное увлажняющее и успокаивающее действие, предупреждая обезвоживание кожи. Средство легко смывается водой. Так же, для ванной или душа рекомендовалось очищающее успокаивающее масло. Это липидовосстанавливающее масло защищает кожу от сухости и успокаивает ощущение зуда и стянутости. Далее пациенты один раз в день использовали липидовосстанавливающий эмолент для сухой кожи с церамидами. Активные компоненты: 8 биомиметических церамидов полноценно восстанавливают кожный барьер и уменьшают сухость и стянутость кожи; 2 патента (комплексы Chronoxine - TLR2 Regul) обеспечивают облегчение зуда и уменьшение воспаления; масла ши и иллипа интенсивно питают кожу, способствуют регенерации. Для определения степени тяжести сыпи (макулы, папулы, пустулы) использовали классификации NCI-CTCAE v5.0. Для оценки площади сыпи применялось «правило ладони»: площадь ладони пациента равна 1% площади поверхности его тела.

Результаты. В первой группе кожной токсичности не возникло, во второй группе из 30 пациентов была у 15 была установлена 1-я степень - пятна/папулы, поражающие менее 10% поверхности кожи с симптомами зуда, стянутости, у 9 пациентов 2-я степень сыпь > 30% поверхности кожи, у 4 больных 3-я степень – высыпания занимали > 30% поверхности.

Выводы. Известно, что кожные нежелательные явления встречаются у всех пациентов, оказывая влияние на возможность соблюдения режима противоопухолевого лечения. Эффективное управление этими осложнениями может позволить минимизировать риск вынужденных перерывов, где непрерывность лечения может коррелировать с его эффективностью

* * *

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫЕ БУЛЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
г. Благовещенск

Актуальность. Лекарственно-индуцированные буллезные дерматозы остаются одним из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений фармакотерапии, что делает их не только дерматологической, но и общесоматической проблемой.

Цель исследования. Обосновать необходимость междисциплинарного подхода к диагностике и ведению пациентов с лекарственно-индуцированными буллезными дерматозами, обратить внимание практикующих врачей всех специальностей на случаи встречаемости лекарственно-индуцированных буллезных дерматозов.

Материалы и методы. Анализ клинических случаев и литературных данных по проблеме тяжелых кожных нежелательных реакций за последние 10 лет.

Результаты и обсуждение. Кожный покров — один из органов, наиболее часто вовлекаемых при неблагоприятных реакциях на лекарства. Большинство случаев высыпаний, вызванных приемом лекарств, по степени тяжести являются не опасными, однако пять из них представляют для жизни пациента высокий риск, вплоть до летального исхода. Это синдром Стивенса-Джонсона (ССД), токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) или синдром Лайелла, синдром гиперчувствительности с эозинофилией и системными симптомами (DRESS), острый генерализованный экзантематозный пустулез и буллезный пемфигоид, вызванных лекарствами. Исходя из эпидемиологических данных, в РФ ежегодно регистрируется от 150 до 900 новых случаев буллезных лекарственно-индуцированных дерматозов. Пусковыми агентами чаще всего выступают антибиотики, противосудорожные препараты, НПВС и аллопуринол, назначаемые врачами разных специальностей. Патогенез заболеваний, полиморфизм высыпаний и сходство с ожоговой болезнью при лекарственно-индуцированных буллезных дерматозах требуют участия не только дерматолога, но и реаниматолога (инфузионная терапия, коррекция водно-электролитного баланса), офтальмолога (профилактика осложнений со стороны органа зрения), гастроэнтеролога, стоматолога и гинеколога (поражение слизистых). Ключевой проблемой остается поздняя диагностика на этапе приема профильного специалиста, отсутствие унифицированного алгоритма отмены препарата и выбора системной терапии (глюкокортикостероиды, иммуноглобулины, биологические агенты).

Выводы. Лекарственно-индуцированные буллезные дерматозы являются классической междисциплинарной проблемой, требующей создания бригады врачей во главе с дерматологом, внедрения скрининговых шкал (SCORTEN) как прогностического инструмента для оценки тяжести и оценке риска летального исхода, уже установленного ТЭН, принятия решений о тактике ведения в междисциплинарной бригаде и преемственности между поликлиническим звеном, стационаром и отделением реанимации.

* * *

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ПРЕДИКТОРЫ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
г. Благовещенск

Актуальность. Гнездная алопеция – хроническое органоспецифическое аутоиммунное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластин (у 7–66% больных), стойким или временным нерубцовым выпадением волос. Цель исследования: проанализировать и определить прогноз и предикторы ответа на терапию при гнездной алопеции у детей.

Цель исследования. Обосновать необходимость междисциплинарного подхода к диагностике и ведению пациентов с гнездной алопецией в детском возрасте, обратить внимание практикующих врачей всех специальностей на случаи встречаемости этого редкого дерматоза.

Материалы и методы. Анализ клинических случаев и литературных данных по проблеме за последние 5 лет.

Результаты и обсуждение. В РФ риск развития гнездной алопеции (ГА) у детей в 2,5 раза выше, чем у взрослых. За последние 5 лет (2020–2024 гг.) суммарная заболеваемость ГА в педиатрической популяции выросла на 83,33%, а распространенность — на 62,6%. На детей приходится до 20% всех случаев заболевания. В основе развития гнездной алопеции предполагается местный аутоиммунный механизм повреждения волосяного фолликула, который ведет к нарушению иммунной толерантности клеток, образующих фолликул, и прекращению специфической рецепции из его волосяного сосочка. Можно выделить следующие ключевые звенья патогенеза: генетическая предрасположенность; триггерные факторы, запускающие иммунное воспаление: стрессы, вакцинация, вирусные и инфекционные заболевания и др.; ассоциированные аутоиммунные и другие состояния: аутоиммунные заболевания щитовидной железы (8–28% больных); витилиго (3–8%); атопический дерматит (в 2 раза чаще, чем в популяции); трисомия по хромосоме 21, пернициозная анемия, аутоиммунный полигландулярный синдром, целиакия, дефицит железа, дефицит витамина D, трихотилломания; иммунологические нарушения: развитие местного иммунного воспаления с формированием лимфогистиоцитарного инфильтрата с проникновением в волосяную луковицу, преобладанием Т-лимфоцитов, что приводит к прекращению роста волос; психоэмоциональные расстройства [1]. Заболевание встречается у 0,7–3,8% пациентов, обращающихся к дерматовенерологу, риск развития в течение жизни составляет 1,7%. Примерно у 20% больных первый очаг появляется в детском возрасте, у 60% – до 20 лет [2].

Факторы, указывающие на неблагоприятный прогноз: ранний возраст начала заболевания; тотальная или универсальная форма. Выпадение волос в виде полосы по периферии волосистой части головы (лобно-височная и затылочная области) считается признаком высокой резистентности. Длительность заболевания более 1 года. Изменения ногтей. Наличие сопутствующих аутоиммунных заболеваний. Наличие гнездной алопеции у родственников.

Предикторы ответа на терапию: небольшой размер и количество очагов. Наличие признаков активного роста волос при дерматоскопии. Своевременное начало лечения до формирования стойких рубцовых изменений. Возраст старше 10 лет. Низкий уровень железа/ферритина, витамина B12. Высокий уровень общего IgE [3].

Описание клинического случая: Мать пациентки обратилась на прием к дерматологу по месту жительства с жалобами на появление очагов облысения на волосистой части головы у своей дочери 8 лет. Из анамнеза известно, что пациентка больна с ноября 2025 года. Связывает заболевание с переживаниями по поводу учебы в школе. Получала амбулаторное лечение по месту жительства. Улучшения не было, появлялись новые очаги облысения. Обратились к дерматологу в поликлинику АОКВД, 06.02.26 г., направлена на стационарное лечение с 09.02.26 г. При осмотре: патологический процесс носит локализованный характер. На коже волосистой части головы очаги алопеции округлой формы до 4 см, в очагах кожа не изменена, обычной окраски, шелушение отсутствует, местами видны устья волосяных фолликулов. Тест натяжения на границе пораженных областей отрицательный. Специфическое поражение ногтей не определяется, ногти правильной формы. На основании жалоб, данных анамнеза заболевания и объективного осмотра был выставлен диагноз: Гнездная алопеция неуточненная, впервые в жизни установленное хроническое. После стационарного лечения в АОКВД отмечается улучшение в виде роста пушковых волос в очагах на волосистой части головы, иммуноглобулин Е в пределах клинической нормы по возрасту.

Выводы. Раннее выявление гнездной алопеции имеет ключевое значение, поскольку позволяет своевременно оценить прогностические факторы и выбрать наиболее эффективную терапию. Дети с дебютом в возрасте до 4 лет, очаговой формой и отсутствием атопического дерматита имеют значительно лучший ответ на лечение. Напротив, запоздалая диагностика ведет к прогрессированию заболевания, формированию резистентных форм (alopecia totalis universalis) и снижению эффективности терапии. Важность дифференциальной диагностики обусловлена необходимостью исключить другие причины выпадения волос у детей, а также своевременно выявить ассоциированные аутоиммунные и атопические заболевания, которые требуют отдельного ведения. Таким образом, комплексный прогностический подход, ранняя диагностика и тщательная дифференцировка состояний позволяют улучшить исходы и качество жизни детей с гнездной алопецией.

ОСТРЫЙ ВАРИОЛИФОРМНЫЙ ПИТИРИАЗ МУХИ-ГАБЕРМАНА: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ, КЛАССИФИКАЦИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Корнеева Л.С.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
г. Благовещенск

Актуальность. Острый лихеноидный вариолиформный питириаз (болезнь Мухи-Габермана) остается одним из наиболее редких, но потенциально тяжелых дерматозов, способных к генерализации с развитием системных осложнений (лихорадка, полиорганная дисфункция, гемофагоцитоз), что делает его не только дерматологической, но и общесоматической проблемой.

Цель исследования. Обосновать необходимость междисциплинарного подхода к диагностике и ведению пациентов с болезнью Мухи—Габермана, обратить внимание практикующих врачей всех специальностей на случаи встречаемости этого редкого, но потенциально тяжелого дерматоза.

Материалы и методы. Анализ клинических случаев и литературных данных по проблеме острого лихеноидного вариолиформного питириаза за последние 5 лет.

Результаты и обсуждение. На долю всех острых форм лихеноидного питириаза приходится менее 22% от всех случаев, при этом хронические формы встречаются примерно в 3 раза чаще. Встречаемость болезни Мухи-Габермана составляет ориентировочно 1 случай на 6 000 — 12 000 дерматологических пациентов. Большинство случаев заболевания протекают доброкачественно в виде классического острого лихеноидного питириаза с высыпаниями, склонными к центральному некрозу и рубцеванию, однако в редких случаях развивается фебрильная язвенно-некротическая форма, которая представляет для жизни пациента высокий риск вплоть до летального исхода (летальность до 25%). Эта форма сопровождается генерализованными язвенно-некротическими высыпаниями, высокой лихорадкой, септическим шоком, острым респираторным дистресс-синдромом, полиорганной недостаточностью, панцитопенией и гемофагоцитозом. Пусковыми агентами могут выступать инфекции (вирус Эпштейна-Барр, ВИЧ, токсоплазма, респираторно-синцитиальный вирус, цитомегаловирус, ВИЧ, парвовирус B19, токсоплазма (Toxoplasma gondii), респираторно-синцитиальный вирус, стрептококковая инфекция), вакцинация, лекарственные препараты, однако этиология часто остается неустановленной. Патогенез заболевания, полиморфизм высыпаний и сходство с инфекционными дерматозами (ветряная оспа, герпес, папулонекротический туберкулез) требуют участия не только дерматолога, но и реаниматолога (инфузионная терапия, коррекция органной дисфункции), педиатра (ввиду частой встречаемости у де-

тей), инфекциониста (исключение инфекционной природы), гематолога (дифференциальная диагностика), а при тяжелых формах - пульмонолога, нефролога и кардиолога. Ключевой проблемой остается поздняя диагностика на этапе приема профильного специалиста, отсутствие унифицированного алгоритма ведения пациентов с тяжелыми формами и недостаточная эффективность стандартной терапии (антибиотики, кортикостероиды, метотрексат, циклоспорин, биологические агенты).

Описание клинического случая. Пациентка обратилась к дерматологу с жалобами на распространенные папулезные высыпания розового цвета (0,3-0,5 см), корочки, зуд, покраснение лица. Болеет 2 недели, начало с высыпаний на верхних конечностях. Лечение амбулаторно без эффекта, процесс распространился, усилился зуд. Направлена в стационар.

При осмотре: высыпания на туловище, конечностях (преимущественно сгибательные поверхности, предплечья) - множественные розовые папулы, плотные, местами сгруппированные. На голенях - с геморрагическим компонентом. На щеках - диффузная симметричная гиперемия без шелушения. На сгибательных поверхностях конечностей, животе, нижней части спины — красноватые элементы округлой формы, гладкие, не склонны к слиянию, с геморрагическими корочками. На основании жалоб, анамнеза, локального статуса выставлен диагноз: Питириаз лихеноидный и оспоподобный острый. После полноценного лечения пациентка выписана на 14 день с улучшением кожного процесса.

Выводы. Данный случай представляет интерес как редкий дерматоз. Обращаем внимание врачей на необходимость грамотного сбора анамнеза, тщательного осмотра кожи для выявления симптомов болезни Мухи-Габермана и проведения дифференциальной диагностики (ветряная оспа, папулонекротический туберкулез, лимфома кожи, укусы насекомых). Это позволит верно установить диагноз, своевременно направить пациента к дерматологу и назначить адекватное лечение. Как показывает данный случай и данные мировой статистики, болезнь Мухи-Габермана, хотя и относится к редким заболеваниям, в последние годы встречается чаще, что требует повышенной настороженности врачей.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ПАЦИЕНТКИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ

Крапивина О.И.[1], Биткина О.А.[2], Темнова И.В.[3]
[1]ООО «РОСТ КЛИНИК»,
[2]ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России,
[3]ГБУЗ НО «НОКВД»,
г. Нижний Новгород

Актуальность. Дискоидная красная волчанка (ДКВ) является наиболее частой формой хронической кожной волчанки. Диагностика ДКВ нередко представляет трудности при атипичной локализации (волосистая часть головы), малых размерах очагов, отсутствии субъективных ощущений и наличии сопутствующей иммуносупрессивной терапии. Особую настороженность вызывают лекарственно-индуцированные состояния, в том числе на фоне приема метотрексата, а также перекрестные синдромы. Клинико-морфологический подход является ключевым в верификации диагноза.

Цель исследования. Продемонстрировать трудности дифференциальной диагностики дискоидной красной волчанки у пациентки с ревматоидным артритом, длительно получающей метотрексат, и обосновать решающую роль гистологического исследования в подтверждении диагноза.

Материалы и методы. Представлен клинический случай пациентки 62 лет с ревматоидным артритом в анамнезе, принимающей метотрексат. Проведены сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр, дерматоскопия, общий и биохимический анализы крови, гистологическое исследование биоптата кожи из очага поражения в теменной области (окраска гематоксилин-эозином). Дифференциальная диагностика включала микроспорию, псориаз, красный плоский лишай, фолликулярный муциноз и лекарственно-индуцированную волчанку.

Результаты и обсуждение. Пациентка в течение полугода отмечала высыпания на коже лба, правой ушной раковине и теменной области без субъективных ощущений. Наружная терапия (антибактериальные, глюкокортикостероидные, противовирусные средства) эффекта не дала. При осмотре выявлены: бляшка розового цвета до 8 мм на лбу, аналогичный очаг до 1 см на ушной раковине, участок рубцовой атрофии до 3 см в теменной области. Дерматоскопически визуализированы фолликулярные пробки, телеангиоэктазии, рубцовая алопеция. Общий и биохимический анализы крови без значимых изменений (холестерин 5,69 ммоль/л). Гистологическое исследование выявило: гиперкератоз с фолликулярными пробками, атрофию эпидермиса, вакуольную дегенерацию базальных кератиноцитов, утолщение базальной мембраны, периваскулярный и перифолликулярный лимфоидный инфильтрат, базофильную

дегенерацию коллагена, отложения муцина. Заключение: картина соответствует красной волчанке (хроническая дискоидная или подострая форма). Установлен диагноз ДКВ (L93.0). Назначена терапия (гидроксихлорохин, наружный глюкокортикостероид, фотозащита). Отмечена положительная динамика.

Выводы. Течение дискоидной красной волчанки у пациентки с ревматоидным артритом на фоне длительной терапии метотрексатом требует исключения лекарственно-индуцированных и перекрестных форм. Решающую роль в диагностике играет гистологическое исследование с оценкой признаков вакуольной дегенерации базального слоя, фолликулярного гиперкератоза и дермального муциноза. Клинико-морфологический подход позволяет избежать гипердиагностики и гиподиагностики, своевременно назначить патогенетическую терапию.

* * *

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Красовска О.Б.
СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника №74»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Дерматологические заболевания часто являются коморбидными, обусловленными генетической предрасположенностью и полиморфизмом патогенетических факторов, которые ассоциированы с нарушениями в работе органов и систем (эндокринными, иммунными, гастроэнтерологическими). Пациенты с кожными заболеваниями часто получают симптоматическое лечение без учета сопутствующих заболеваний, что снижает результативность терапии. Дерматопатологии часто выступают маркерами латентно протекающих системных заболеваний. В этой связи междисциплинарный подход становится ключевым инструментом повышения эффективности диагностики и терапии дерматозов, является клинической необходимостью и стратегией оптимизации медицинской помощи

Цель. Разработать и обосновать алгоритм междисциплинарного подхода в лечении коморбидных пациентов с дерматологическими заболеваниями

Задачи.

1. Выявить наиболее часто встречаемые коморбидные дерматологические заболевания
2. Определить перечень диагностических процедур и специалистов, участвующих в лечении коморбидного пациента
3. Оценить эффективность междисциплинарного подхода в лечении коморбидного пациента

Результаты. Анализ заболеваемости пациентов с дерматологическими заболеваниями показал, что наиболее часто встречались следующие коморбидные сочетания:

Инфекционные болезни 7,6%: герпес, боррелиоз, ВИЧ-ассоциированные дерматозы

Неврология 6,1%: опоясывающий герпес, герпетическая невралгия с выраженным болевым синдромом

Офтальмология 8,3%: аллергические дерматиты периорбитальной зоны, аллергические конъюнктивиты, демодекоз век и ресниц, блефариты при розацеа.

Эндокринология: поликистоз яичников 3,3%, СД 8,8%, гипотиреоз 11%, выпадение волос, алопеция, гипергидроз, стрии, гиперпигментация при диабете

Хирургия 5,9%: аллергические дерматиты и микробная экзема в послеоперационном периоде, абсцессы, флегмоны

Сосудистые заболевания 8,9%: трофические язвы, дерматозы на фоне сосудистой патологии, лимфостаза, нарушений микроциркуляции, петехии, васкулиты

Онкология 10,1%: новообразования кожи, базальноклеточный, плоскоклеточный рак кожи, меланома

Аллергология 13,4%: дерматозы, сочетанные с бронхиальной астмой, поллинозом, аллергическими риноконъюнктивитами

Ревматология 1,8%: артропатические формы псориаза, заболевания соединительной ткани: склеродермия очаговая и интегументная, красная волчанка для исключения системности

Урология 5,8%: пациенты с хроническими инфекциями мочеполовой сферы, неспецифическими уретритами, баланопаститом, генитальным герпесом, новообразованиями в области мочеиспускательного канала

Стоматология 2,2%: красный плоский лишай с локализацией на слизистой ротовой полости, стоматит, хейлит

Для наиболее актуальных коморбидных патологий определен следующий перечень диагностических процедур и специалистов

Эндокринология: Дифференциальная диагностика алопеций (телогенная, андрогенетическая), коррекция гипергидроза при тиреотоксикозе, терапия акне на фоне СПКЯ. Лабораторный скрининг: оценка уровня ТТГ, Т3, Т4, антител к ТПО, половых гормонов.

Гастроэнтерология: Ведение пациентов с кожными заболеваниями, ассоциированных с Helicobacter pylori, дисбиозом кишечника. Инструментальная диагностика: ФГДС с уреазным тестом, УЗИ органов брюшной полости, анализ кала на эластазу-1, дисбактериоз

Аллергология: Диагностика IgE-опосредованных реакций с применением молекулярного аллергопрофилирования (ImmunoCAP), исследование уровня эозинофильного катионного протеина

Онкология: Протоколы эксцизионной биопсии при подозрении на меланому (ABCDE-критерии)

Ревматология: Алгоритм направления при подозрении на аутоиммунный процесс: антинуклеарные антитела (ANA), антитела к dsDNA

Экономическая и клиническая эффективность лечения коморбидных пациентов показала, что за 2024 г. внедрение междисциплинарного подхода позволило снизить частоту рецидивов хронических дерматозов на 35%, ускорить верификацию системных заболеваний на 28% (средний срок диагностики: 7 ± 2 дня, 25 ± 5 дней ранее).

Заключение. Междисциплинарный подход в районной поликлинике – это эффективный способ улучшить результаты лечения коморбидных дерматологических больных. Интеграция усилий разных специалистов, преем-

ственность и персонализированная тактика должны стать стандартом работы. Каждый специалист вносит вклад в постановку развернутого диагноза, слаженная работа команды улучшает качество жизни пациентов. Интеграция мультидисциплинарных протоколов в практику районной поликлиники соответствует принципам персонализированной медицины и доказательным клиническим рекомендациям.

* * *

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩЕМСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Кулакова Э.В.
ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», г. Пенза

Цель. Настоящий клинический случай демонстрирует опыт применения генно-инженерного биологического препарата (ГИБП) у пациента с тяжелым псориазом и хронической болезнью почек (ХБП) С5, находящегося на гемодиализе. Цель работы — описать эффективность и безопасность применения ингибитора интерлейкина-17А нетакимаба, а также обосновать стратегию удержания терапии при снижении ответа на лечение.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического случая пациента Ш, 35 лет, болен псориазом с 15 лет. Диагноз: Псориаз распространенный. Эритродермия. Псориаз артропатический. Сопутствующие заболевания: псориатический артрит 1 ст.: диспластический коксартроз 1 ст. Тендиноз (начальные признаки), сакроилеит 1 ст. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, латентное течение. Хронический гломерулонефрит. Формирование радиоцефальной артериовенозной фистулы средней трети предплечья слева. ХБП С5 (CKD-EPI 40,3 мл/мин). Заместительная почечная терапия (ЗПТ) методом программного гемодиализа с сентября 2021 года. В августе 2022 года в связи с тяжелым обострением псориаза (PASI 67,8; BSA 80 %, DLQI 19 баллов) обратился в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи». Перед решением вопроса о назначении ГИБП проведена консультация с главным внештатным нефрологом. Противопоказаний для использования ГИБП со стороны функции почек нет. С учетом нефрологического анамнеза пациента особое внимание, кроме стандартных в дерматологической практике индексов для оценки псориаза, уделялось значениям креатинина и CKD-EPI.

Результаты. Первый год терапии. Через 12 недель индекс BSA — 12 %, PASI — 6, DLQI — 1, уровень креатинина 215,2 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) — 33,6 мл/мин. Частота гемодиализа была сокращена до 1 раза в месяц. Через 24 недели показатели улучшились: BSA — 2 %, PASI — 4, DLQI — 1, креатинин 194,9 мкмоль/л, СКФ 37,8 мл/мин. Через 52 недели: BSA 3 %, PASI 17,1, DLQI 1, креатинин 235,3 мкмоль/л, СКФ 30,2 мл/мин. Нежелательных явлений не зарегистрировано. С учетом данных о корреляции тяжести псориаза и почечной недостаточности, мы связывали относительную лабильность индексов PASI и BSA с недостаточным контролем неврологических проблем у пациента.

Второй год терапии. Через 84 недели зарегистрировано снижение ответа: BSA — 18 %, PASI — 17, DLQI — 6, креатинин 210 мкмоль/л, СКФ 33,3 мл/мин. В связи с обострением было принято решение об увеличении кратности введения нетакимаба до 1 раза в 2 недели. После модификации терапии через 12 недель достигнуты следующие показатели: BSA — 3 %, PASI — 11, DLQI — 1. Уровень креатинина снизился до 179,8 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации выросла до 41,4 мл/мин. Режим гемодиализа сохранен 1 раз в 4 недели.

Обсуждение. Применение ингибиторов интерлейкина-17А у пациентов, получающих ЗПТ методом программного гемодиализа, возможно, поскольку биологические агенты с высокой молекулярной массой не выводятся при диализе. Улучшение кожных показателей коррелировало с ростом скорости клубочковой фильтрации, что подтверждает влияние системного воспаления на функцию почек. Выбор тактики удержания терапии, а не переключения на другой ГИБП или возобновления классической системной терапии, был продиктован рядом факторов. Применение топических препаратов анамнестически не приносило пациенту значимого улучшения. Добавление к ГИБП метотрексата у данного пациента было невозможным. Наличие ХБП С5 (CKD-EPI 33,3 мл/мин на момент ухудшения) и нахождение на программном гемодиализе являются противопоказаниями для использования метотрексата ввиду его преимущественно почечного пути выведения и высокого риска тяжелой гематологической токсичности. Следовательно, все терапевтические решения ограничивались рамками биологической терапии. Решение увеличить кратность введения нетакимаба до 1 раза в 2 недели (в соответствии с инструкцией для пациентов с псориатическим артритом) было признано наиболее обоснованным по сравнению со сменой класса ГИБП. Мы руководствовались тем, что текущий препарат уже продемонстрировал свою эффективность в отношении как дерматологической симптоматики, так и коморбидного фона (на первом году терапии удалось увеличить интервалы между диализами). А также тем, что смена класса могла бы добавить непредсказуемые риски для функции почек и иммунного статуса диализного пациента. К тому же повторные переключения ассоциированы не только с сужением терапевтических опций в будущем, но и связаны со снижением эффективности последующих линий терапии ГИБП.

Заключение. При ведении пациентов с псориазом и отягощенным нефрологическим анамнезом важно не только накопление данных об эффективности и безопасности ГИБП, но и междисциплинарный подход для достижения успеха в терапии.

* * *

ПСОРИАЗ И АНДРОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Леденцова С.С.[1], Ключарёва С.В.[2], Кашутин С.Л.[3], Леденцов А.А.[4]
[1]ООО «Клиника Светланы Леденцовой»,
[2]ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург,
[3]ФГБОУ ВО СГМУ имени В.И. Разумовского Минздрава России,
г. Архангельск,
[4]ФГБОУ ВО «РГСУ»,
Москва

Актуальность. Псориаз рассматривается как системное воспалительное заболевание, ассоциированное с метаболическими нарушениями, сердечно-сосудистыми рисками и психоэмоциональными расстройствами. В последние годы внимание исследователей привлекает возможная связь хронического воспаления при псориазе с развитием и прогрессированием андрогенетической алопеции (АГА). Предполагается, что системная продукция провоспалительных цитокинов, оксидативный стресс, инсулинорезистентность и микровоспаление в области волосяного фолликула могут способствовать более раннему дебюту и тяжелому течению андрогенетической алопеции (АГА) у пациентов с псориазом. Однако данная проблема остается недостаточно изученной в реальной клинической практике.

Цель исследования. Оценить особенности течения андрогенетической алопеции у пациентов с псориазом и метаболическими нарушениями.

Материалы и методы. В исследование были включены 74 пациента с вульгарным псориазом в возрасте от 24 до 65 лет. Основную группу составили 42 пациента с сочетанием псориаза, метаболических нарушений и клинических признаков АГА, группу сравнения — 32 пациента с АГА без псориаза. Тяжесть псориаза оценивалась по шкале PASI (Psoriasis Area and Severity Index), качество жизни — по DLQI (Dermatology Life Quality Index). Степень выраженности АГА у мужчин определялась по шкале Hamilton–Norwood, у женщин — по шкале Sinclair. Всем пациентам выполнялись трихоскопия, оценка плотности волос, диаметра волос и процента миниатюризированных фолликулов. Дополнительно анализировались индекс массы тела, окружность талии, уровень глюкозы крови и наличие инсулинорезистентности.

Результаты и обсуждение. У пациентов с псориазом и метаболическими нарушениями АГА характеризовалась более ранним дебютом и более тяжелым клиническим течением. Средний возраст появления первых признаков АГА составил 29,8±4,7 года против 35,6±5,1 года в группе сравнения ($p<0,05$). Тяжелые степени АГА выявлены у 61,9% пациентов основной группы против 34,3% в группе контроля.

По данным трихоскопии у пациентов с псориазом чаще определялись выраженная вариабельность диаметра волос, увеличение доли веллусоподобных волос, перифолликулярная гиперпигментация и признаки хронического микровоспаления. Средний процент миниатюризированных волос был статистически значимо выше у пациентов основной группы (38,2±6,4% против 24,7±5,8%; $p<0,01$).

Установлена положительная корреляция между тяжестью псориаза по PASI и выраженностью АГА ($r=0,58$; $p<0,01$). Пациенты с ожирением и инсулинорезистентностью демонстрировали наиболее выраженное снижение плотности волос и худший ответ на стандартную терапию АГА.

Полученные данные позволяют предположить, что хроническое системное воспаление при псориазе может выступать дополнительным фактором прогрессирования АГА. Повышенная экспрессия TNF-α, IL-17 и IL-23 потенциально способствует поддержанию перифолликулярного воспаления и нарушению нормального цикла волоса. Метаболические нарушения, в свою очередь, могут усиливать микроциркуляторные и воспалительные изменения в области волосяного фолликула.

Выводы. У пациентов с псориазом и метаболическими нарушениями андрогенетическая алопеция характеризуется более ранним дебютом и более тяжелым течением; выраженность псориатического процесса коррелирует с тяжестью трихологических изменений; хроническое системное воспаление и инсулинорезистентность могут рассматриваться как потенциальные факторы прогрессирования АГА.

* * *

СЛОЖНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА: КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КОММУНИКАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ

Леденцова С.С.[1], Леденцов А.А.[2]
[1]ООО «Клиника Светланы Леденцовой»,
Санкт-Петербург,
[2]ФГБОУ ВО «РГСУ»,
Москва

Актуальность. В современной дерматологической практике все чаще встречаются пациенты, ведение которых представляет сложность не только с клинической, но и с психологической и коммуникативной точки зрения. К категории «сложных пациентов» относятся лица с хроническими дерматозами, выраженной тревожностью, дисморфофобическими проявлениями, завышенными ожиданиями от терапии, склонностью к самостоятельной интерпретации информации из социальных сетей и недоверием к медицинским рекомендациям. Особую проблему представляют пациенты с субъективно тяжелым восприятием эстетических дефектов при минимальной выраженности объективных клинических проявлений. Высокая эмоциональная вовлеченность и ожидание быстрого результата нередко приводят к низкой приверженности терапии, частой смене специалистов и развитию конфликтных ситуаций. В условиях роста доступности медицинской информации и популяризации недоказательных методов лечения возрастает необходимость изучения факторов, влияющих на формирование «сложного пациента» в дерматологической практике. Цель исследования. Оценить клинические, психологические и поведенческие особенности сложных пациентов в практике дерматолога, а также определить факторы, влияющие на эффективность коммуникации и приверженность терапии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 124 амбулаторных пациентов, наблюдавшихся у дерматолога и трихолога в период 2024–2026 гг. В исследование включались пациенты с признаками низкой приверженности терапии, повторными обращениями вследствие неудовлетворенности лечением, выраженной тревожностью, конфликтным поведением либо чрезмерной фиксацией на симптомах заболевания.

Анализировались возраст, пол, нозологическая структура обращений, длительность заболевания, количество ранее посещенных специалистов, а также особенности взаимодействия с врачом и отношение к терапии. Для оценки уровня тревожности использовалась шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), для оценки влияния дерматологического заболевания на качество жизни — индекс DLQI (Dermatology Life Quality Index). Признаки дисморфофобических переживаний оценивались клинически в ходе консультирования и при анализе повторных обращений. Дополнительно анализиро-

валось влияние социальных сетей и интернет-источников на формирование ожиданий от лечения. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики; различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 34,8±9,7 года; женщины преобладали и составили 78,2% выборки. Наиболее частыми причинами обращения являлись выпадение волос (38,7%), акне (24,1%), себорейный дерматит (14,5%), розацеа (11,2%) и хронический зуд без выраженных объективных проявлений (7,2%). Средняя длительность заболевания до обращения составила 3,4±2,1 года.

Клинически значимый уровень тревожности по шкале HADS-A (>11 баллов) выявлен у 71,8% пациентов, субклинический уровень тревоги — у 18,5%. Средний показатель DLQI составил 14,2±5,6 балла, что соответствовало выраженному влиянию дерматологического заболевания на качество жизни. У 44,3% пациентов отмечались элементы катастрофизации состояния, у 39,5% — выраженное недоверие к ранее назначенной терапии. Более половины пациентов (57,2%) до обращения консультировались у трех и более специалистов, а 28,6% самостоятельно изменяли или прекращали лечение без согласования с врачом. У 46,7% пациентов выявлялось выраженное несоответствие между объективной клинической картиной и субъективной оценкой тяжести заболевания.

Анализ показал, что 62,9% пациентов регулярно использовали социальные сети и интернет-ресурсы как основной источник медицинской информации, при этом у данной группы статистически значимо чаще выявлялись нереалистичные ожидания от терапии и склонность к сомнениям в назначенном лечении ($p<0,05$). У пациентов с высоким уровнем тревожности достоверно чаще наблюдались повторные внеплановые обращения и запросы на изменение схемы лечения в первые 4–6 недель терапии.

Установлено, что детальное обсуждение механизмов заболевания, сроков наступления клинического эффекта и ограничений терапии сопровождалось повышением приверженности лечению и снижением числа повторных конфликтных обращений. Наиболее эффективной тактикой являлся мультидисциплинарный подход с участием дерматолога, психотерапевта и смежных специалистов.

Выводы. Сложный пациент в практике дерматолога представляет собой сочетание клинических, психологических и коммуникативных особенностей, существенно влияющих на эффективность терапии. Высокий уровень тревожности, влияние непроверенной интернет-информации и нереалистичные ожидания снижают приверженность лечению и удовлетворенность результатами терапии. Эффективное ведение данной категории пациентов требует сочетания клинической компетентности, навыков медицинской коммуникации и индивидуализированного подхода. Формирование доверительных отношений между врачом и пациентом является одним из ключевых факторов успешного лечения хронических дерматологических заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Литвиненко Е.А., Владимирова И.С., Войтова Е.В., Хусаинова Т.А.
СПБ ГБУЗ «КВД №7»,
Санкт-Петербург

Актуальность. Псориаз представляет собой хроническое иммуновоспалительное заболевание кожи, ассоциированное с системным воспалением и высоким риском развития метаболических нарушений. До сих пор псориаз занимает лидирующее место в структуре дерматологоческих патологий. В последние годы особое внимание уделяется роли питания в патогенезе заболевания и возможности использования нутритивной поддержки в комплексном лечении пациентов. Пищевое поведение больных псориазом определяется недостаточной информированностью пациентов о роли диеты в коррекции данного заболевания.

Цель. Анализ современных данных о влиянии пищевых факторов на течение заболевания и обоснование принципов нутритивной поддержки у данной категории больных.

Материалы и методы. Проведен анализ данных современной литературы, клинических случаев, на основании чего установлена тесная взаимосвязь псориаза с метаболическим синдромом, ожирением, сахарным диабетом 2 типа и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Основным фактором, влияющим на активность заболевания, является характер питания пациента. Современные исследования свидетельствуют о том, что коррекция нутритивного статуса способна оказывать положительное влияние на клиническое течение псориаза и повышать эффективность базисной терапии.

Несбалансированная диета с дефицитом витамина D, омега3 полиненасыщенных жирных кислот, антиоксидантов, пищевых волокон и избыточным потреблением углеводов, транс-жиров способствует поддержанию хронического воспаления, путем активации провоспалительных цитокинов, включая фактор некроза опухоли-α (TNF-α), интерлейкины IL-17 и IL-23. Данные цитокины являются ключевыми молекулами в иммунопатогенезе псориаза.

Результаты и обсуждение. Диетотерапия является одним из важных методов лечения псориаза. В результате анализа литературы выделены основные направления нутритивной поддержки.

Умеренная потеря веса у пациентов с избыточной массой тела способствует снижению уровня системного воспаления и улучшению показателей PASI (Psoriasis Area and Severity Index).

Наиболее доказательной диетической стратегией при псориазе считается средиземноморская диета. Она характеризуется высоким содержанием овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов, бобовых культур, оливкового масла и рыбы. Список рекомендованных продуктов обеспечивает поступление антиок-

сидантов, полифенолов и омега-3 жирных кислот, обладающих противовоспалительным действием. Статистический анализ выборки из 38 пациентов, показал, что индекс PASI в группе средиземноморской диеты за 16 недель в среднем снизился на 3,4. Что признали статистически значимым.

Дефицит витамина D часто выявляется у пациентов с псориазом и может способствовать нарушению иммунной регуляции, так как он участвует в контроле пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, а также оказывает иммуномодулирующее действие.

Недостаточное потребление пищевых волокон приводит к снижению разнообразия кишечной микробиоты и усилению воспалительных процессов. У больных с воспалительными заболеваниями кишечника потребление клетчатки приводит к снижению уровня воспалительных маркеров в плазме, таких как С-реактивный белок, ИЛ-6, или ФНО-α параллельно с потерей массы тела. Данные маркеры также коррелируют с цитокиновым дисбалансом, который отмечен при псориазе.

Антиоксидантная терапия, включающая селен, коэнзим Q10 и витамин Е, β-каротин показала связь с быстрым клиническим улучшением и уменьшением клеточных маркеров окислительного стресса.

Выводы. Нутритивная поддержка является важной составляющей комплексного лечения пациентов с псориазом. Наиболее обоснованными подходами являются контроль массы тела, соблюдение принципов средиземноморской диеты, достаточное потребление омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон и антиоксидантов. Коррекция нутритивного статуса способствует уменьшению выраженности системного воспаления, улучшению клинического течения заболевания и повышению эффективности медикаментозной терапии.

* * *

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И СИФИЛИСА В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Максюта А.М.[1], Садыков А.И.[2], Теличко С.И.[1], Анникова П.В.[1], Хисматуллина Е.Э.[2], Чурова М.Д.[2]
[1]ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
[2]ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Сифилис продолжает занимать одно из ведущих мест среди инфекций, передаваемых половым путем, представляя серьезную проблему для общественного здравоохранения. В период с 2020 по 2023 год заболеваемость в Российской Федерации увеличилась с 10,4 до 17,7 на 100 тыс. населения, при этом последние 2 года наблюдается снижение заболеваемости. Несмотря на общую положительную динамику, в Ленинградской области в 2022–2024 гг. отмечается рост заболеваемости (с 11,4 до 12,3 на 100 тыс. населения). Отдельное внимание необходимо уделить увеличению числа пациентов с сочетанием сифилиса и ВИЧ-инфекции. Частота ВИЧ-инфекции у больных сифилисом по данным различных авторов варьируется и составляет от 3,4% до 13,9%. Факторы риска развития ко-инфекции хорошо известны, но их влияние в значительной степени меняется в зависимости от региона, изучаемой популяции, характеристик полового поведения, периода исследования.

Цель исследования. Анализ клинико-эпидемиологических особенностей коинфекции ВИЧ и сифилис, структуры форм заболевания, характера клинических проявлений сифилиса у пациентов, проходивших стационарное лечение в «ГБУЗ ЛенобЛЦентр» с 2023 по 2025 год.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 233 карт пациентов с сифилисом, проходивших стационарное лечение в «ГБУЗ ЛенобЛЦентр» с 2023 по 2025 год; среди них 83,7% (n=195) мужчины и 16,3% (n=38) женщины. Для настоящего анализа выделена подгруппа пациентов с лабораторно подтвержденной коинфекцией ВИЧ и сифилиса (n=55). Оценивались нозологическая структура, половой состав, принадлежность к группе МСМ, клинические проявления.

Результаты и обсуждение. За три года наблюдения выявлено 55 пациентов с коинфекцией ВИЧ и сифилиса, что составило 23,6% от общего числа госпитализированных с сифилисом (n=233). Отмечается устойчивая нарастающая тенденция: в 2023 году —13,4% (из всех больных сифилисом), в 2024 году — 17,1%, в 2025 году — 34,0%. За трехлетний период абсолютное число пациентов с коинфекцией увеличилось в 3,8 раза.

В группе коинфекции ВИЧ и сифилиса значительно преобладали мужчины —94,5%, женщины составили 5,5%. Среди мужчин 26 чел. (50,0%) относились к когорте МСМ (мужчины, практикующие секс с мужчинами).

Пациенты изучаемой группы отличались промискуитетным половым поведением, лишь 24,5% имели постоянного полового партнера, а 88,2% имели более 3 половых партнеров, за последние 6 месяцев.

В структуре заболеваемости сифилисом за 3 года преобладал вторичный сифилис —40,0%, поздний скрытый сифилис — 29,1%, ранний скрытый сифилис — 23,6%, нейросифилис — 7,3%. Первичный сифилис в данной подгруппе выявлен не был. Стоит отметить увеличение доли вторичного сифилиса: с 22,2% в 2023 году до 44,1% в 2025 году.

Среди пациентов с вторичным сифилисом и ВИЧ-инфекцией наиболее частым клиническим проявлением являлась папулезная сыпь на туловище — у 88,9%. Розеолезная сыпь зафиксирована у 72,2%. Реже встречались папулы слизистой полости рта — у 61,1%, папулы генитальной зоны — у 44,4%, алопеция — у 27,8%, папулы ладоней и подошв — у 16,7%.

По локализации высыпаний: слизистая оболочка полости рта (дужки, мягкое небо, язык) вовлекалась в 44,4% случаев, генитальная зона — в 33,3%, перианальная область — в 11,1%. Нейросифилис среди всех пациентов с сифилисом выявлен у 3,9%, при этом половина из них имели коинфекцию ВИЧ.

Выводы. Удельный вес пациентов с коинфекцией ВИЧ и сифилиса демонстрирует устойчивый рост: с 13,4% в 2023 году до 34,0% в 2025 году. В структуре форм заболевания преобладает вторичный сифилис (40,0%). Группа коинфекции характеризуется выраженным преобладанием мужчин (94,5%), половина из которых относится к группе МСМ. У пациентов с ВИЧ и вторичным сифилисом отмечается высокая частота поражения слизистых оболочек полости рта (61,1%) и генитальной зоны (44,4%), а также значимо более высокая частота нейросифилиса по сравнению с моноинфекцией сифилиса (7,3% и 1,7% соответственно). Полученные данные обосновывают необходимость активного скрининга на сифилис среди ВИЧ-инфицированных и своевременного исключения нейросифилиса у данной категории больных. Для оптимизации профилактики сочетанной инфекции сифилиса и ВИЧ-инфекции требуется разработка особых программ, учитывающих современные эпидемиологические и поведенческие особенности.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПРАВОЙ ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТКИ 86 ЛЕТ

Махлеева В.И.
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №13»,
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
г. Тюмень

Актуальность. Меланома кожи — злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, исходящая из меланоцитов (пигментных клеток) кожи. В 2023 г. в Российской Федерации меланомой кожи заболело 13270 человек. В структуре заболеваемости меланома кожи в 2023 г. составила 1,7 % у мужчин и 2,2 % у женщин (1, 2, 3).

Цель исследования. Представить клинический случай меланомы кожи правой голени у пациентки 86 лет, обратившейся в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №13» (ГП№13).

Материалы и методы исследования. Анализ и систематизация литературных данных, динамическое наблюдение за пациентом, ретроспективный анализ амбулаторной карты (АК) ГП№13 и выписок из АК ГБУЗ ТО «Медицинский город» (МГ).

Клинический случай. Пациентка Н., 86 лет, впервые обратилась на прием к дерматологу ГП№13 в мае 2025г. с жалобами на образование на коже правой голени. Со слов, данное образование появилось 3 года назад и несколько месяцев назад травмировала его. Самостоятельно обрабатывала водным раствором хлоргексидина и заклеивала лейкопластырем.

Дерматоскопически: атипичная пигментная сеть, черные точки, наличие очага гипопигментации. Выставлен диагноз: образование неясного генеза. Пациентку направили к онкологу в МГ. 16.07.2025 выполнен диагностический соскоб, морфология: меланоцитарное образование, вероятнее меланома. 28.07.2025г. проведена эксцизионная биопсия под местной анестезией. Морфологическое исследование 4 категории сложности от 04.08.2025г. Заключение: Морфологическая картина соответствует узловой эпителиоидноклеточной меланоме кожи с изъязвлением с глубиной инвазии по Кларку IV, толщиной опухоли по Бреслоу 9 мм, с наличием очагов периваскулярного роста и внутрисосудистых опухолевых эмболов, без очагов периневрального роста, митотическая активность (8 фигур митоза в 1). Tils-4. Маркированные края резекции без опухолевого поражения, расстояние от опухоли до ближайшего бокового края резекции соответствующий 9 часам условного циферблата - 4 мм, расстояние до глубокого края резекции - 4 мм. M8721/3. pT4bMPATH-Dx V2.0: Класс IV. Проведено молекулярно-генетическое исследование мутаций в биопсийном материале, заключение: в исследуемом образце обнаружена мутация V600E/Ec в 15 экзоне гена B-raf, мутация в гене N-ras не обнаружена. Выставлен диагноз: меланома кожи правой голени, T4bN0M0, Кларк IV, Бреслоу 9 мм, стадия опу-

холевого процесса IIc. Клиническая группа: II. Морфологический тип опухоли: 8721/3 узловая меланома. Проведен междисциплинарный консилиум (МДК) в МГ, решение консилиума: учитывая возраст пациентки, коморбидность (Карновского 60, ECOG 2), принято решение назначить паллиативно иммунотерапия: интерферон Альфа-2b (3 млн Мед внутримышечно 3 раза в неделю). На фоне проводимого лечения, хирургического иссечения опухоли от 28.07.2025г, отмечено прогрессирование заболевания: продолженный рост, выраженное поражение кожи передней поверхности правой голени меланомой: разрастание обширных кровоточащих меланоформных очагов на гиперемированной коже, сопровождается васкулитом, снижение аппетита, нарастание слабости и мобильности пациентки. Учитывая осложнения на коже, интерферон Альфа-2b отменен. 03.12.2025г. повторно проведен МДК в МГ: учитывая выраженную сопутствующую патологию, возраст, низкие резервы организма, высокие риски осложнений на фоне лечения, проведение системных курсов химиотерапии противопоказано. Специальное лечение не показано по распространенности процесса, тяжести состояния. Рекомендована симптоматическая (противоболевая, нутритивная терапия). На период января 2026г. пациентка получает паллиативную помощь на дому, адекватное обезболивание (трансдермальная терапевтическая система фентанил 75 мкг/ч на 72 часа), выполняются ежедневные перевязки. Прогноз неблагоприятный. Пациентка скончалась в феврале 2026 г.

Обсуждение. Описанный клинический случай и анализ доступной литературы показали, что меланома кожи является опасным и распространенным заболеванием, особенно у лиц старческого возраста. Заболевание меланомой играет значительную роль в уменьшении продолжительности жизни населения.

Выводы. Профилактика, своевременное обращение за медицинской помощью и раннее выявление данного заболевания — верный путь к более высокой выживаемости и улучшению качества жизни пациентов.

* * *

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОФИТИЯМИ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.С.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
г. Благовещенск

Актуальность. Дерматофитии, на сегодняшний день, являются одной из самых распространенных инфекций с поражением волосистой части головы, гладкой кожи, кожи ладоней и подошв. Известно, что передача инфекции обусловлена несоблюдением санитарно-гигиенических норм и через бродячих животных.

Целью исследования явилось установление основных тенденций в динамике заболеваемости заразными кожными заболеваниями (ЗКЗ), анализ путей их распространения и профилактики в АО.

Материалы и методы. Проведен анализ заболеваемости дерматомикозами в АО по данным форм государственного статистического наблюдения №9 «Сведения об инфекциях, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми заболеваниями кожи и чесоткой» за 2024-2025гг. Методы исследования: статистический, текущего наблюдения.

В 2025 г. по области вновь зарегистрировано 902 больных ЗКЗ, что составило на 100 тыс. населения 120,0 (2024г. – 135,6 на 100 тыс. населения), отмечается снижение заболеваемости на 11,5%. В 2025 году в Амурской области заболеваемость заразными кожными заболеваниями ниже, чем в среднем по России и по ДФО на 34% (в 2024г.в РФ заболеваемость на 100 тыс. нас. составила 166,9; по ДФО – 183,1 соответственно).

Заболеваемость дерматофитиями в Амурской области в 2025 году составила 107,5 на 100 тыс. населения, что на 8% ниже уровня прошлого года (в АО – 2024 год – 116,3), ниже показателей по РФ и ДФО в 1,7 раза (РФ 2024г. – 168,8, ДФО – 188,4).

В 2025г. в Амурской области взято на учет 170 больных микроспорией, что составило 22,6 на 100 тыс. нас. (в 2024г.- 19,1), отмечается увеличение заболеваемости на 18,3%. Однако в Амурской области заболеваемость микроспорией на 38% ниже, чем в среднем по РФ (в РФ в 2024г. составила 36,7 на 100 тыс. населения) и на 30% ниже, чем по ДФО (в 2024г. – 32,1 на 100 тыс. населения).

Заболеваемость микроспорией детей 0-14 лет составила 76,91 на 100 тыс. населения, что выше аналогичного показателя прошлого года на 7% (в 2024 год интенсивный показатель составил 71,93 на 100 тыс. населения) и ниже показателя по РФ в 2,1 раза (в РФ в 2024 году – 164,4 на 100 тыс. населения), и ниже, чем по ДФО в 1,6 раза (119,8).

По возрасту преобладают дети до 14 лет: 63,5% (2024г.- 70,1%). Заболеваемость сельских жителей составляет 29,4 на 100 тыс. сельского населения, городских 19,5 на 100 тыс. нас. Соответственно, активно выявлено 34,1%, увеличение активности на 6% (2024г.-11%). По социальному составу – 48% учащиеся (2024г. – 50%).

По контакту с больными микроспорией обследовано 1522 человека, т.е. 9,1 на 1 больного (в 2024 г. этот показатель составлял 10,4), из них по контакту выявлено 33 больных, т.е. 21,7 на 1000 обследованных (в 2024 год – 6,8 человек).

За 2025 г. зарегистрировано 26 больных трихофитией, интенсивный показатель на 100 тыс. нас. – 3,5 (в 2024 г. – 4,6 на 100 тыс. населения), заболеваемость снизилась на 24%. В Амурской области заболеваемость трихофитией в 2025 году была выше уровня средней по РФ в 2,1 раза, но на 4% ниже уровня показателя по ДФО (в РФ в 2024 г. - 1,69, в ДФО – 3,66 на 100 тыс.). Заболеваемость трихофитией детей 0-14 лет составила 10,68 на 100 тыс. соответствующего населения, что выше показателя по РФ в 2,0 раза (в 2024 – РФ - 6,1; ДФО – 12,5; АО – 18,52 на 100 тыс. соответствующего населения). Трихофития зарегистрирована по Благовещенску (4,5 на 100 тыс. нас.), показатель выше среднеобластного на 30%, снижение заболеваемости в 2,4 раза по сравнению с предыдущим периодом. В Благовещенском округе отмечен рост заболеваемости трихофитией в 2,5 раза, показатель составил 13,9 на 100 тыс. нас., в 4 раза выше среднеобластного (3,5 на 100 тыс.)

По возрасту наибольшее число в возрасте до 14 лет: 54% (2024 г. – 74%).

Активно выявлено 40%, по сравнению с прошлым годом (34,3%) увеличение активности на 17%. Учащиеся составили – 61% всех случаев (2024 г. – 94,3%).

По контакту с больными трихофитией обследовано 177 чел., 7,1 на 1 больного (2024 г. - 11,8), из контактов выявлено 2 больных. т.е. 11,3 на 1000 обследованных (в 2024 году – 24,2).

С микозами стоп и кистей на учет в 2025 году взято 612 больных, т.е. 81,4 на 100 тысяч населения (2024 г. – 92,5), снизилась увеличилась на 12% по сравнению с прошлым годом. В Амурской области заболеваемость микозами в 1,4 раза ниже, чем в среднем по РФ (2024 г. – 114,9), в 1,6 раза ниже, чем по ДФО – 128,3.

Активность выявления микозов в 2025 году составила 39%, на 20% ниже активности 2024 года (2024 год – 48,5%).

Больных 40 и старше лет 87,9% от всех случаев (2024 г. - 86,4%).

Заболеваемость онихомикозами (551 случай) в 2025 г. – 73,3 на 100 тыс. населения (в 2024 г. этот показатель составил 2,1), по сравнению с прошлым годом отмечается снижение заболеваемости на 11%, при этом интенсивный показатель по АО ниже уровня показателя по РФ (2024 г. – 80,1), и на 8% ниже, чем по ДФО (93,7 на 100 тыс. населения) на 22%.

Выводы. Проведя анализ данных заболеваемости микроспорией и трихофитией в АО, и сравнив их с данными ДФО и РФ, можно сделать вывод, заболеваемость микроспорией не превышает общероссийские показатели. Но по сравнению с данными ДФО и РФ, в АО отмечается высокий показатель заболеваемости трихофитией. В целях улучшения эпидемиологической ситуации необходимо повысить санитарно-просветительскую работу среди населения о данной проблеме, повысить качество профилактических мероприятий.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ СТОП В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.С.
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России,
г. Благовещенск

Актуальность. Микозы стоп и онихомикозы являются одной из самых распространенных инфекций с поражением гладкой кожи, кожи ладоней и подошв, ногтей. Известно, что передача инфекции обусловлена несоблюдением санитарно-гигиенических норм.

Целью исследования явилось изучение заболеваемости микозами стоп и онихомикозами в Амурской области в сравнении с показателями РФ и ДФО

Материал исследования. Проведен анализ заболеваемости дерматомикозами в АО по данным форм государственного статистического наблюдения №9 «Сведения об инфекциях, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми заболеваниями кожи и чесоткой» за 2024-2025 гг.

Методы исследования: статистический, текущего наблюдения.

Результаты и обсуждение. микозы кистей, стоп и туловища – заболевания, вызываемые патогенными грибами, поражающими кожу и ее придатки. Наиболее частыми возбудителями дерматофитий являются патогенные грибы *Trichophyton rubrum* (90%) и *Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitale*. Реже эти заболевания вызываются *Epidermophyton floccosum* и грибами рода *Candida.*

Заражение патогенными грибами может происходить при непосредственном контакте с больным, а также через обувь, одежду, предметы обихода (коврики в ванной, мочалки, маникюрные принадлежности и др.), при посещении спортивных залов, бань, саун, бассейнов. С микозами стоп и кистей на учет в 2025 году взято 612 больных, т.е. 81,4 на 100 тысяч населения (2024г. – 92,5), снизилась увеличилась на 12% по сравнению с прошлым годом. В Амурской области заболеваемость микозами в 1,4 раза ниже, чем в среднем по РФ (2024г. – 114,9), в 1,6 раз ниже, чем по ДФО – 128,3.

Активность выявления микозами в 2025 году составила 39%, на 20% ниже активности 2024 года (2024 год – 48,5%).

Больных 40 и старше лет 87,9% от всех случаев (2024г.- 86,4%).

Заболеваемость онихомикозами (551 случай) в 2025 г. – 73,3 на 100 тыс. населения (в 2024 г. это показатель составил 82,1), по сравнению с прошлым годом отмечается снижение заболеваемости на 11%, при этом интенсивный показатель по АО ниже уровня показателя по РФ (2024 – 80,1), и на 8% ниже, чем по ДФО (93,7 на 100 тыс. населения) на 22%.

Выводы. Проведя анализ данных заболеваемости дерматофитиями в АО, и, сравнив их с данными ДФО и РФ можно сделать вывод, что микозы кистей и стоп, онихомикозы и не превышают общероссийские показатели.

Отмечено преимущественное распространение микозов стоп, кистей и туловища среди населения в возрасте от 40 лет и старше. В динамике показателей отмечалась тенденция к снижению, как по ДФО, так и в целом по РФ. В целях улучшения эпидемиологической ситуации необходимо повысить информированность населения о данной проблеме, повысить качество профилактических мероприятий, а также обеспечить доступность и качество медицинской специализированной помощи.

* * *

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ В УСЛОВИЯХ АРИДНОГО КЛИМАТА УЗБЕКИСТАНА

Муллаханов Ж.Б.[1], Хамидова М.З.[2]
[1]ВУЗ «Европейский Медицинский Университет»,
г. Ташкент, Узбекистан,
[2]ВУЗ «Андижанский государственный медицинский институт»,
г. Андижан, Узбекистан

Актуальность. Разноцветный (отрубевидный) лишай (*Pityriasis versicolor*) — хронический поверхностный кератомикоз, вызываемый липофильными дрожжеподобными грибами рода *Malassezia*. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости данной патологией, особенно среди лиц молодого, трудоспособного возраста. Изучение клинического течения микоза в регионах с высокими температурами и интенсивной инсоляцией имеет приоритетное значение для оптимизации ранней диагностики, таргетной терапии и персонализированной профилактики рецидивов.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений и структуры заболеваемости разноцветным лишаем у пациентов, постоянно проживающих в условиях жаркого климата Узбекистана.

Материал и методы. Под наблюдением находились 158 больных разноцветным лишаем в возрасте от 7 до 52 лет. Среди них преобладали лица мужского пола — 99 пациентов (62,6 %), женщин было 59 (37,4 %). Диагностический комплекс включал детальный визуальный осмотр, осмотр в лучах лампы Вуда, микроскопическое (микологическое) исследование чешуек кожи и методы вариационной статистики.

Результаты. Анализ возрастной структуры показал, что пик заболеваемости приходится на социально активный возраст. У мужчин микоз чаще регистрировался в возрастных группах 19–30 лет (24,7 %; n = 39) и 31–40 лет (23,4 %; n = 37). У женщин наибольшая частота встречаемости отмечена в возрасте 19–30 лет (21,5 %; n = 34). Заболевание также верифицировано у 4 детей (2,5 %: 3 мальчика, 1 девочка).

По длительности анамнеза пациенты распределились следующим образом: до 1 года — 19 человек (12,02 %), от 1 года до 5 лет — 98 (62,02 %), более 5 лет — 41 (25,9 %).

Распространенный кожно-патологический процесс констатирован у 101 больного (63,9 %), ограниченный — у 52 (32,9 %). В гендерном аспекте распространенная форма достоверно чаще выявлялась у мужчин — 71,7 % (n = 71) против 39,0 % (n = 23) у женщин.

Типичная локализация очагов (кожа шеи, груди, спины, плеч) верифицирована у 111 (70,3 %) пациентов. Атипичные варианты с поражением кожи лица, волосистой части головы, подмышечных, пахово-бедренных и субмаммарных складок, а также ягодиц отмечены у 42 (26,6 %) больных.

В структуре клинических форм превалировала эритематозно-сквамозная — 83 случая (52,5 %). Фолликулярная форма установлена у 34 (21,5 %) больных, инвертная — у 17 (10,7 %), *P. v. pseudopapulosa* — у 15 (9,5 %), *P. v. rubra* — у 14 (8,8 %), *P. v. alba* — у 29 (18,4 %). При этом у 15 пациентов (9,5 %) наблюдалось сочетанное течение фолликулярной и псевдопапулезной форм.

Заключение. Клиническое течение разноцветного лишая в условиях жаркого аридного климата Узбекистана характеризуется преобладанием распространенных форм процесса (63,9 %), особенно среди мужчин (71,7 %), высокой частотой выявления атипичных локализаций (26,6 %), а также доминированием эритематозно-сквамозной (52,5 %) и фолликулярной (21,5 %) клинических разновидностей микоза. Полученные данные необходимо учитывать при разработке региональных протоколов ведения и профилактики дерматомикозов.

* * *

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ: ФОКУС НА ПОЛИМОРБИДНОСТЬ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Наатыж Ж.Ю., Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Амбарцумян Р.Л., Алексеева К.Э., Меликян С.В., Тлехатук З.И.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
г. Краснодар

Актуальность. В современной дерматологии псориаз как системное иммуноопосредованное заболевание, тесно ассоциированное с метаболическим синдромом и эндокринными нарушениями. Наличие у пациентов артериальной гипертензии, нарушений углеводного обмена и патологии щитовидной железы создает условия для взаимного отягощения заболеваний.

Коморбидный фон не только утяжеляет течение дерматоза, но и ограничивает выбор системной терапии, требуя от врача тщательного дифференциально-диагностического поиска и персонализированного подхода к лечению для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Анализ клинического случая способствует не только предотвращению прогрессирования каждого из заболеваний, но и определению прогностических аспектов.

В статье представлено клиническое наблюдение сложной пациентки с сочетанной патологией: распространенным псориазом, артериальной гипертензией, сахарным диабетом II типа, гипотиреозом, деабетической ретинопатией.

Материалы и методы. Отражена важность комплексного обследования, включающего оценку кардиометаболического риска и эндокринного статуса. Акцентировано внимание на необходимости междисциплинарного взаимодействия дерматолога, кардиолога и эндокринолога для коррекции системных нарушений.

Результаты и обсуждения. Своевременное выявление и коррекция метаболических нарушений и гормонального дисбаланса способствуют достижению более стойкой ремиссии псориаза. Повышенная осведомленность врачей о системном характере псориатической болезни позволяет оптимизировать терапевтическую тактику и улучшить качество жизни пациентов. Совершенствование и стандартизация комплекса диагностических, лечебно-профилактических мероприятий позволит достигнуть стойкой ремиссии хронических дерматозов.

Клинический случай. В связи с этим в статье приводится подробный разбор собственного клинического наблюдения.

Пациентка А., 1976 года рождения, считает себя больной в течение 33 лет, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей после перенесенных родов. Обратилась к дерматологу по месту жительства, где был выставлен диагноз: «Псориаз» и назначено лечение топическими глюкокортикостероидами (тГКС).

При незначительном обострении кожного патологического процесса, в течение 20 лет, самостоятельно использовала тГКС короткими курсами.

В мае 2026 года после перенесенного стресса отметила распространение кожного-патологического процесса, обратилась к дерматологу в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинический кожно-венерический диспансер» (ГБУЗ ККВД) г. Краснодара, где был выставлен диагноз: «Псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма» и направлена на стационарное лечение.

Пациентка была консультирована на кафедре дерматовенерологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России), где был установлен диагноз: «Псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма».

Status specialis: кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. Располагается на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен: папулы, бляшки, чешуйки, корки.

На коже волосистой части головы (в лобной, теменной, затылочной областях) визуализируются бляшки, диаметром 3*5см, 5*7см, розовато-красного цвета, правильно округлой формы с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи, с выраженной инфильтрацией при пальпации (симптом Картамышева), покрытые серебристо-белыми чешуйками.

На коже туловища (в области груди, живота, спины с переходом на ягодичную область) располагаются единичные милиарные, нумулярные папулы, розового цвета, правильно округлой формы, возвышающиеся над поверхностью кожи, плотные при пальпации, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Псориатическая триада определяется в полном объеме.

На коже груди и спины располагаются бляшки, диаметром 10*15 см, 15*20 см, ярко-красного цвета, с четкими границами, возвышающиеся над поверхностью кожи, покрытые обильным наслоением серебристо-белых чешуек с выраженной инфильтрацией и мелкопластинчатым шелушением.

На коже верхних конечностей (в области плеч, локтевых суставов, на разгибательной поверхности предплечий) и нижних конечностей (в области наружной поверхности бедер, коленных суставов, на передней и задней поверхности голеней) локализуются крупные бляшки застойно-красного цвета, с синюшным оттенком, выполняющие всю анатомическую поверхность, возвышающиеся над поверхностью кожи, выраженно инфильтрированные, покрытые серебристо-белыми чешуйками.

В клинических анализах крови выявлены следующие отклонения:

Общий анализ крови (ОАК): СОЭ – 30 мм/ч.

Биохимический анализ крови (БАК): глюкоза – 7,63 ммоль/л; Липидный спектр: общий холестерин – 8,69 ммоль/л; триглицериды – 2,5 ммоль/л; ЛПНП – 3,5 ммоль/л; ЛПВП – 0,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи (ОАМ): удельный вес (плотность) – 1,025 г/мл; глюкоза – 2,7 ммоль/л.

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на ВИЧ - антигены/АТ к ВИЧ не обнаружены.

Кровь в ИФА на вирусные гепатиты В и С: HBsAg не обнаружен, HCV не обнаружены.

Проведение консультаций врачей смежных специальностей, с целью совместного определения приверженности терапии, разработки тактики лечения с исключением полипрагмазии.

1.Консультация терапевта.

Диагноз: Гипертоническая болезнь 2 стадии, риск 3. Целевой уровень АД достигнут. Предстадия ХСН. Ожирение 3 степени – индекс массы тела (ИМТ) = 46.2 кг/м2.

Рекомендовано:

- проведена беседа о коррекции факторов риска.
- ограничение употребления соли до <5 г в сутки, алкоголя, отказ от курения, соблюдение низкокалорийной диеты.
- регулярные аэробные физические упражнения (не менее 30 минут динамических упражнений, умеренной интенсивности, 5-7 дней в неделю)
- снизить массу тела, достижение ИМТ в пределах 20-25 кг/м2; окружность талии <80 см у женщин, с целью снижения АД и уменьшения сердечно-сосудистого риска.
- медикаментозная терапия - Лозартан 50мг. + Гидрохлортиазид 12,5мг. по 1 таб.1 р/д.

2.Консультация эндокринолога.

Диагноз: Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7,0%. Диабетическая ретинопатия непролиферативная обоих глаз (OU). Послеоперационный гипотиреоз, средней степени тяжести, медикаментозно компенсированный. Ожирение III степени (индекс массы тела (ИМТ) = 46.2 кг/м²).

Рекомендовано:

- соблюдение низкокалорийной диеты, отказ от быстрых углеводов.
- регулярная физическая активность не менее 150 минут в неделю.
- медикаментозная терапия: - Метформин 1000 мг по 1 таб. утром;
- Гликлазид МВ 60 мг по 1 таб. вечером;
- Семаглутид 0.5мг п/к 1 раз в неделю, через неделю повысить дозу до 1мг 1раз в неделю;
- Левотироксин натрия 175мкг утром, натощак, за 30-40 минут до завтрака, ежедневно.
- контроль тиреотропного гормона (ТТГ) 1раз в 6 месяцев.

3.Консультация офтальмолога.

Диагноз: Диабетическая ретинопатия непролиферативная обоих глаз (OU). Миопия слабой степени с астигматическим компонентом ОД (правый глаз), миопия средней степени ОС (левый глаз), анизометропия (разноглазие) обоих глаз.

Рекомендовано:

- соблюдение режима при работе за компьютером/телефоном, расстояние не менее 30-40см. перерывы в работе, каждые 20 минут.
- подбор оптической (контактной/очковой) коррекции.
- наблюдение у офтальмолога 1 раз в год.

Учитывая рекомендации и заключение смежных специалистов во время нахождения на стационарном лечении в КВД пациенту была проведена терапия согласно утвержденным федеральным клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов по терапии псориаза. Получала лечение: дезинтоксикационная терапия, цитостатическая терапия, симптоматическая терапия, наружная терапия, фототерапия.

Проведенная терапия обусловила следующие клинические результаты: яркость островоспалительной реакции угасла, патологические элементы очистились от наслоение роговых чешуек, очаги инфильтрации регрессировали. На месте высыпаний визуализируются вторичные гиперпигментированые пятна.

Выводы. Выявление коморбидной патологии на ранних стадиях, еще на амбулаторном этапе, имеет решающее значение для своевременной коррекции заболеваний. Это позволяет реализовать таргетный подход, предупредить осложнения, повысить эффективность оказания медицинской помощи и снизить риск инвалидизации пациентов с полиморбидностью.

* * *

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕРМОЛИТИЧЕСКОГО ИХТИОЗА У ДЕТЕЙ

Назарбекова Л.У., Амрина Л.К., Сагидолдина Л.К., Кадирхан Е.К.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

Эпидермолитический ихтиоз (ЭИ) — редкое аутосомно-доминантное наследственное заболевание кожи, обусловленное мутациями генов KRT1 и KRT10, кодирующих кератины 1 и 10 типов. Частота встречаемости составляет примерно 1:200 000–300 000 новорожденных. Ранняя диагностика и своевременное начало терапии имеют важное значение для улучшения качества жизни пациентов, что определяет актуальность изучения данного заболевания в дерматологической и педиатрической практике.

Цель работы. Охарактеризовать клинические особенности эпидермолитического ихтиоза у детей с учетом возрастной динамики симптоматики.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ современных отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных эпидермолитическому ихтиозу у детей. Изучены данные клинических наблюдений, особенности возрастной динамики заболевания, методы диагностики и основные осложнения патологии. В работе использованы методы сравнительного анализа, систематизации и обобщения научных данных по проблеме эпидермолитического ихтиоза в дерматологической и педиатрической практике.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа установлено, что клинические проявления эпидермолитического ихтиоза у детей имеют выраженную возрастную зависимость. В период новорожденности заболевание характеризуется развитием генерализованной эритродермии, буллёзных элементов и эрозивных поражений кожи с высоким риском инфекционных осложнений и нарушений водно-электролитного баланса.

В грудном и раннем детском возрасте отмечается постепенное уменьшение буллёзного компонента и нарастание гиперкератоза с формированием массивных бородавчатых наслоений преимущественно в области кожных складок. У детей школьного возраста преобладают стойкие гиперкератотические изменения, кератодермия ладоней и подошв, ограничение физической активности и выраженные психосоциальные нарушения.

Также установлено, что наиболее частыми осложнениями заболевания являются рецидивирующие бактериальные инфекции кожи, нарушения терморегуляции, снижение качества жизни и социальная дезадаптация пациентов. Полученные данные подтверждают необходимость ранней диагностики и комплексного междисциплинарного подхода к ведению детей с эпидермолитическим ихтиозом.

Диагноз устанавливается на основании клинической картины, результатов гистологического исследования кожи (вакуолизация и лизис клеток зернистого слоя, выраженный гиперкератоз) и молекулярно-генетического анализа с выявлением мутаций KRT1/KRT10.

Выводы. Эпидермолитический ихтиоз у детей характеризуется возрастной трансформацией клинической картины: от буллёзно-эрозивных поражений в период новорожденности до прогрессирующего гиперкератоза в более старшем возрасте. Знание особенностей клинической динамики позволяет своевременно верифицировать диагноз, предупреждать развитие осложнений и обеспечивать комплексную медицинскую и психосоциальную поддержку пациентов.

* * *

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ И ЕЕ СВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Никитина Ю.И., Корнишева В.Г., Гулордава М.Д.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Псориаз рассматривается как системное иммуноопосредованное заболевание, ассоциированное с высокой частотой развития множественной соматической патологии. У пациентов пожилого и старческого возраста полиморбидность является практически универсальным состоянием и потенциально может оказывать влияние на клиническое течение дерматоза, определяя его тяжесть и распространенность. Вместе с тем данные о взаимосвязи между выраженностью коморбидной патологии и тяжестью псориаза в гериатрической популяции остаются противоречивыми, что обусловливает необходимость комплексной оценки влияния полиморбидности на течение заболевания с использованием современных интегральных индексов коморбидности.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь полиморбидности с тяжестью и распространенностью псориатического процесса у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование с включением 91 пациента пожилого и старческого возраста (старше 60 лет), проходивших стационарное лечение на 1 дерматологическом отделении в НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина в период с 2024 по 2025 годы. В рамках исследования оценена корреляция общего числа сопутствующих заболеваний, индекса коморбидности Чарлсона (Charlson Comorbidity Index, CCI; Charlson M. E. et al., 1987) и индекса CIRS-G в модификации Miller (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics; Miller M. D. et al., 1992) с индексом PASI (Psoriasis Area and Severity Index) и площадью поражения кожи BSA (Body Surface Area). Индекс коморбидности Чарлсона представляет собой широко используемый интегральный показатель, позволяющий оценить общую выраженность сопутствующей патологии с учетом возраста пациента и прогностической значимости хронических заболеваний. Шкала CIRS-G в модификации Miller является валидизированным гериатрическим инструментом комплексной оценки хронической соматической патологии, отражающим как ее распространенность, так и степень вовлечения различных систем органов. По шкале CIRS-G определяли общий балл, характеризующий суммарную выраженность сопутствующих заболеваний, индекс тяжести, отражающий среднюю тяжесть имеющейся патологии, индекс коморбидности, характеризующий число вовлеченных систем органов, а также количество систем с уровнем поражения 3 и 4, соответствующих тяжелой и крайне тяжелой соматической патологии.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов пожилого и старческого возраста значение индекса PASI составило 19,19 ± 12,95 балла, индекса BSA – 30,09 ± 23,95%. Среднее число сопутствующих заболеваний достигало 7,97 ± 4,10 (95% ДИ 7,13–8,81). Наиболее распространенными коморбидными состояниями являлись метаболические нарушения, выявленные у 89 из 91 пациента (97,8%), сердечно-сосудистая патология – у 85 из 91 (93,4%) и заболевания опорно-двигательного аппарата – у 40 из 91 (44,0%). Значение индекса коморбидности Чарлсона составило 3,63 ± 1,52 балла (95% ДИ 3,31–3,94). При оценке коморбидности по шкале CIRS-G в модификации Miller общий балл составил 5,27 ± 2,73 (95% ДИ 4,71–5,84), индекс тяжести – 1,70 ± 0,43 (95% ДИ 1,62–1,79), индекс коморбидности – 1,85 ± 1,00 (95% ДИ 1,64–2,05), а количество систем с уровнем поражения 3 – 0,44 ± 0,64 (95% ДИ 0,31–0,57). Системы с уровнем поражения 4 в исследуемой выборке не зарегистрированы. При анализе взаимосвязи показателей полиморбидности с индексами PASI и BSA статистически значимых корреляций выявлено не было. Статистически значимые ассоциации отсутствовали как для общего числа сопутствующих заболеваний и индекса коморбидности Чарлсона, так и для показателей шкалы CIRS-G в модификации Miller, включая общий балл, индекс тяжести, индекс коморбидности и количество систем с уровнем поражения 3 (во всех случаях $p>0,05$). Анализ взаимосвязи количества систем с уровнем поражения 4 с индексами PASI и BSA не проводился вследствие отсутствия вариабельности данного показателя в исследуемой выборке.

Выводы. 1. У пациентов пожилого и старческого возраста с псориазом выявлена высокая распространенность полиморбидности: среднее число сопутствующих заболеваний составило 7,97±4,10, при этом наиболее часто регистрировались метаболические нарушения (97,8%), сердечно-сосудистая патология (93,4%) и заболевания опорно-двигательного аппарата (44,0%). 2. Корреляционный анализ не выявил статистически значимой взаимосвязи между индексами PASI, BSA и показателями полиморбидности, включая общее число сопутствующих заболеваний, индекс коморбидности Чарлсона и индекс CIRS-G в модификации Miller (во всех случаях $p>0,05$), что свидетельствует об отсутствии значимого влияния полиморбидности на тяжесть и распространенность псориаза у пациентов пожилого и старческого возраста.

* * *

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Новикова Л.А., Донцова Е.В., Кураносов А.Ю., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж

Актуальность. В патогенезе как псориаза, так и псориатического артрита (ПсА) важную роль играет окислительный стресс, развивающийся в результате избыточной генерации активных форм кислорода (АФК), при одновременном ослаблении антиоксидантной защиты организма. В настоящее время нет единого мнения исследователей в вопросе о роли процессов свободнорадикального окисления в патогенезе ПсА. Мало изученными остаются вопросы о влиянии коморбидного с ПсА метаболического синдрома (Мс) на состояние окислительного стресса.

Цель исследования. Оценить влияние Мс на выраженность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояние антиоксидантной защиты у пациентов с ПсА.

Материал и методы. В исследование было включено 320 пациентов с ПсА (мужчин — 149, женщин — 171, средний возраст 54,6 ± 6,68 года), из них без признаков Мс — 90 больных (группа сравнения), с проявлениями Мс — 230. Диагноз ПсА устанавливали на основании диагностических критериев CASPAR. Критерии наличия Мс определяли согласно Клиническим рекомендациям по ведению больных с Мс Минздрава РФ (2013). Определение общей окислительной способности сыворотки крови (ООС), окисленных липопротеинов низкой плотности (ЛПНП-ок.), общую антиоксидантную активность сыворотки крови (ОАА), супероксиддисмутазу (СОД) проводили иммуноферментным методом при помощи планшетного ридера «Униплан» («Пикон», Россия). Результаты обработаны непараметрическими методами статистического анализа с помощью программы STATISTICA 12.0.

Результаты. У пациентов ПсА без Мс значение ООС составило 3,94[3,48; 4,33] мкмоль/л. В группе больных с ПсА и признаками Мс уровень ООС в крови был выше — 5,28[4,67; 5,84] мкмоль/л, что в 1,3 раза было выше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). Повышенный окислительный потенциал крови у больных с ПсА сопровождался усиленной окислительной модификацией ЛПНП. У больных с ПсА, имеющих признаки Мс, уровень в крови ЛПНП-ок. был значительно (в 1,3 раза) выше, чем в группе сравнения, составляя 153,39[134,48; 167,51] vs. 117,81[98,42; 129,75] мкмоль/л ($p < 0,001$). При анализе состояния антиоксидантной системы крови было установлено, что у пациентов с ПсА и проявлениями Мс уровень ОАС крови равнялся 26,6 [20,99; 36,34] мкмоль/л и

был значимо ниже (в 1,7 раза), чем у больных без Мс (p <0,001), где он составил 46,54[41,55;50,99] мкмоль/л (p <0,001). При оценке фермента СОД, как одного из важнейших компонентов антиоксидантной системы крови, было установлено, что его уровень в крови пациентов без Мс был равен 0,91[0,77; 1,1] нг/мл, а у больных с признаками Мс – 0,39[0,25; 0,54] нг/мл, то есть в 2,3 раза ниже (p <0,001). Таким образом, для больных с ПсА характерно усиление окислительного потенциала крови с повышением липидной пероксидации и снижением активности антиоксидантных систем организма, достигающих наибольшей степени при сочетании ПсА с Мс.

Обсуждение. Патогенез псориатической болезни остается не до конца изученным, однако многочисленные исследования указывают на ключевую роль АФК и окислительного стресса в ее развитии. При избыточной продукции АФК, которая отмечается при сочетании ПсА с Мс, эндоперекиси могут привести к повреждению клеток путем окисления белков, липидов и ДНК, способствуя развитию хронических воспалительных состояний, вызывая дисфункцию и гибель клеток, что приводит к прогрессивному разрушению суставов. Полученные данные необходимо учитывать при выработке терапевтических подходов к лечению пациентов с ПсА и коморбидными метаболическими нарушениями.

Выводы. У больных с ПсА и признаками Мс выявлены более высокие показатели оксидативного стресса и липидной пероксидации. Наряду с этим, для пациентов с ПсА и Мс характерно снижение возможностей антиоксидантной системы, что проявляется угнетением общей антиоксидантной активности крови и уменьшением продукции фермента СОД.

* * *

КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ У ХИРУРГОВ: ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА FLG И ВЫБОР ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Обидняк Я.И.
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Введение. Контактный дерматит кистей является одной из частых профессиональных проблем у медицинских работников, особенно у специалистов хирургического профиля. Кожа рук у хирургов регулярно подвергается действию факторов, повреждающих эпидермальный барьер: частому мытью, обработке антисептиками, длительному ношению перчаток, контакту с моющими средствами и потенциальными аллергенами.

По данным литературы, медицинские работники относятся к группе высокого риска развития экземы кистей. Показатели распространенности экземы кистей в этой группе: пожизненная — 33,4%, годовая — 27,4%, точечная — 13,5%. В качестве главного фактора риска рассматривается “влажная работа”-частая обработка рук с антисептиками и длительное использование одноразовых перчаток.

Одним из ключевых механизмов развития профессионального контактного дерматита является нарушение кожного барьера. Ген FLG кодирует филаггрин, белок рогового слоя, участвующий в поддержании структуры, гидратации и защитной функции эпидермиса. Мутации в гене FLG ослабляют барьерную функцию эпидермиса, облегчая проникновение раздражающих веществ, что может повышать восприимчивость кожи к раздражителям и аллергенам. В то же время в литературе подчеркивается, что профессиональный дерматит развивается не только вследствие генетических мутаций, а представляет собой многофакторный процесс, обусловленный взаимодействием эндогенной предрасположенности и агрессивных факторов внешней среды.

Цель исследования. На основе анализа литературных данных оценить вклад мутации гена FLG в возникновение контактного дерматита кистей у хирургов и аргументировать выбор тактики наружной терапии и профилактики.

Материалы и методы. В базах PubMed, eLibrary, Google Scholar проанализированы публикации с 2013 года по экземе кистей, профессиональному дерматиту у медиков, мутациям FLG, атопии, влиянию влажной работы, перчаток, антисептиков и топической терапии. Найдено 10 релевантных статей.

Результаты. Контактный дерматит кистей у хирургов связан с сочетанием профессиональных факторов и индивидуальной барьерной уязвимости кожи. К основным повреждающим воздействиям относятся влажная работа, частое мытье рук, использование антисептиков и моющих средств, длительное ношение резиновых перчаток. Это вызывает мацерацию кожи, что, в свою очередь, приводит к контакту с аллергенами.

В литературе отсутствует единое мнение относительно вклада мутаций FLG в развитие экземы кистей. Часть авторов утверждает, что эти мутации не имеют самостоятельного прогностического значения: на первый план выходят атопический дерматит, экзема кистей в анамнезе и воздействие влажной среды. Другие же работы демонстрируют, что мутации FLG с потерей функции ассоциированы с профессиональным ирритантным контактным дерматитом (частота выше, чем в контрольной группе), причем эта ассоциация сохраняется после коррекции на атопический дерматит. Наибольший риск отмечен при комбинации мутаций FLG и атопического дерматита.

Таким образом, мутации гена FLG следует рассматривать не как изолированную причину дерматита, а как фактор нарушения кожного барьера, который становится клинически значимым при наличии атопического анамнеза и интенсивной профессиональной нагрузки на кожу рук.

В связи с этим тактика лечения должна включать выявление и уменьшение контакта с раздражителями и аллергенами, рациональный подбор перчаток и антисептиков, регулярное применение эмолентов и короткие курсы топических глюкокортикостероидов при обострении контактного дерматита. При хроническом или рецидивирующем течении необходимо исключить аллергический контактный дерматит.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что мутации гена FLG служат фактором барьерной уязвимости, но не единственной причиной контактного дерматита у хирургов. Наибольший риск, согласно литературным данным, реализуется при сочетании мутаций с атопическим дерматитом, экземой кистей в прошлом и высокой профессиональной нагрузкой. Следовательно, лечение хронического дерматита кистей у хирургов требует восстановления барьера, применения эмолентов, снижения ирритантного воздействия, подбора перчаток и антисептиков, а также исключения аллергии. При FLG-ассоциированной эпидермальной дисфункции, в свою очередь, защита кожного барьера является обязательной.

* * *

СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У РЕБЕНКА

Ораш А.А., Сагидолдина Л.К.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

В последние годы все чаще регистрируются случаи геморрагического васкулита (болезнь Шенлейна-Геноха, IgA-васкулит) после остро перенесенной инфекции верхних дыхательных путей. Дети, как особая группа населения, отличаются несовершенством иммунных механизмов, и капилляротоксикоз является наиболее часто встречающейся формой системного васкулита в педиатрической практике. Ввиду доминирования кожных проявлений геморрагический васкулит нередко ошибочно принимается за аллергический дерматит, что обусловливает первичное обращение пациентов к дерматовенерологу.

Цель исследования. Описать клинический случай геморрагического васкулита у ребенка на приеме у врача-дерматовенеролога.

Материалы и методы исследования. Пациент М., 10 лет, в сопровождении матери обратился в КВД г. Алматы с жалобами на кожные высыпания по всему телу, рвоту и слабость. Со слов матери, высыпания наблюдаются в течение 2 дней; мать предполагала аллергический генез заболевания, лечение не проводилось. Из анамнеза: 2 недели назад перенес острую респираторную вирусную инфекцию (насморк, лихорадка до 41°C). На момент осмотра состояние средней степени тяжести, температура 37,3°C, данных за активную инфекцию верхних дыхательных путей нет, лимфатические узлы не увеличены. Со стороны желудочно-кишечного тракта: однократная рвота без патологических примесей, при пальпации живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Кожный патологический процесс острый, воспалительный, полиморфный, симметричный, распространенный; на коже туловища, верхних и нижних конечностей – пальпируемая пятнисто-папулезная сыпь бордового цвета, элементы размером 2-3 мм, не исчезающие при витропрессии (положительный симптом пальпируемой пурпуры).

Результаты исследования. На основании жалоб, анамнеза (предшествующая ОРВИ), клинической картины (пальпируемая пурпура, абдоминальный синдром) и результатов диагностических приемов выставлен диагноз: геморрагический васкулит, кожно-абдоминальная форма. Диагноз соответствует критериям EULAR/PReS (2010): пальпируемая пурпура в сочетании как минимум с одним из дополнительных признаков – болью в животе, IgA-депозитами или артритом. Местно назначена гепариновая мазь. Пациент в срочном порядке направлен на госпитализацию в детское гематологическое отделение для проведения комплексного лечения.

Выводы. В клинической картине геморрагического васкулита превалирует кожное поражение, в связи с чем пациенты первично обращаются к дерматовенерологу, что наглядно продемонстрировано в данном клиническом случае. Настороженность врача-дерматовенеролога в отношении системных васкулитов позволяет своевременно диагностировать жизнеугрожающие состояния: при кожно-абдоминальной форме геморрагического васкулита существует риск развития кишечной непроходимости, перфорации стенки кишечника и внутреннего кровотечения.

* * *

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА, ПОЛУЧАЮЩИМИ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Осмоналиева А.А.[1], Тарраб А.[1], Кабушка Я.С.[2], Пирятинская А.Б.[2], Дудко В.Ю.[2], Смирнова И.О.[2], Петунова Я.Г.[2], Щегай А.С.[1]
[1]СПбГУ,
[2]СПб ГБУЗ «ГКСЦД»,
Санкт-Петербург

Актуальность. В 2025 году в стационаре СПб ГБУЗ «ГКСЦД» лечение по поводу сифилиса получили 1053 пациента. После формирования бесповторной выборки в исследование вошли 1015 пациентов, из которых поздние формы сифилиса были диагностированы у 384 человек, ранние — у 631. Изучали структуру поздних форм сифилиса, возраст пациентов, сопутствующую патологию и источники выявления. Группу сравнения составили пациенты с ранними формами сифилиса (n = 631).

Для углубленного анализа медико-социальных характеристик была сформирована бесповторная случайная выборка из 30 историй болезни пациентов с поздними формами сифилиса. Оценивали семейное положение, занятость, наличие случайных половых контактов, употребление алкоголя и психоактивных веществ, сведения о ранее проведенном лечении, прохождении клинико-серологического контроля и регулярности обследования на сифилис.

Статистическую обработку проводили с использованием методов описательной статистики, критерия χ^2 Пирсона, t-критерия Стьюдента и расчета относительного риска (RR). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

В структуре заболеваемости сифилисом преобладали ранние формы заболевания — 62,1%, наибольший удельный вес приходился на вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (23,7%), а также скрытый ранний сифилис (20,7%). Поздние формы сифилиса составили 37,9% наблюдений. Среди них доминировал скрытый поздний сифилис (63,3% внутри группы поздних форм). Сифилис сердечно-сосудистой системы был диагностирован у 7,2% (19,0% среди поздних форм), нейросифилис с симптомами у 2,6% и асимптомный нейросифилис у 4,2% пациентов.

Более 70% пациентов как с ранними, так и с поздними формами сифилиса были выявлены в специализированных дерматовенерологических учреждениях. Значительно реже пациенты направлялись из учреждений общесоматической сети, инфекционных стационаров и Центра по профилактике и борьбе со СПИД. Статистически значимых различий в структуре маршрутизации пациентов с ранними и поздними формами сифилиса не выявлено (χ^2-тест, $p > 0,05$).

При сравнительной оценке распределения пациентов с ранними и поздними формами сифилиса по возрасту установлено, что пациенты с поздними формами сифилиса были значимо старше пациентов с ранними формами заболевания: средний возраст составил 51,0±0,62 года и 34,6±0,38 года соответственно (t=22,5; p <0,001). Возраст 50 лет и старше ассоциировался с более высокой вероятностью выявления поздних форм сифилиса (RR=3,96; 95% ДИ 3,39–4,63; p <0,001). Кроме того, для пациентов с поздними формами сифилиса была характерна более высокая частота сердечно-сосудистых заболеваний (25,3% против 7,8%; RR=3,24; 95% ДИ 2,35–4,47; p <0,001), эпилепсии (2,9% против 0,3%; RR=9,02; 95% ДИ 2,02–40,28; p=0,004) и хронического вирусного гепатита С (15,1% против 10,0%; p=0,019). В то же время ВИЧ-инфекция достоверно чаще выявлялась у пациентов с ранними формами сифилиса (24,2% против 11,7%; RR=0,48; 95% ДИ 0,36–0,65; p <0,001).

В ходе детального анализа медико-социальных характеристик пациентов с поздними формами сифилиса установлено, что среди обследованных преобладали лица старше 60 лет (63,3%), не состоящие в браке (73,3%), не имеющие постоянной занятости (53,3%) и сообщавшие о случайных половых контактах (66,7%). Алкогольная зависимость была зарегистрирована у 30,0% пациентов, сведения об употреблении психоактивных веществ в анамнезе — у 23,3%. У 60,0% пациентов имелись указания на ранее проведенное лечение сифилиса, при этом более половины из них (55,6%) не проходили клинико-серологический контроль после завершения терапии. Кроме того, 60,0% пациентов не обследовались на сифилис в течение трех лет и более, а в 40,0% случаев при обращении за медицинской помощью обследование на сифилис не проводилось.

Выводы. Поздние формы сифилиса диагностируются у 37,9% пациентов, госпитализированных для лечения сифилиса, в их структуре преобладает поздний скрытый сифилис (63,3%). Поздние формы сифилиса ассоциированы со старшим возрастом пациентов, средний возраст составил 51,0±0,62 года против 34,6±0,38 года при ранних формах заболевания (p <0,001). Возраст 50 лет и старше повышает вероятность выявления поздних форм сифилиса в 3,96 раза. Для пациентов с поздними формами сифилиса характерны высокая соматическая коморбидность, недостаточная приверженность клинико-серологическому контролю после лечения и длительное отсутствие профилактического обследования на сифилис.

Совершенствование диспансерного наблюдения и повышение настороженности врачей различных специальностей могут способствовать более раннему выявлению сифилиса и снижению доли поздних форм заболевания.

* * *

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ И КОМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМОЙ ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД (2016–2025)

Пахалаге Ч.А., Смирнова И.О.
СПбГУ,
Санкт-Петербург

Цель. Оценить динамику частоты госпитализаций пациентов с кольцевидной гранулемой (КГ) за 10 лет (2016–2025), рассчитать относительный риск выявления КГ в постпандемийный период, а также детально охарактеризовать структуру сопутствующей патологии, включая связь с инфекцией COVID-19 и вакцинацией против SARS-CoV-2.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ всех случаев госпитализации с установленным диагнозом КГ в одном стационаре за период 2016–2025 гг. (n=98 пациентов). Для оценки тренда выборка разделена на два периода: 2016–2019 гг. (n госпитализированных = 17 419) и 2020–2025 гг. (n = 34 562). Рассчитаны относительный риск (RR) и 95% доверительный интервал (ДИ). Детальный анализ коморбидности выполнен у 67 пациентов (из них женщин – 89,6%, мужчин – 10,4%; средний возраст >45 лет – 79,1% в женской выборке). Определялись частота отдельных нозологий, индекс мультиморбидности (MI), структура сочетанной патологии. Статистическая обработка: χ^2, расчет ДИ для долей по методу Вальда с поправкой.

Результаты.

1. Динамика госпитализаций.

В 2016–2019 гг. доля пациентов с КГ оставалась на крайне низком уровне (0,069%; 12 случаев на 17 419 госпитализированных), составив 0,69 на 1000 (95% ДИ 0,30–1,08). В 2018 г. случаи КГ отсутствовали. С 2021 г. зафиксирован рост: в 2023 г. достигнут максимум – 0,35% (20 случаев на 5639 госпитализированных) или 3,55 на 1000 (95% ДИ 2,00–5,10), что в 2,5 раза выше показателя 2016 г. (1,43 на 1000). В 2024–2025 гг. отмечено снижение относительной частоты до 0,19% (1,93 на 1000 в 2025 г.).

В период 2020–2025 гг. зарегистрировано 86 случаев КГ на 34 562 госпитализированных, доля составила 0,249% (2,49 на 1000; 95% ДИ 1,96–3,02). Относительный риск выявления КГ в 2020–2025 гг. по сравнению с 2016–2019 гг. составил 3,61 (95% ДИ 1,98–6,60; $p < 0,001$). Таким образом, вероятность госпитализации с диагнозом КГ в постпандемийный период была выше в 3,6 раза.

2. Коморбидный профиль (n=67).

У пациентов с КГ выявлена выраженная гетерогенность сопутствующей патологии с преобладанием неинфекционных состояний.

Доброкачественные новообразования – 38,8% (26/67; 95% ДИ 27,1–50,5%), зарегистрированы исключительно у женщин. Ведущие нозологии: миома матки – 30,8% среди всех доброкачественных опухолей (8/26) или 11,9% от всей выборки (95% ДИ 5,3–22,0%); кисты почек – 11,5% (3/26); гемангиома печени – 11,5% (3/26); узлы/кисты щитовидной железы – 15,4% (4/26).

Эндокринопатии – 28,3% (19/67; 95% ДИ 18,3–38,3%), также только у женщин. В их структуре: болезни щитовидной железы – 13,4% (9/67; 95% ДИ 6,4–24,0%), из них аутоиммунный тиреоидит – 55,6% (5/9); нарушения углеводного обмена – 14,9% (10/67; 95% ДИ 7,5–25,6%), из них сахарный диабет 2 типа – 90% (9/10). Сочетание патологии щитовидной железы и углеводного обмена отмечено у 5,9% (4/67; 95% ДИ 1,7–14,3%).

Инфекционные заболевания (в анамнезе) – 23,9% (16/67; 95% ДИ 14,4–36,0%). Наиболее частой инфекцией был COVID-19 – 75% от всех инфекций (12/16). Также встречались гепатит С (n=1), гепатит А (n=1), сифилис (n=1), уреаплазмоз (n=1).

Вакцинация в анамнезе – 29,9% (20/67; 95% ДИ 19,5–42,1%). Из них вакцинация против SARS-CoV-2 составила 90% (18/20), против гриппа – 10% (2/20).

Злокачественные новообразования – 3,0% (2/67; 95% ДИ 0,4–10,5%) – рак желудка in situ и карцинома молочной железы.

Аутоиммунные заболевания – 1,5% (1/67; 95% ДИ 0,0–8,0%) – ревматоидный артрит.

Другие дерматозы – 6,0% (4/67; 95% ДИ 1,7–14,6%) – псориаз, витилиго, морфея, атопический дерматит.

3. Связь с COVID-19 и вакцинацией (n=66 за 2020–2024 гг.).

Перенесли инфекцию SARS-CoV-2 – 18,2% (12/66; 95% ДИ 9,9–29,9%).

Вакцинированы против COVID-19 – 27,3% (18/66; 95% ДИ 17,1–39,9%).

Сочетание инфекции и последующей вакцинации – 12,1% (8/66; 95% ДИ 5,4–22,5%).

Имели либо инфекцию, либо вакцинацию – 33,3% (22/66; 95% ДИ 22,2–46,0%).

Отрицают и инфекцию, и вакцинацию – 66,7% (44/66; 95% ДИ 54,0–77,8%).

В активную фазу пандемии (март 2020 – май 2023 гг., n=47) эти показатели были ниже: инфекция – 12,7% (6/47; 95% ДИ 4,8–25,8%), вакцинация – 17,0% (8/47; 95% ДИ 7,7–30,8%), сочетание – 8,5% (4/47; 95% ДИ 2,4–20,3%).

4. Мультиморбидность.

У 37,3% (25/67; 95% ДИ 25,7–48,9%) пациентов диагностировано сочетание двух и более хронических заболеваний.

Два заболевания – у 52,0% мультиморбидных пациентов (13/25; 95% ДИ 31,3–72,2%).

Три заболевания – у 32,0% (8/25; 95% ДИ 15,0–53,5%).

Четыре и более – у 16,0% (4/25; 95% ДИ 4,5–36,1%).

Индекс мультиморбидности (MI) в подгруппе с сочетанной патологией составил 2,64 (среднее число сопутствующих заболеваний на одного пациента). Наиболее частые комбинации: инфекционное заболевание + вакцинация – 17,9% от всех пациентов (12/67; 95% ДИ 9,6–29,2%); эндокринные нарушения + инфекции – 5,9% (4/67; 95% ДИ 1,7–14,3%); инфекция + вакцинация + эндокринная патология – триада, встречавшаяся в 32% случаев мультиморбидности.

Вклад компонентов в структуру сочетанной патологии (среди 25 мультиморбидных): инфекционные заболевания (включая COVID-19) – 80% (20/25; 95% ДИ 59,3–93,2%); эндокринные заболевания – 56% (14/25; 95% ДИ 34,9–75,6%); доброкачественные новообразования – 44% (11/25; 95% ДИ 24,4–65,1%).

Заключение. За десятилетний период зафиксирован статистически значимый рост госпитализаций по поводу кольцевидной гранулемы после 2020 года (RR=3,61; p<0,001) с пиком в 2023 г. Коморбидный профиль КГ характеризуется преобладанием эндокринно-метаболических (28,3%) и пролиферативных (доброкачественные новообразования 38,8%) состояний, при этом 33,3% пациентов имели в анамнезе инфекцию SARS-CoV-2 и/или вакцинацию против COVID-19. Высокий уровень мультиморбидности (37,3%, MI=2,64) с типичными сочетаниями (инфекция + вакцинация, эндокринопатии + инфекции) позволяет предположить роль иммуноопосредованных триггерных факторов, включая COVID-19 и вакцинацию, в манифестации или обострении КГ. Требуются дальнейшие контролируемые исследования с оценкой причинно-следственных связей.

* * *

ТЕРРА ФИРМА – ФОРМЕННЫЙ ДЕРМАТОЗ ДУНКАНА У ДЕТЕЙ

Петренко О.Д.[1], Чистяков Н.Д.[1], Тропин А.К.[2]
[1]ФБУН «СЗНЦ гигиены и общественного здоровья»,
[2]СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 74»,
Санкт-Петербург

Цель. Ознакомить врачей дерматологов и педиатров с редким дерматозом, который необходимо дифференцировать с поверхностными микозами кожи.

Заболевание является редко встречающимся дерматозом, характеризующимся бессимптомной симптоматикой, кожной пигментацией, напоминающей грязную кожу и вынуждающей волноваться родителей. Больные предъявляют жалобы на появление на теле стойких коричневатого цвета пятен, неудаляющихся после мытья.

В 2016-2024 годах мы наблюдали 12 случаев очаговой гиперпигментации у детей в возрасте от семи до четырнадцати лет. Обращения детей за медицинской помощью по поводу появления на теле пятен в большинстве случаев регистрировались в осенний период. После изучения анамнеза установлено, что в летнее время большинство детей подвергалось интенсивной солнечной инсоляции, но после разрешения загара на теле оставались очаги стойкой пигментации. В ноябре 2018 года на профилактическом осмотре 58 учащихся начальных классов у трех учеников были выявлены участки гиперпигментации на коже разгибательных поверхностей верхних конечностей. Четыре человека имели пятна на передней или задней поверхности шеи, двое на коже грудной клетки. У одного ребенка мы насчитали несколько очагов поражения (грудная клетка, шея, предплечья). Размеры пятен отличались в зависимости от локализации (на шее 2-3 см в диаметре, на грудной клетке до 10 см, на предплечье до 6 см). Цвет от коричневатого до пепельного различной степени выраженности. Пятна с ровными, но не всегда четкими краями, кожный рисунок не нарушен, в краевой зоне иногда наблюдались чешуйки, плотно удерживающиеся на поверхности. Очаги пигментации при дерматозе Дункана, в отличие от участков загрязненной кожи, не удаляются после обработки ватно-марлевым тампоном, смоченным раствором 70% этилового спирта. Наиболее частая локализация передняя поверхность шеи. Дифференциальная диагностика проводилась с микозами гладкой кожи, разноцветным лишаем, эритразмой. В соскобах из очагов патогенный грибок не обнаружен. У ребенка с сопутствующим фолликулярным кератозом в зонах гиперпигментации четко выделялись вершины узелков телесного цвета. Пятна на теле сохранялись от трех до шести месяцев и постепенно исчезали. При дерматоскопии чаще определялся мозаичный рисунок. В лучах лампы Вуда пятна были сероватого цвета, иногда с сетчатым рисунком.

Выводы. Важно учитывать, что это доброкачественное заболевание, не требующее дополнительных исследований, а также необоснованной лекарственной терапии.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТОЦИАНОВ (EPILOBIUM ANGUSTIFOLIUM L.) НА ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ВЫЗВАННОГО DNCB, У ЛАБОРАТОРНЫХ МЫШЕЙ ЛИНИИ BALB/C

Петров Д.И.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
г. Тюмень

Актуальность. Атопический дерматит (АД) относится к хроническим рецидивирующим воспалительным дерматозам, при которых клиническая картина определяется сочетанием дефекта эпидермального барьера, Th2-ассоциированного воспаления, зуда и оксидативного стресса. Антоциансодержащие растительные препараты рассматриваются как возможные модуляторы воспаления и барьерной функции кожи; при этом Epilobium angustifolium L. является источником полифенольных соединений с описанной антиоксидантной и противовоспалительной активностью.

Цель исследования. Охарактеризовать клинические особенности течения экспериментального атопического дерматита у мышей BALB/c и определить, какие клинические признаки могут отражать влияние антоцианов E. angustifolium L. на регенерацию эпидермального барьера.

Материал и методы. Исследование выполнено на мышах линии BALB/c с моделированием АД-подобного поражения кожи аппликациями 2,4-динитрохлорбензола (DNCB), разведенного в ацетоне и оливковом масле. Клинический блок включал G0 (индукция ацетон + оливковое масло; n=8), G1 (DNCB-индуцированный дерматит; модельная группа; n=8), G2 (DNCB + глюкокортикостероиды; положительный терапевтический контроль; n=8), а также G3 и G4 как экспериментальные лечебные группы; n=8 по каждой в группе соответственно. Клиническое течение оценивали на 0, 10, 13, 17 и 20-е сутки по выраженности эритемы, отека, экскориаций и сухости кожи; каждый признак оценивали от 0 до 3 баллов с расчетом суммарного клинического индекса АД-подобного поражения (0–12 баллов).

Результаты и обсуждение. По данным клинического балльного учета, к 10-м суткам после аппликаций DNCB у животных групп G1–G4 сформировалась сопоставимая картина выраженного АД-подобного поражения: суммарный балл составил 11,14±0,69 в группе G1, 10,75±0,50 в G2, 10,71±0,49 в G3 и 11,17±0,41 в G4 против 4,29±0,49 в G0 ($p < 0,05$).

Клинически это соответствовало острой фазе атопического дерматита: диффузной эритеме, нарастанию отека и инфильтрации кожи, выраженной сухости, шелушению, формированию экскориаций и признакам самотравматизации. Следовательно, суммарный балл отражал не только математическую

сумму признаков, но и степень клинической декомпенсации кожного процесса, по которой можно было обосновывать выбор тактики лечения. К 20-м суткам динамика суммарного балла четко зависела от лечебной тактики. Наиболее благоприятная клиническая картина отмечена в G2, получавшей ГКС: итоговый балл снизился до 6,2±0,1, что соответствовало уменьшению клинической тяжести на 44,2% относительно 10-х суток и было ниже, чем в G1 без активной противовоспалительной коррекции (7,1±0,01; $p < 0,05$). У животных G2 сохранялись остаточные эритема, сухость и экскориации, однако отек был минимальным (1,00 балла), что указывало на более быстрый контроль воспалительной реакции. Группы G3 и G4 заняли промежуточное положение: суммарный балл составил 6,33±0,52 и 6,67±0,52 соответственно; для G3 снижение по сравнению с G1 достигало статистической значимости ($p < 0,05$), тогда как G4 демонстрировала клиническую тенденцию к улучшению без явного превосходства над G1. Таким образом, суммарный клинический балл может рассматриваться как практический критерий выбора и оценки тактики лечения.

Заключение. Клинические особенности DNCB-индуцированного атопического дерматита у мышей BALB/c целесообразно рассматривать как последовательность воспалительных, барьерных и репаративных событий. Суммарный балл АД позволяет сопоставить тяжесть эритемы, отека, сухости и экскориаций с тактикой лечения и динамикой регресса кожного процесса. ГКС-терапия в G2 обеспечивала наиболее выраженное улучшение внешней картины дерматита по сравнению с G1 ($p < 0,05$).

* * *

НЕЙРОСИФИЛИС ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Пирятинская А.Б., Петунова Я.Г., Бичун Е.А., Иванов К.А., Сидельникова Ю.Ю., Яцуба Е.А.
СПб ГБУЗ «Городской клинический специализированный центр дерматовенерологии»,
Санкт-Петербург

Нейросифилис (НС) – тяжелое заболевание, заключающееся в поражении центральной (ЦНС) и вегетативной нервной систем, вызванное инвазией бледной трепонемы в спинномозговой канал, следствием чего является потеря слуха, зрения и других функций, а также нарушение мозгового кровообращения, что в свою очередь приводит к инвалидности и летальному исходу. НС является междисциплинарной проблемой, в решении которой должны принимать участие не только дерматовенерологи и врачи-лаборанты, но и другие специалисты: неврологи, психиатры, офтальмологи, оториноларингологи и т. д. в зависимости от проявлений заболевания. Обращает на себя внимание тот факт, что на фоне общего снижения заболеваемости сифилисом и другими инфекциями, передаваемыми половым путем, отмечается повышение уровня НС в России.

Цель исследования. Изучение особенностей течения раннего нейросифилиса за последние три года (2022-2025) у пациентов, получающих лечение на венерологическом отделении СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (далее – ГорКВД).

Материалы и методы. Анализ 467 карт стационарного пациента венерологического отделения ГКСЦДВ за 2022-2024 год с диагнозом ранний нейросифилис (код по МКБ-10 А51,4).

Результаты. В исследуемую группу вошли 294 пациента в возрасте от 21 до 45 лет, из них 279 пациентов мужского пола (95,3%), женского пола – 18 пациентов (4,7%). Распределение по диагнозам после выполнения люмбальной диагностической пункции: 191 пациента (49.2%) с ранним асимптомным нейросифилисом, 66 пациентов (17%) с диагнозом ранний нейросифилис с базальным менингитом, 97 пациентов (25%) с ранним нейросифилисом и асимптомным менингитом, 34 пациента с ранним нейросифилисом мениговаскулярная форма (8,8%). Для постановки и уточнения диагноза пациентам проводилось серологическое обследование сыворотки крови и ликовра, согласно критериям, указанных в Клинических рекомендациях РОДВК. Следует отметить, если рассматривать предварительный диагноз, с которым пациент поступал на отделение, то именно пациаеты с вторичным сифилисом кожи и слизистых оболочек в сочетании с В23+ давали в 75% случаев изменения в ликворе специфического характера. Также за последние три года мы отметили рост таких форм раннего нейросифилиса, как менинговаскулярные формы (5%) и ранний нейросифилис, с осложнениями в виде асимптомного менингита (32%) или базального менин-

гита (19%), а данные нозологические формы заболевания требуют более объемных схем специфической терапии, присоединение неспецифической терапии и наблюдения пациента более длительно в амбулаторном звене и у смежных специалистов, прежде всего неврологов и окулистов.

Выводы. С учетом особенностей течения сифилитической инфекции в последние годы, пациентам с манифестными и ранними с формами заболевания необходимо проводить углубленное дообследование с целью выявления специфического поражения центральной нервной системы форм и назначения адекватной специфической терапии.

* * *

РОЗАЦЕА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021–2025 ГГ.

Порошина Л.А., Боровец И.В., Демиденко А.С.
Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Розацеа относится к категории хронически протекающих воспалительных заболеваний кожи лица, манифестирующих эритемой, телеангиэктазиями и папуло-пустулезными элементами. Сведения о гендерной асимметрии с преобладанием лиц женского пола с данной нозологией актуализирует необходимость ретроспективного скрининга в Гомельской области за пятилетний период.

Цель исследования. Выявить динамику заболеваемости розацеа в Гомельской области за 2021-2025 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ региональных статистических отчетов по розацеа (код МКБ-10 L71) за 2021–2025 гг. Источник данных – Гомельский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии. Учитывались: общее число зарегистрированных случаев, распределение по полу, число пролеченных в стационаре и исходы лечения.

Результаты и обсуждение. Динамика абсолютных показателей роста первичной регистрации розацеа составила: с 1260 случаев (2021) до 2299 случаев (2025). Совокупный прирост за пятилетний период достиг +82,5%. Удельный вес взрослого населения стабильно удерживался на уровне 96,5% (2022) – 98,0% (2025). Зафиксирована явная гендерная асимметрия с превалированием женщин: от 908 (72,1%, 2021) до 1525 случаев (66,3%, 2025). Доля женщин снизилась с 72,1% (2021) до 66,3% (2025), тогда как доля мужчин увеличилась с 27,9% (2021) до 33,7% (2025). При этом абсолютное число женщин за 5 лет выросло на 67,9% (с 908 до 1 525), а мужчин — на 119,9% (с 352 (2021) до 774 (2025).

Наблюдалось увеличение числа пролеченных пациентов с 83 в 2022 г. до 98 в 2025 г. (+18,1%). Анализ возрастной структуры госпитализированных пациентов подтвердил манифестацию розацеа у взрослого населения: доля детей среди госпитализированных оставалась минимальной: от 2,4% (2022) до 2,0% (2025). Общее количество койко-дней выросло с 1049 (2022) до 1239 (2025) (+18,1%), при этом взрослые стабильно составляли более 96% госпитализированных по поводу розацеа пациентов

Выводы.

1. Отмечен рост заболеваемости розацеа за последние 5 лет.
2. Специфика гендерного распределения при розацеа заключается в стабильном сохранении численного преимущества женщин (с 908 случаев в 2021 г. до 1525 случаев в 2025г).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЕСОТКИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Порошина Л.А., Лупеев М.А.
Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Чесотка — заразное кожное заболевание, передающееся контактным путем. Проблема чесотки остается актуальной в современном здравоохранении, несмотря на развитие методов диагностики и лечения. Это связано с высокой контагиозностью, социальными проблемами, высокой миграцией, неполной регистрацией случаев.

Цель работы. Изучить динамику выявляемости чесотки у населения г. Гомель и Гомельской области, социальный статус пациентов, страдающих чесоткой.

Материалы и методы исследования. Изучение медико-статистических показателей, характеризующих заболеваемость чесоткой среди населения г. Гомеля, проведено на основе данных компьютерной базы данных и отчетной документации ГОКЦД за 2015–2025 гг. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с чесоткой, которые находились на диспансерном учете в учреждении «Гомельский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» в 2019-2025 годах. Изучен социальный статус пациентов.

Результаты исследования. Число случаев чесотки среди населения г. Гомеля и Гомельской области в 2015-2025 гг. колебалась от 174 до 479 случаев в год, что составило 13,11–36,10 на 100 тыс. населения. Наименьшие показатели заболеваемости чесоткой были зарегистрированы в 2020–2022 гг., что, по нашему мнению, может являться следствием эпидемиологической обстановки, связанной с коронавирусной инфекцией и периодом после ее. В это время люди более тщательно соблюдали личную гигиену, в общественных местах имелись антисептики. За последние 3 года отмечается рост заболеваемости (418–479–405 случаев в 2023–2025 гг.) более чем в 2 раза, относительно минимальной заболеваемости за исследуемый период (179–175–174 случая в 2020–2022 гг.). Наиболее часто заболевание наблюдалось в возрастной группе до 14 лет, у пациентов в возрасте 50 лет и более, а также у детей 15–17 лет. И мужчины, и женщины болели чесоткой примерно с одинаковой частотой (1551 и 1558 случаев соответственно, $p>0,05$).

Наибольшее количество случаев чесотки (23,10 %) было зарегистрировано среди учащихся общеобразовательных школ. 20,99 % заболевших составили пенсионеры. Третья по величине группа в структуре заболевших чесоткой пришлась на не работающих лиц, которые составили 14,71 %. Доля рабочих в структуре заболеваемости чесоткой составила 13,63 %. Достаточно большую группу среди заболевших чесоткой составили дети дошкольного возраста, на

них приходилось 11,87% всех зарегистрированных случаев. В данной группе преобладали дети, посещающие организованные коллективы. На долю обучающихся, получающих среднее специальное образование, суммарно приходилось 8,68 % случаев чесотки. При этом в структуре заболевших чесоткой студенты высших учебных заведений составили лишь 1,96 % случаев. Другие группы (служащие, работники сельского хозяйства, работники коммерции, водители) были немногочисленными, и их доля не превышала 2 %.

Выводы. В последние 3 года наблюдается рост числа случаев чесотки. В общей структуре заболеваемости чесоткой не выявлено гендерных различий, преобладают пациенты детского возраста. В общей социальной структуре заболевших чесоткой преобладали школьники (23,59 %), пенсионеры (20,99 %), не работающие (14,71 %), рабочие (13,63 %), дети дошкольного возраста, преимущественно посещающие организованные детские коллективы (11,87 %), а также учащиеся, получающие среднее специальное образование (8,68 %).

* * *

УРОВНИ ГОМОЦИСТЕИНА, ВИТАМИНА B12 И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Рахматиллаева Г.И.
ГУ «Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер»,
г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Гипергомоцистеинемия является фактором риска атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, окклюзионных заболеваний периферических артерий и венозного тромбоза. Повышенные уровни гомоцистеина в сыворотке крови были зарегистрированы у пациентов с псориазом. Также гипергомоцистеинемия считается независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний при псориазе.

Цель. Целью нашего исследования было изучение уровней гомоцистеина, фолиевой кислоты и витамина B12 в сыворотке крови у пациентов с псориазом.

Материалы и методы. Мы провели поперечное исследование с участием 40 обследованных пациентов с хроническим бляшечным псориазом, получавших лечение в РКВКБ, и 38 контрольных лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Группа пациентов состояла из 22 женщин и 18 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст: 37,01 ± 13,75 лет). Тяжесть псориаза оценивалась по индексу площади и тяжести псориаза (PASI). В обеих группах измеряли уровни гомоцистеина, витамина B12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови.

Результаты. Длительность заболевания у пациентов с псориазом варьировалась от 1 месяца до 40 лет (среднее значение: 11,34 ± 9,65 лет). Показатели PASI у пациентов варьировались от 0,6 до 29,7 (медиана: 5,8). Уровни гомоцистеина, фолиевой кислоты и витамина B12 в сыворотке крови не различались между группами пациентов и контрольной группой. Медианное значение гомоцистеина у пациентов с псориазом составляло 11,9 мкмоль и 11,6 мкмоль в контрольной группе. У пациентов с псориазом уровни гомоцистеина прямо коррелировали с тяжестью псориаза, измеряемой индексом площади и тяжести псориаза PASI (p <0,05). У пациентов уровень гомоцистеина в сыворотке крови обратно коррелировал с уровнями фолиевой кислоты и витамина B12 в сыворотке крови. Уровни витамина B12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови не коррелировали с индексом PASI. Кроме того, в контрольной группе не было обнаружено корреляции между уровнем гомоцистеина в сыворотке крови и уровнями фолиевой кислоты и витамина B12 в плазме.

Обсуждение. Уровни гомоцистеина коррелировали с площадью и индексом тяжести псориаза в группе пациентов, что отражает тяжесть заболевания. Увеличение сердечно-сосудистой смертности с увеличением тяжести псориаза также может быть обусловлено влиянием гомоцистеина.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ТРУДНОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Рудых Н.М., Баранова Е.М., Куликова З.М., Моисеенко Ю.В., Сапего О.В., Цыдыпова А.В.
ФГБОУ ВО «ИГМУ» Минздрава России,
г. Иркутск

Актуальность. В ряде случаев клинический профиль больного псориатическим артритом (ПсА) таков, что стандартная терапия не приносит ожидаемого результата. Подобный пациент был назван трудный для лечения (difficult-to-treat, D2T). Наряду с базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) появилась терапия ПсА таргетными синтетическими базисными противовоспалительными препаратами (тсБПВП), генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), и проблема резистентности вышла на новый уровень. В 2022 г. F.M. Perrotta и соавт. адаптировали критерии, характеризующие D2T, для применения их при ПсА в ниже изложенной форме.

1. Лечение в соответствии с рекомендациями EULAR и/или GRAPPA и неэффективность ≥2 ГИБП/тсБПВП с различным механизмом действия после неудачной терапии с БПВП. 2. Признаки, указывающие на активное/прогрессирующее заболевание, определяемые как ≥1 из: a. по меньшей мере умеренная активность заболевания (в соответствии с утвержденными комплексными показателями активности болезни); b. признаки (в том числе острофазовые показатели и данные визуализации), указывающие на активное заболевание (связанное с суставами или иное); c. быстрое рентгенологическое прогрессирование (с признаками активного заболевания или без них); d. хорошо контролируемое заболевание в соответствии с вышеуказанными стандартами при сохранении симптомов ПсА, ухудшающих качество жизни. 3. Коррекция имеющейся симптоматики воспринимается ревматологом и/или пациентом как проблематичная. Все три критерия должны присутствовать при D2T ПсА.

По мнению F.M. Perrotta факторами, препятствующими достижению эффективности терапии ПсА, является наличие коморбидной патологии, такой как ожирение, метаболический синдром, жировая болезнь печени, сердечно-сосудистые заболевания, курение, фибромиалгия, остеоартрит, депрессия.

Цель исследования. Выявить пациентов с ПсА, получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ), соответствующих критериям D2T ПсА, и исследовать факторы формирования данного профиля.

Материалы и методы. В дерматологическом отделении Клиник ФГБОУ ВО ИГМУ 26 пациентов с ПсА и псориазом (PASI 18-62 балла) в возрасте 28-65 лет, получавшие/получающие генно-инженерные биологические препараты в течение 5-15 лет, были подвергнуты анализу с применением критериев D2T ПсА (EULAR).

Результаты и обсуждение. Среди пациентов отборочному критерию D2T ПсА (неэффективность ≥2 ГИБП/тсБПВП с различным механизмом действия) соответствовали/соответствуют 9 (34,6%). Лечение с применением 2 и более ГИБП наблюдалось у 9 пациентов: 1 пациент получал инфликсимаб, этанерцепт, голимумаб; 3 – инфликсимаб, голимумаб, секукинумаб; 4 – голимумаб, секукинумаб; 1 – голимумаб, гуселькумаб. Решение о смене ГИБП принималось ревматологическим консилиумом.

7 (77,8%) пациентов ответили на введение 1го ГИБП в сроки от 5 месяцев до 1 года. Эффект от терапии у них сохранялся от 1,5 до 2,5-3 лет с последующим ускользанием эффекта. Клинические проявления ПсА в этой группе (9 пациентов) были представлены следующими поражениями: артриты (полиартриты) – 9 (100%); дактилиты – 3 (33,3%); энтезиты – 8 (88,9%); теносиновииты – 4 (44,5%); спондилиты – 7 (77,8%); сакроилииты – 7 (77,8%). В соответствии с утвержденными EULAR показателями активности ПсА на момент исследования умеренная активность заболевания отмечена у 2 (22,2%); высокая – у 1 (11,1%). Хорошо контролируемое заболевание при сохранении симптомов ПсА, ухудшающих качество жизни, наблюдалось у 3 (33,3%). Коррекция имеющейся симптоматики воспринималась/воспринимается ревматологом и/или пациентом как проблематичная у 6 (66,7%) пациентов.

Коморбидная патология характеризовалась эндокринно-метаболическими нарушениями, ассоциированными с кардиометаболической патологией атеросклеротического генеза, гиперурикемией и наблюдалась у 6 (66,7%) пациентов.

Таким образом, среди 26 пациентов с ПсА, получающих ГИБТ в течении 5-15 лет в Клиниках ФГБОУ ВО ИГМУ, соответствуют критериям D2T ПсА 6 пациентов (23%). По данным же Общероссийского регистра больных ПсА были резистентны к проводимой терапии ≥2 ГИБП/тсБПВП на протяжении более 2х-летнего исследования 15,2% больных ПсА.

Выводы. По нашим данным, среди пациентов с ПсА, получающих ГИБТ в течение 5-15 лет, соответствуют критериям D2T ПсА 23% исследуемых. При этом у большинства из них результатом лечения со сменой ГИБП является хорошо контролируемое заболевание при сохранении симптомов ПсА, ухудшающих качество жизни, или умеренная активность ПсА. Клинические проявления у пациентов характеризовались полиартритами, энтезитами, дактилитами. В числе коморбидных факторов, препятствующих достижению эффективности, отмечались эндокринно-метаболические нарушения, ассоциированные с кардиометаболической патологией атеросклеротического генеза, гиперурикемией. Таким образом, совершенствование подходов к терапии с применением ГИБП, контроль коморбидных состояний может способствовать профилактике развития профиля пациента D2T ПсА.

* * *

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Сагидолдина Л.К., Амрина Л.К., Кенжекұл А.Т.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Гнёздная алопеция (ГА) является хроническим аутоиммунным заболеванием, характеризующимся нерубцовым выпадением волос вследствие нарушения иммунной привилегии волосяного фолликула. Заболевание встречается примерно у 2% населения и оказывает значительное негативное влияние на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов. В последние годы достигнут существенный прогресс в понимании механизмов развития заболевания, что способствовало появлению новых методов таргетной терапии.

Цель исследования. Изучить современные подходы к лечению гнёздной алопеции и оценить перспективы применения ингибиторов янус-киназ.

Материалы и методы. Проведен анализ современных литературных источников и международных клинических рекомендаций по диагностике и лечению гнёздной алопеции, опубликованных в 2020–2025 гг.

Результаты. В основе патогенеза ГА лежит Т-клеточно-опосредованное аутоиммунное воспаление с активацией цитокинов IFN-γ и IL-15 через сигнальный путь JAK–STAT. При ограниченных формах заболевания применяются топические и внутриочаговые глюкокортикостероиды, миноксидил и методы локальной иммунотерапии. При распространенных формах используются системные кортикостероиды и иммуносупрессивные препараты.

Наиболее перспективным направлением современной терапии является применение ингибиторов янус-киназ (JAK-ингибиторов). Данные препараты блокируют внутриклеточную передачу провоспалительных сигналов и воздействуют на ключевые механизмы развития заболевания. В настоящее время наибольший интерес представляют барицитиниб, ритлецитиниб, тофацитиниб и руксолитиниб. Клинические исследования продемонстрировали значительное восстановление роста волос у пациентов с тяжелыми формами заболевания, включая тотальную и универсальную алопецию. Вместе с тем терапия требует тщательного мониторинга безопасности и индивидуального подбора схемы лечения.

Выводы. Современные методы лечения гнёздной алопеции основаны на персонализированном подходе с учетом тяжести заболевания и особенностей пациента. Ингибиторы JAK являются наиболее перспективным направлением терапии, поскольку воздействуют непосредственно на ключевые звенья патогенеза и демонстрируют высокую клиническую эффективность. Появление селективных ингибиторов JAK существенно изменило возможности лечения тяжелых форм гнёздной алопеции. Впервые достигнута возможность длительного контроля заболевания и значимого восстановления роста волос у пациентов с тотальной и универсальной формами алопеции.

ПОСТКОВИДНЫЕ ИММУННО-СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ РОЗАЦЕА

Сагидолдина Л.К., Федотова Д.М.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

Введение. В последние годы патогенез розацеа неразрывно связан с долгосрочными последствиями пандемии COVID-19. Инфекция SARS-CoV-2 выступает индуктором отсроченного нейро-иммунно-сосудистого каскада на уровне дермы, эпидермиса и слизистых оболочек. Персистирующий эндотелиит и гипоксия тканей провоцируют патологический неоангиогенез и нейроваскулярную дисрегуляцию, при которой микроциркуляторное русло утрачивает способность к быстрому восстановлению тонуса после вазодилатации. Дополнительным экзогенным триггером явился «масочный фактор»: длительное ношение средств индивидуальной защиты создало окклюзионный эффект (локальное повышение температуры и влажности, механическое трение), нарушающий барьерную функцию кожи и создающий благоприятные условия для пролиферации клеща Demodex на фоне гиперактивации оси TLR2/LL-37. Совокупность данных эндогенных и экзогенных факторов формирует условия для отсроченной манифестации розацеа с выраженной гиперреактивностью и склонностью к хроническому течению.

Цель исследования. Оценить влияние долгосрочных (24-36 месяцев) постковидных изменений микроциркуляции и локального иммунитета на клинико-морфологическую картину, частоту рецидивов и ответ на терапию у пациентов с розацеа в амбулаторной дерматологической практике.

Материалы и методы исследования. Клинико-эпидемиологический анализ проведен на базе кабинета дерматокосметолога Городского кожно-венерологического диспансера (г. Алматы). В проспективное когортное исследование включены 58 пациентов в возрасте 32–55 лет с верифицированным диагнозом розацеа. Диагноз COVID-19 в анамнезе подтверждался по данным ПЦР-тестирования и/или уровню антител. Основную группу составили 34 пациента с манифестацией или тяжелым обострением дерматоза через 24–36 месяцев после перенесенной инфекции COVID-19. Контрольная группа - 24 пациента без COVID-19 в анамнезе. Программа обследования включала: индекс IGA, оценку синдрома чувствительной кожи, дерматоскопию и микроскопическое исследование соскоба на Demodex spp.

Результаты исследования. Отсроченная постковидная розацеа демонстрирует сложный дерматологический фенотип. При доминировании эритематозно-телеангиэктатического подтипа (76,4% в основной группе) у 41% пациентов отмечалось стремительное присоединение папуло-пустулезных элементов.

Выраженный синдром гиперреактивной кожи зафиксирован у 88% пациентов: жалобы на гиперестезию и острую сосудистую реакцию на привычные раздражители носили стойкий характер вследствие постковидной нейроваскулярной дисрегуляции. В основной группе зафиксирован случай тяжелой манифестации офтальморозацеа, ассоциированной с высокой экспрессией рецепторов ACE2 на конъюнктиве и в эпителии мейбомиевых желез: вирус-индуцированная ишемия и продукция VEGF привели к телеангиэктазии ресничного края. Клинически значимая колонизация Demodex folliculorum выявлена у 68% пациентов основной группы, что коррелировало с регулярным использованием защитных масок и усугублением дисфункции эпидермального барьера. Важнейшей характеристикой постковидной когорты стало торпидное течение с затяжными рецидивами: у 52,9% пациентов (18 из 34) зафиксирована клинически значимая резистентность к стандартной местной терапии, что потребовало более раннего назначения системного лечения – антибактериальных препаратов тетрациклинового ряда и малых доз системных ретиноидов.

Выводы. Инфекция SARS-CoV-2 является предиктором формирования тяжелых, часто рецидивирующих фенотипов розацеа в отсроченном периоде. Синергизм нейроваскулярной дисрегуляции, окклюзионного «масочного фактора» (способствующего демодекозной колонизации) и повреждения эпидермального барьера обусловливает существенное снижение ответа на базовую местную терапию. Наличие затяжных форм и экстракутанных осложнений (офтальморозацеа) диктует необходимость отказа от топической монотерапии. Стратегия ведения должна включать своевременный перевод на системную терапию, деликатную корнеотерапию, системные ангиопротекторы и аппаратные световые методы (IPL/лазер) для коагуляции патологически измененных сосудов.

* * *

РОЗАЦЕА: ФОТОПРОТЕКЦИЯ КАК ОСНОВА ТЕРАПИИ

Салаева С.З.
КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Розацеа — хроническое воспалительное заболевание, поражающее преимущественно центральную зону лица и существенно снижающее качество жизни пациентов. Патогенез заболевания мультифакториален, однако ультрафиолетовое (УФ) излучение является ведущим триггерным фактором. В последние годы получены новые данные о роли не только УФ-, но и видимого света (400 - 700 нм), особенно его высокоэнергетичной синей составляющей (400 - 490 нм), который способен вызывать эритему и усугублять течение розацеа. В связи с этим фотопротекция рассматривается не как вспомогательная мера, а как обязательная основа комплексной терапии.

Цель. Обосновать ключевую роль фотопротекции в терапии розацеа и оптимизировать алгоритм выбора солнцезащитных средств для данной категории пациентов.

Материалы и методы. Проведен анализ литературы (PubMed, Scopus, eLibrary) за период 2020-2026 гг. по ключевым словам: rosacea, photoprotection, ultraviolet, blue light, SPF, tinted sunscreen, adherence.

Результаты и их обсуждение. Патогенетическое обоснование фотопротекции. УФ-излучение и видимый свет запускают каскад патологических реакций, характерных для розацеа: УФ-лучи, воздействуя на клеточном уровне, способствуют окислительному стрессу и повреждению ДНК; это приводит к повышению уровня провоспалительного пептида LL-37, матриксных металлопротеиназ (MMP), вызывающих деградацию дермального матрикса, и фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), индуцирующего их пролиферацию и расширение. В результате формируются эритема, телеангиэктазии и воспалительные элементы. Видимый свет, особенно синий спектр, активирует опсин-3-опосредованные сигнальные пути в кератиноцитах и меланоцитах, вызывая окислительный стресс.

Эффективные стратегии фотопротекции. Для пациентов с розацеа предпочтительны минеральные (физические) фильтры (диоксид титана, оксид цинка). В отличие от химических фильтров, они действуют на поверхности кожи, практически не всасываются, реже вызывают раздражение и жжение. Кроме того, оксид цинка обладает противовоспалительными свойствами, что особенно ценно при розацеа.

Особого внимания заслуживают тонированные солнцезащитные средства, содержащие оксиды железа. Они обеспечивают защиту от видимого света, эффективно блокируя до 80-97% его излучения, а пигменты зеленого оттенка визуально нейтрализуют покраснения и повышают комплаенс за счет косме-

тического эффекта маскировки. В руководствах последних лет тонированные средства с оксидами железа рекомендованы для всех фототипов кожи у пациентов с розацеа.

Приверженность фотопротекции. По результатам исследований, пациенты с розацеа демонстрируют более высокую приверженность фотозащите по сравнению с контролем. Однако качество жизни и регулярность использования SPF напрямую зависят от правильного понимания своей болезни и уровня информированности: предоставление пациентам детальной информации обоснованно повышает приверженность к защите от солнца. Ключевые барьеры комплаенса - финансовые ограничения и косметическая неприемлемость, что требует комплексного подхода, включающего наряду с использованием солнцезащитных средств также методы физической защиты (зонты, головные уборы, пребывание в тени).

Выводы. Контроль розацеа невозможен без строгой фотопротекции. На основе современных данных рекомендован следующий алгоритм:

1. ежедневное использование средства с SPF ≥50;
2. выбор физических (минеральных) фильтров с высоким уровнем защиты от UVA и UVB;
3. предпочтение тонированных средств с оксидами железа для дополнительной защиты от видимого света и маскировки эритемы;
4. активное информирование пациентов для повышения приверженности терапии.

* * *

НЕЙРОПАТИЧЕСКИЙ ЗУД ПРИ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С ПСИХОГЕННЫМ ЗУДОМ

Сафронов П.Г., Кытько Е.Н., Юнкер Е.А., Попова А.О.
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Актуальность. Постгерпетическая невралгия (ПГН) часто сопровождается нейропатическим зудом (НЗ), который встречается у 28-78,9% пациентов. Игнорирование этого симптома ведет к диагностическим ошибкам, поскольку НЗ клинически неотличим от психогенного зуда: в обоих случаях отсутствуют первичные элементы сыпи, а антигистаминные препараты неэффективны. Принципиальная разница в патогенезе (негистаминергические механизмы и центральная сенситизация против психогенных факторов) требует разных схем лечения, что определяет необходимость дифференциальной диагностики этих состояний.

Цель. Определить клинические и патогенетические дифференциально-диагностические критерии постгерпетического и психогенного зуда для оптимизации терапевтической тактики.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор научных статей в базах данных PubMed и Scopus за последние 5 лет. Проанализировали 15 статей, использовали 5 статей для написания обзорной работы.

Результаты и обсуждение. Согласно данным литературы, у 28-78,9% пациентов с постгерпетической невралгией развивается НЗ, который нередко ошибочно трактуется как психогенный. Ключевым дифференциальным признаком выступает патогенез: в основе НЗ лежит прямое вирусное повреждение сенсорных нейронов с потерей до 96% эпидермальных нервных окончаний в зоне поражения, тогда как психогенный зуд лишен органического субстрата и манифестирует исключительно на фоне психоэмоционального стресса. Важным диагностическим аспектом является неэффективность антигистаминных препаратов при обеих формах зуда, что часто ведет к диагностическим ошибкам. Однако терапевтический ответ принципиально различается: при НЗ эффективны габапентиноиды и местные анестетики, при психогенном зуде - психотропная терапия (антидепрессанты, анксиолитики). Дополнительным критерием разграничения служат результаты электронейромиографии: признаки нейропатии выявляются только при НЗ. Полученные данные подчеркивают необходимость обязательной дифференциальной диагностики двух состояний для выбора рациональной тактики лечения.

Выводы. Наибольшие результаты достигаются при дифференцированном подходе с учетом патогенетического варианта зуда и данных инстру-

ментального обследования. Перспективы направления связаны с разработкой стандартизированных диагностических алгоритмов и комбинированных протоколов терапии. Дифференциальная диагностика постгерпетического и психогенного зуда остается ключевым условием выбора рациональной тактики лечения, сочетающей эффективность и безопасность применения.

* * *

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИФИЛИСОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД С 2015 ПО 2024 ГОД

Семена И.И., Семена А.А.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Сифилис остается одной из наиболее значимых инфекций, передающихся преимущественно половым путем, и представляет серьезную медико-социальную проблему, обусловленную хроническим течением, многообразием клинических проявлений и риском развития тяжелых осложнений, включая поражение внутренних органов и нервной системы. Несмотря на проводимые профилактические и противоэпидемические мероприятия, заболеваемость сифилисом сохраняет актуальность, что связано с изменениями поведенческих факторов риска, миграционными процессами, а также неоднородностью доступности медицинской помощи. Особое значение имеет анализ первичной заболеваемости, отражающей интенсивность распространения инфекции и позволяющей оценить эффективность мер по ее раннему выявлению и профилактике. В связи с этим изучение динамики первичной заболеваемости сифилисом представляет научный и практический интерес.

Цель. Оценка динамики первичной заболеваемости сифилисом населения Российской Федерации.

Материалы и методы. Статистические материалы отчетных документов Федеральной службы государственной статистики РФ в период с 2015 по 2024 год. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных методов медицинской статистики с применением программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Установлено, что показатель первичной заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения Российской Федерации составил 23,4 случаев в 2015 г., 10,4 случаев в 2020 г., 14,4 случаев в 2021 г., 18,9 случаев в 2022 г., 17,7 случаев в 2023 г. и 17,1 случаев в 2024 г. В период с 2015 по 2024 год зарегистрировано снижение показателя на 26,9% (с 23,4 до 17,1 случаев на 100 тыс. населения). Динамика показателя характеризуется выраженной вариабельностью. В 2020 году отмечено снижение заболеваемости на 55,6% по сравнению с 2015 годом (с 23,4 до 10,4 случаев на 100 тыс. населения). В 2021 году был зарегистрирован рост показателя на 38,5% (с 10,4 до 14,4 случаев на 100 тыс. населения), в 2022 году – на 31,3% (с 14,4 до 18,9 случаев на 100 тыс. населения). В последующие годы наблюдалась тенденция к снижению: в 2023 году – на 6,3% (с 18,9 до 17,7 случаев на 100 тыс. населения), в 2024 году – на 3,4% (с 17,7 до 17,1 случаев на 100 тыс. населения).

Общее число впервые выявленных случаев сифилиса снизилось с 34,4 тыс. в 2015 году до 25,1 тыс. в 2024 году, несмотря на межгодовые колебания (снижение на 27,0%).

Среднегодовой темп снижения показателя первичной заболеваемости сифилисом составил 6,1%. По результатам линейной регрессии установлена тенденция к снижению уровня первичной заболеваемости, несмотря на наличие межгодовых колебаний.

Выводы. Таким образом, в период с 2015 по 2024 год в Российской Федерации отмечается снижение первичной заболеваемости сифилисом примерно на четверть. Динамика показателя носит волнообразный характер с минимальными значениями в 2020 году и последующим частичным ростом в период с 2021 по 2022 год с дальнейшей стабилизацией. Выявленная тенденция к снижению свидетельствует о положительных сдвигах в эпидемиологической ситуации, однако сохраняющиеся межгодовые колебания указывают на нестабильность эпидемиологического процесса. Полученные результаты обосновывают необходимость дальнейшего эпидемиологического мониторинга и совершенствования профилактических и противоэпидемических мероприятий.

* * *

СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ВАРИАНТА ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Сидоренко Е.Е., Близняков Н.Д.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Грибовидный микоз — одна из форм Т-клеточной лимфомы кожи, поражающая преимущественно кожу. Заболевание характеризуется пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами, обычно встречается у пациентов в возрасте 55–60 лет. Соотношение мужчин и женщин — 2:1, распространенность у детей крайне мала и составляет менее 5 %. Этиология грибовидного микоза окончательно не установлена. Основной гипотезой является хроническая антигенная стимуляция, при которой происходит неконтролируемая клональная пролиферация и накопление неопластических Т-клеток в коже. Обсуждается роль суперантигенов золотистого стафилококка, а также антигенов вирусов Эпштейна–Барр, цитомегаловируса и ВИЧ. Клиническая картина зависит от стадии процесса и может быть представлена пятнами, бляшками, узлами ярко-красного, оранжевого или синюшно-фиолетового цвета. При классической форме Алибера-Базена выделяют 3 стадии: эритематозно-сквамозную, инфильтративно-бляшечную, опухолевую. Трудности дифференциальной диагностики заключаются в том, что клиническая картина может быть схожа с дерматологическими заболеваниями, такими как экзема, псориаз, отрубевидный лишай, в связи с чем зачастую диагноз устанавливается на поздней стадии. Золотым стандартом диагностики грибовидного микоза является панч-биопсия, а также иммуногистохимическое исследование, которые позволяют определить иммунофенотип опухолевых клеток. К основным методам лечения грибовидного микоза относятся топические глюкокортикостероиды, агонисты toll-like рецепторов, топическая химиотерапия, фототерапия, лучевая терапия, системные ретиноиды, цитокины, моноклональные антитела, химиотерапия. Единственный метод излечения — аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Цель исследования. Описание редкого варианта грибовидного микоза, который представляет трудности дифференциальной диагностики с некоторыми хроническими дерматологическими заболеваниями и, в связи с этим, требует верного подхода в диагностическом поиске при обращении к дерматологу.

Материалы и методы. Нами описан клинический случай ювенильного варианта грибовидного микоза. Пациент Д., 15 лет, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на коже верхней половины туловища, которые наблюдались более года и со временем распространялись, появление высыпаний ни с чем не связывал. При осмотре патологический процесс был представлен пятнами овальной формы ярко-красного цвета с оранжевым оттенком, с четкими границами и мелкопластинчатым шелушением, дополнительно установлены

фолликулярный кератоз и акне. Пациент ранее неоднократно консультирован дерматологом по месту жительства, устанавливался диагноз атопический дерматит, проводилось лечение топическими глюкокортикостероидами с временным эффектом, высыпания полностью не разрешались. Наследственный анамнез по кожным заболеваниям не отягощен. В детстве кожными заболеваниями не страдал. В октябре 2025 года была проведена панч-биопсия, заключение от 27.10.2025 г.: Гистологические изменения могут соответствовать грибовидному микозу. Пациенту дополнительно также было выполнено иммуногистохимическое исследование, результат от 06.11.2025 г.: морфологические изменения и иммунофенотип клеток инфильтрата соответствуют грибовидному микозу, CD8+ фенотипу, характерному для ювенильного варианта заболевания. После получения результатов было принято решение направить пациента к детскому онкологу для определения дальнейшей тактики ведения и дообследования. По результатам ПЭТ-КТ от 15.12.2025 г. данных о наличии патологической ткани с гиперметаболической активностью 18F-ФДГ не получено; в общем анализе крови от 05.11.2025 г. повышение гематокрита; увеличение лимфатических узлов и изменение структуры и размеров органов брюшной полости по данным УЗИ от 25.11.2025 г. не выявлены.

Результаты и обсуждение. Пациенту установлен окончательный диагноз: Грибовидный микоз (CD8+ педиатрический вариант), IB стадия и назначена узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия курсом 35 процедур через день с достижением регресса высыпаний.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует необходимость проведения дерматологом тщательной дифференциальной диагностики высыпаний и важность гистологического исследования для выявления онкологических заболеваний, поражающих кожу, на ранней стадии.

Ключевые слова: *лимфома кожи, онкология, иммуногистохимия, гистология.*

* * *

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАЗА ИНТЕРТРИГИНОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Силина Л.В., Часовских Е.Е.
ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России,
г. Курск

Актуальность. Интертригинозный псориаз (inverse psoriasis) — одна из наиболее диагностически сложных форм дерматоза в педиатрической практике. У детей 1–3 лет клиническая настороженность в отношении данного диагноза остается низкой, что связано с редкой встречаемостью и анатомо-физиологическими особенностями детской кожи: склонностью к мацерации, частым присоединением грибковой и бактериальной флоры, нивелирующих классическую псориатическую триаду. Локализация процесса в пахово-бедренных, межъягодичной и аксиллярных областях создает общность клинической картины не только с аллергическим дерматитом, но и с кандидозной инфекцией, стрептококковой опрелостью, себорейным дерматитом. По данным литературы, отсрочка постановки верного диагноза достигает 6–8 месяцев, в течение которых пациенты получают неэффективную терапию. Отсутствие своевременной верификации повышает риск прогрессирования дерматоза и развития осложнений.

Цель исследования. Определение клинико-дерматоскопических и лабораторных предикторов интертригинозного псориаза у детей 1,5–3 лет для оптимизации дифференциальной диагностики с иными дерматозами крупных складок.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 15 пациентов (8 мальчиков, 7 девочек) в возрасте от 18 месяцев до 3 лет (средний возраст 2,1 ± 0,6 года) с 2023 по 2025 год. Критерии включения: стойкая эритематозная сыпь в области крупных складок продолжительностью не менее 4 недель, рефрактерная к предшествующей терапии. Диагностический алгоритм включал: сбор генеалогического анамнеза, физикальный осмотр с оценкой псориатической триады и характера высыпаний, дерматоскопию (×20), микроскопию соскоба на грибы, бактериологический посев отделяемого. Статистическая обработка ввиду малой выборки носила описательный характер.

Результаты исследования. На основании комплексного клинико-лабораторного и морфологического сопоставления исследуемая когорта распределилась следующим образом: Интертригинозный псориаз (n=2, 13,3%). В обоих случаях выявлен отягощенный семейный анамнез по псориазу у родственников первой линии. Клинически определялась четко отграниченная «лакированная» эритема насыщенно-розового цвета без выраженной мацерации, мокнутия и сателлитных пустул. Феномен Ауспитца положителен при поскабливании краевой

зоны. Дерматоскопически — полиморфные сосуды по типу «красных глобул». Микроскопия на грибы и бактериологический посев отрицательны. Аллергический дерматит (n=8, 53,3%). Высыпания носили разлитой характер с нечеткими границами, выраженным мокнутием и серозно-геморрагическими корками. Доминировал интенсивный зуд с множественными экскориациями. Дерматоскопически — воспалительная эритема без капиллярной атипии. Кандидозное интертриго (n=2, 13,3%). Очаги характеризовались наличием сателлитных пустул и шелушащихся элементов по периферии основного очага, поверхность — влажная, с творожистым налетом. Диагноз подтвержден обнаружением псевдомицелия при микроскопии соскоба. Стрептококковая опрелость (n=1, 6,7%). Клинически определялась резко отграниченная яркая эритема с фестончатыми краями, поверхностными эрозиями и скудным серозным отделяемым. Бактериологический посев выявил β-гемолитический стрептококк группы А. Себорейный дерматит (n=1, 6,7%). Поражение складок сочеталось с характерными желтоватыми жирными чешуйками на волосистой части головы и в заушных областях. Дерматоскопически — неспецифическая эритема с усилением сосудистого рисунка.

Выводы. Интертригинозный псориаз у детей 1,5–3 лет необходимо дифференцировать с широким спектром состояний: аллергическим дерматитом, кандидозным интертриго, стрептококковой опрелостью, себорейным дерматитом. Ключевыми критериями псориатической природы служат: отягощенный семейный анамнез, четкие границы очага с «лакированной» поверхностью при отсутствии сателлитных пустул, отрицательные результаты микробиологического и микологического исследований, а также дерматоскопический паттерн «красных глобул». Длительная ошибочная трактовка псориаза как иного дерматоза ведет к необоснованной терапии, в связи с чем патоморфологическое исследование биоптата кожи должно рассматриваться как обязательный компонент диагностического алгоритма при отсутствии клинического ответа на 10-дневный курс таргетного лечения.

* * *

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА И БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ – СОЧЕТАЕМ НУЖНОЕ, СОВРЕМЕННОЕ, ЭФФЕКТИВНОЕ

Соколовский Е.В.
ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ м. И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Современный подход к проведению наружной терапии дерматологических пациентов предполагает сочетанное назначение фармакологических препаратов и средств базисного ухода/базисной терапии, что обеспечивает не только повышение эффективности терапии рецидива хронического дерматоза, уменьшение вероятности развития побочных эффектов (напр. за счет снижения продолжительности применения тГКС при сочетании со средствами базисной терапии или побочных эффектов ретиноидов при системном/местном назначении), лучшую переносимость фармакологических препаратов, но и оказывает влияние на длительность и частоту развития рецидивов дерматоза при правильном назначение средств базисной терапии/базисного ухода. Это связано с введением в состав современных средств базисной терапии/базисного ухода компонентов, обеспечивающих коррекцию/нормализацию нарушенных воспалительным процессом функций кожи. Такие активные компоненты могут быть как синтезированными молекулами, так и нелекарственными ингредиентами растительного или бактериального происхождения (напр. сапонины, флавоноиды, рибофлавины из экстракта овса, очищенного от белка, лизаты лактобактерий, пропионовокислых бактерий и др.). Такие современные средства эффективны и способны оказывать терапевтическое влияние за счет их патогенетического воздействия на кожу, применяются пациентам с острыми и хроническими дерматозами, как на этапе лечения в острой стадии, так и в стадии ремиссии, доказана их роль в профилактике обострений заболеваний (атопического дерматита, псориаза, акне и др.).

Препараты кальципотриола — мировой стандарт в наружном лечении псориаза, могут использоваться как монотерапия, так и сочетаться с другой топической терапией, различными видами системного лечения и фототерапии, использоваться в качестве поддерживающей терапии. Отечественный препарат Депсориол в форме лосьона или крема, содержащий Кальципотриол 0,005% + Дикалий глицирризинат, может применяться на всех этапах ведения пациентов с псориазом. Калипотриол оказывает патогенетическое действие - дозозависимое торможение пролиферации кератиноцитов, нормализует нарушенную дифференцировку кератиноцитов, регулирует иммунный ответ, влияет на активацию Т-лимфоцитов. Дикалия глицирризинат дает дополнительный противовоспалительный и антиоксидантный эффект. Депсориол способен уменьшать потребность в кортикостероидах. Используется как для монотерапии, так и для

сочетанной терапии в комбинации с топическими ГКС. Депсориол наносят наружно 1-2 раза в сутки. тГКС рекомендуется наносить через 1 час после нанесения Депсориола. Рекомендованный курс терапии 6-8 недель. Терапевтический эффект обычно наблюдается через 1-2 недели от начала лечения.

При псориазе коже особенно важен бережный уход за пораженной кожей - необходимо регулярно использовать мягкие очищающие средства и специальные увлажняющие кремы. Именно такие средства входят в состав линейки Депсориол Уход. Очищение кожи с помощью геля и шампуня для волос помогают избавиться от внешних загрязнений и избытка кожного сала, подготавливают кожу для нанесения лекарственных препаратов и средств базисной терапии. Увлажняющие эмульсия и крем защищают кожный покров от чрезмерной сухости, борются с шелушением, чувством стянутости, возвращают комфорт и повышают качество жизни пациента, а также восстанавливают липидный барьер. В средства Уходовой линейки Депсориол в различных комбинациях входят следующие компоненты: салициловая кислота — мягко отшелушивает омертвевшие клетки кожи; экстракт куркумы - успокаивает кожу, запускает процесс ее восстановления; натуральные масла ши, семян пенника лугового — увлажняют, питают и восстанавливают кожу; мочевина — обеспечивает гидратацию; бетаин — защищает клетки от дегидратации; мягкие ПАВ — бережно очищают кожу, сохраняя ее липидный слой; Д-пантенол, аллантоин - способствуют регенерации, увлажняют кожу; пироктон оламин — противогрибковый и противомикробный ингредиенты; гидроксиэтилмочевина — современная формула мочевины, обеспечивающая гидратацию, поддерживает естественный водный баланс кожи; церамиды —физиологические липиды, восстанавливающие эпидермальный барьер; ниацинамид —улучшает микроциркуляцию; полидоканол — снижает чувствительность рецепторов; дикалий глицирризинат — обладает выраженными успокаивающими свойствами. Такое сочетание компонентов в составе средств обеспечивает комплексное лечебное действие – сочетание противовоспалительного эффекта, восстановление нарушенного воспалением защитного барьера кожи; мягкое кератолитическое воздействие; увлажняющий, восстанавливающий и успокаивающий эффекты. Проверенные комбинации обеспечивают универсальность и безопасность применения линейки Депсориол Уход.

Сочетанное назначение фармакологических препаратов и средств базисного ухода/базисной терапии расширяет возможности применения современных и эффективных инструментов терапевтического воздействия при лечении хронических рецидивирующих дерматозов.

* * *

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭСТЕТИЧЕСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Толыбекова А.А., Вишня П.А.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

В настоящее время пациенты онкологического профиля все чаще сталкиваются с такими побочными эффектами как алопеция, изменения на коже и слизистых, нарушение пигментации, сухость и чувствительность кожи. В данной ситуации важно понимать, что все побочные эффекты временны, а скорость реабилитации индивидуальна. К сожалению, пациенты онкологического профиля очень часто сталкиваются с отказом при обращении к дерматокосметологам. Основная причина отказов – это отсутствие юридической зищищенности, единых протоколов и клинических рекомендаций.

Цель исследования. Изучение особенностей эстетической реабилитации у пациентов онкологического профиля.

Материалы исследования. Клиническое наблюдение за пациентами, литературные данные.

Методы исследования. Для онкологических пациентов косметологическое сопровождение — это не только эстетика, но и улучшение психоэмоционального фона, качества жизни, социальной адаптации. С этой целью могут применяться мануальные техники, пилинги, инъекционные методы, ботулинотерапия, некоторые виды аппаратных процедур.

Выводы. На сегодняшний день отмечается тенденция к «омоложению» онкологических заболеваний, внедрение новых эффективных методов, приводит к развитию побочных эффектов, а также все чаще отмечается желание пациентов улучшить свой внешний вид. Важно понимать, что решение о проведении любой процедуры принимается совместно с лечащим врачом-онкологом, необходимо разработка и внедрение протоколов по эстетической коррекции онкологических пациентов для врачей дерматокосметологов, эстетическая коррекция онкологических пациентов – это важная часть реабилитации данной категории пациентов.

* * *

АКНЕ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Толыбекова А.А., Умарова Ф.И., Тулкиева М.В.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Акне являются одним из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний кожи, поражающим до 85% подростков и значительную часть взрослого населения. Согласно данным современных исследований PubMed, акне тесно связаны с метаболическими, эндокринными и гастроэнтерологическими нарушениями. У пациентов с акне чаще выявляются ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром и синдром поликистозных яичников (СПКЯ). По данным исследований, распространенность акне среди женщин с СПКЯ достигает 43–49%. Инсулинорезистентность способствует повышению уровня IGF-1, усилению продукции кожного сала и фолликулярной гиперкератинизации. В последние годы также активно изучается ось «кишечник–кожа», согласно которой хронические заболевания желудочно-кишечного тракта способны поддерживать системное воспаление и ухудшать течение акне.

Цель клинического исследования. Изучение клинических особенностей течения акне у пациентов с ожирением, синдромом поликистозных яичников и язвенной болезнью желудка.

Материалы исследования. Проведено клиническое наблюдение пациентов с акне и сопутствующими заболеваниями, обратившихся на консультативный прием к дерматологу.

№1 Клинический случай.

Пациентка С.А., 24 года, обратилась с жалобами на множественные воспалительные высыпания в области подбородка и нижней трети лица, повышенную жирность кожи, появление болезненных элементов перед менструацией. Из анамнеза: нерегулярный менструальный цикл, увеличение массы тела в течение последних трех лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Status localis: патологический кожный процесс хронический. Локализуется преимущественно в нижней трети лица. Представлен множественными папулами, пустулами, закрытыми комедонами и поствоспалительной гиперпигментацией. Кожа жирная, поры расширены.

При дополнительном обследовании выявлены признаки гиперандрогении и синдром поликистозных яичников.

№2 Клинический случай.

Пациент М.К., мужчина, 31 год, обратился с жалобами на распространенные высыпания на лице, груди и спине. Из анамнеза: страдает ожирением I степени. Высыпания появились в подростковом возрасте и усилились на фоне увеличения массы тела. Объективно: общее состояние удовлетворительное.

Status localis: патологический кожный процесс распространенный, хронический воспалительный. На коже лица, груди и спины множественные папулы, пустулы, единичные узловатые элементы, выраженная себорея. Лабораторно выявлены признаки инсулинорезистентности.

№3 Клинический случай.

Пациент К.Н., мужчина, 27 лет, обратился с жалобами на рецидивирующее течение акне средней степени тяжести. Из анамнеза: страдает язвенной болезнью желудка в течение 4 лет. Отмечает ухудшение состояния кожи в периоды обострения основного заболевания. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Status localis: на коже лица определяются воспалительные папулы, пустулы, открытые и закрытые комедоны, единичные поствоспалительные пятна. Течение заболевания волнообразное.

Методы исследования: клинический осмотр, оценка степени тяжести акне, определение индекса массы тела, лабораторные исследования, консультации эндокринолога, гинеколога и гастроэнтеролога.

Результаты. У пациентов с ожирением отмечалось более тяжелое течение акне и большая распространенность воспалительных элементов. У пациенток с СПКЯ преобладала локализация высыпаний в нижней трети лица и выявлялись признаки гиперандрогении. У пациентов с язвенной болезнью желудка наблюдалось хроническое рецидивирующее течение заболевания.

Выводы. Полученные данные подтверждают тесную связь акне с метаболическими, эндокринными и гастроэнтерологическими нарушениями. Ожирение и инсулинорезистентность способствуют более тяжелому течению заболевания. СПКЯ является одним из наиболее значимых коморбидных состояний у женщин с акне. Заболевания желудочно-кишечного тракта могут поддерживать хроническое воспаление и ухудшать течение дерматоза. Комплексное обследование пациентов позволяет повысить эффективность диагностики и лечения.

* * *

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ (НИЗКОТЕМПЕРАТУРНАЯ АРГОНОВАЯ ПЛАЗМА + УФБ-311) И МОНОТЕРАПИИ УФБ-311 В ЛЕЧЕНИИ НЕСЕГМЕНТАРНОГО ВИТИЛИГО

Уаили Н., Ломоносов К.М.
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ Им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Актуальность. Узкополосная УФБ-терапия 311 нм является методом первой линии при несегментарном витилиго, однако репигментация развивается медленно, а часть пациентов демонстрирует недостаточный ранний ответ. Данные о применении низкотемпературной аргоновой плазмы в сочетании с фототерапией при несегментарном витилиго практически отсутствуют, тогда как взаимодополняющий характер механизмов обоих методов обосновывает целесообразность их комбинирования.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность комбинированного применения низкотемпературной аргоновой плазмы и УФБ-311 нм в сравнении с монотерапией УФБ-311 нм у пациентов с несегментарным витилиго по динамике индекса VASI и качества жизни (VitiQoL) на протяжении 8 недель и через 1 месяц после завершения лечения.

Методы. В проспективное нерандомизированное контролируемое сравнительное исследование включали взрослых пациентов с несегментарным витилиго при наличии оцениваемых по VASI депигментированных очагов. Исключали пациентов с сегментарной и смешанной формами, беременных, лиц с фотодерматозами, системными иммуносупрессантами в анамнезе и онкологическими заболеваниями кожи. Пациенты основной группы получали обработку очагов установкой «Плазморан» с последующим сеансом УФБ-311 нм, группа сравнения получала монотерапию УФБ-311 нм. Лечение проводилось 3 раза в неделю в течение 8 недель. Оценка выполнялась исходно, через 4 и 8 недель и через 1 месяц после завершения терапии.

Результаты. Включено 60 пациентов, все завершили наблюдение. В основной группе медианное значение VASI снизилось с 3,8 до 2,3 балла к 8-й неделе (снижение на 39,5%), в группе сравнения с 4,1 до 3,1 балла (24,4%); разница между группами составила 0,5 балла [95% ДИ 0,04–0,96], $p = 0,03$. Через 1 месяц различие сохранялось (2,1 против 2,9 балла, $p = 0,04$). По VitiQoL медианный показатель к 8-й неделе составил 30,5 против 35,0 балла ($p = 0,04$), через 1 месяц 28,0 против 33,5 балла ($p = 0,03$). Преимущество комбинированного режима было значимым при неакральной локализации и длительности заболевания менее 5 лет. Нежелательные явления зарегистрированы у 7 из 28 пациентов основной группы и у 5 из 32 группы сравнения; все носили транзиторный характер и разрешались самостоятельно.

Выводы. Комбинирование низкотемпературной аргоновой плазмы с УФБ-терапией 311 нм обеспечивает статистически значимо более выраженное снижение VASI и улучшение качества жизни по сравнению с монотерапией. Исследование носит пилотный характер, выполнено в нерандомизированном дизайне с коротким катамнезом, что ограничивает обоснованность выводов и требует проведения рандомизированного контролируемого исследования.

* * *

ОНИХОМИКОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПСОРИАЗОМ: КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ УРОВНЕМ ИНДУЦИРОВАННОГО IFN-Г И РЕЗУЛЬТАТАМИ МИКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОГТЕЙ

Федорова А.О., Корнишева В.Г., Фролова Е.В., Учеваткина А.Е., Шурпицкая О.А., Свиридова К.В., Разнатовский К.И.
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность. Поражение ногтевых пластин является одним из наиболее частых клинических проявлений псориаза и нередко сопровождается развитием онихомикоза. Клиническое сходство псориатической ониходистрофии и микотического поражения ногтей существенно затрудняет дифференциальную диагностику данных состояний и выбор рациональной терапевтической тактики. В настоящее время значительный интерес представляет изучение иммунологических механизмов сочетанного течения псориаза и онихомикоза, в частности изменений продукции интерферона-γ (IFN-γ), являющегося одним из ключевых медиаторов Th1-опосредованного клеточного иммунного ответа и антимикотической защиты.

Цель исследования. Оценить особенности интерферонового статуса у пациентов с псориазом в зависимости от наличия микологически подтвержденного онихомикоза.

Материалы и методы. В исследование включены 54 пациента с псориазом и поражением ногтевых пластин. Основную группу составили 18 пациентов с микологически подтвержденным онихомикозом, группу сравнения — 36 пациентов с псориатической ониходистрофией с отрицательным микологическим исследованием. Проведен анализ показателей интерферонового статуса с оценкой IFN-α и IFN-γ (спонтанного и индуцированного), а также индексов PASI, NAPSI и DLQI. Ногтевые чешуйки исследовали культурально с посевом на среду Сабуро и методом прямой микроскопии. Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов. Результаты представлены в виде медианы и квартилей — Me [Q1;Q3].

Результаты и обсуждение. У пациентов с псориазом и микологически подтвержденным онихомикозом выявлены статистически значимые различия по индексу PASI по сравнению с пациентами без онихомикоза. Значение PASI в основной группе составило 33,4 [24,8;42,7] балла против 30,3 [25,2;36] балла в группе сравнения ($p<0,05$).У пациентов в основной группе статистически значимо чаще регистрировалась длительность псориаза более 10 лет по сравнению с группой без онихомикоза (88,9% и 61,9% соответственно; $p<0,05$).

При исследовании интерферонового статуса выявлено достоверное снижение уровня индуцированного IFN-γ у пациентов с микологически подтвержденным онихомикозом по сравнению с пациентами без онихомикоза: 440 [278;772] пг/мл против 1200 [760;1800] пг/мл соответственно ($p<0,05$). Снижение уровня индуцированного IFN-γ менее 500 пг/мл достоверно чаще регистрировалось у пациентов основной группы и выявлялось у 55,6% пациентов против 9,5% пациентов группы сравнения ($p<0,05$).

Статистически значимые различия между группами также выявлены по индексу NAPSI, отражающему степень поражения ногтевых пластин. Значение NAPSI в основной группе составило 98 [86;114] против 79 [64;92] в группе сравнения ($p<0,05$). По показателю качества жизни DLQI также установлены статистически значимые различия: 21 [18;25] против 16 [12;20] соответственно ($p<0,05$).

Выявлена отрицательная корреляция средней силы между индексом NAPSI и уровнем индуцированного IFN-γ ($r=-0,43$; $p<0,05$), что свидетельствует о статистически значимой взаимосвязи выраженности поражения ногтевых пластин и снижения продукции IFN-γ.

Выводы. У пациентов с псориазом и микологически подтвержденным онихомикозом выявлено снижение индуцированной продукции IFN-γ, ассоциированное с более выраженным поражением ногтевых пластин и ухудшением качества жизни. Полученные данные подтверждают возможность использования индуцированного IFN-γ в качестве дополнительного иммунологического критерия при диагностике онихомикоза у пациентов с псориазом.

* * *

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, НАПРАВЛЕННОГО НА МЕХАНИЗМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕЙРОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Чукова А.С., Попова А.О., Исакова Т.А., Моисеенко А.А.
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ Им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Актуальность. Атопический дерматит (АД) традиционно рассматривается как Th2-опосредованное воспалительное заболевание кожи. Однако в патогенезе зуда при АД ключевую роль играет нейрогенное воспаление – результат чрезмерной плотности сенсорных нервных волокон в очаге поражения, повышения высвобождения нейропептидов (субстанция P, CGRP), взаимодействующих с клетками кожи (кератиноциты, тучные клетки) через TRPV-ионные каналы. Игнорирование нейрогенного компонента ведет к сохранению зуда и воспаления даже при успешном контроле классических иммунных механизмов. Это требует пересмотра терапевтических стратегий и интеграции мишеней, направленных на нейроиммунную ось.

Цель. Определить перспективные терапевтические мишени и стратегии лечения атопического дерматита, направленные на механизм хронического нейрогенного воспаления.

Материалы и методы. Проведен систематический поиск научных статей в базах данных PubMed и Scopus.Проанализированы обзоры и оригинальные исследования, посвященные роли нейрогенного воспаления в патогенезе АД и таргетной терапии этого механизма.

Результаты и обсуждение. Согласно современным данным, кожа очага АД гипериннервирована, в ней наблюдается увеличение SP+ и CGRP+ нервных волокон, а также увеличение контактов между тучными клетками и нервными волокнами по сравнению с непораженной кожей. NGF и его рецептор значительно повышены в кератиноцитах пациентов с АД по сравнению с кератиноцитами здоровых людей, что способствует чрезмерному росту нейритов и увеличению доли нейритов, положительных по CGRP. Уровни NGF также повышены в плазме крови пациентов с АД и коррелируют с клинической тяжестью. В эпидермисе очага повышена выработка нейротрофина-4, а уровень мозгового нейротрофического фактора (BDNF) также повышен в плазме крови и эозинофилах пациентов с АД. Цитокины IL-31, IL-4, IL-13, IL-33 и TSLP управляют иммунным ответом и напрямую модулируют активность сенсорных нейронов, а Th2-цитокины потенцируют TRP-каналы, усиливая зуд и воспаление. Существует несколько перспективных мишеней и стратегий лечения АД, направленные на нейрогенное воспаление.

В частности, IL-31, IL-4, IL-13, IL-33 и TSLP являютсяцитокинами, которые играют значительную роль в нейрогенном воспалении при АД. IL-31 признан центральным медиатором зуда, передающим сигнал через рецептор IL-31RA/OSMR, экспрессируемый нейронами дорсальных ганглиев. Блокирование передачи сигналов этих цитокинов на уровне нейронов и иммунных клеток является патогенетически обоснованной стратегией.

Катионные каналы TRP (TRPV1, TRPA1, TRPV3, TRPV4) играют центральную роль в нейрогенном воспалении, зуде и боли. Th2-ассоциированные цитокины потенцируют эти каналы. Блокирование этих мишенейможет предотвратить переход острого процесса в хронический.

Нейропептиды, включая субстанцию P (SP), кальцитонин-ген-связанный пептид (CGRP) и вазоактивный интестинальный пептид (VIP), высвобождаются из сенсорных нервных окончаний и индуцируют дегрануляцию тучных клеток, способствуя инфильтрации нейтрофилов и Т-клеток. Блокада этих нейронов (например, через NK1-рецептор) может разорвать порочный круг нейрогенного воспаления.

Сигнальный путь JAK-STAT осуществляет передачу сигналов от многочисленных пруритогенных цитокинов. Ингибирование JAK-STAT влияет не только на иммунное воспаление, но и на периферические нервы, участвующие в трансдукции зуда. Данная стратегия связывает иммунные и нейрогенные механизмы заболевания.

Рецепторы семейства Mrgpr (Mas-related G protein-coupled receptors) также являются перспективной группоймишеней. MrgprX2 экспрессируется на тучных клетках и сенсорных нейронах, его активация запускает нейрогенное воспаление. Фармакологическая блокада MrgprX2 рассматривается как подход к подавлению воспаления. Другим вероятным рецептором, воздействие на который уменьшит генерацию зуда и воспаления, является PAR-2 (protease activated receptor 2).

Экспериментальные исследования выявили новые сигнальные молекулы ERAS1 (endothelial PAS domain 1) и нейрокинин B (NKB), которые являются ключевыми для продукции IL-31 и передачи зуда. Они могут стать основой для разработки препаратов нового поколения.

Фактор роста нервов (NGF) и нейротрофин-4 способствуют гипертрофии и гиперплазии нервных волокон в коже, снижая порог зуда и усиливая нейрогенное воспаление.

Выводы. Патогенез АД представляет собой сложную нейроиммунную ось, включающую множество взаимосвязанных молекул и путей. Перспективные терапевтические мишени охватывают не только провоспалительные цитокины, но и ионные каналы, нейропептиды, рецепторы G-белков и внутриклеточные сигнальные пути. Стратегия, нацеленная одновременно на несколько звеньев нейрогенного воспаления, может обеспечить более эффективный контроль заболевания.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСЛИНГВАЛЬНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ (ТЛНС) В ДЕРМАТОЛОГИИ

Шалыгина К.С.[1], Заславский Д.В.[2], Садыков А.И.[2], Петрова Е.В.[2], Булина О.В.[2]
[1]ГБУЗ «ЛенобЛЦентр»,
[2]ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России,
Санкт-Петербург

Актуальность. Транслингвальная нейростимуляция (ТЛНС) зарекомендовала себя как эффективный инструмент нейрореабилитации, демонстрируя положительное влияние на различные функции центральной нервной системы. Ее потенциал в коррекции психоэмоциональных и регуляторных нарушений открывает новые возможности для терапии заболеваний, лежащих на стыке неврологии и дерматологии, в частности — дерматитов, индуцированных или усугубленных хроническим стрессом. Несмотря на растущий интерес к немедикаментозным методам лечения, данные об отдаленных результатах применения ТЛНС для купирования именно дерматологической симптоматики через нормализацию нейрогенных механизмов остаются ограниченными.

Метод ТЛНС основан на активации структур ствола мозга и мозжечка посредством электростимуляции передней поверхности языка.

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью дерматитов, ассоциированных с дисрегуляцией ЦНС после стресса и недостаточной эффективностью стандартной терапии в предотвращении рецидивов.

Цель. Оценить влияние и переносимость транслингвальной нейростимуляции у пациентов дерматологического профиля с дальнейшим анализом отдаленных результатов терапии с применением комплексной оценки дерматологического статуса.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 97 дерматологических пациентов: 44 пациента с атопическим дерматитом, 35 больных экземой, 13 пациентов с псориазом. Пациенты с дерматологическим заболеваниями получали терапию на базе Медицинского центра «XXI век» и ГБУЗ «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи». Все пациенты оформили письменное информированное добровольное согласие в соответствии со статьей 20 Федерального закона 323 - ФЗ. Средний возраст пациентов составил 42 года, из них 58 женщин (60%) и 39 мужчин (40%). Разработаны и оформлены индивидуальные тест-опросники, изучен анамнез заболевания, проанализированы жалобы до лечения, в середине и поле курса ТЛНС. Для нейростимуляции использовали аппарат «НейроПорт». Аппарат генерирует 14V импульсы на рабочей части электрода, которая контактирует с верхней поверхностью языка. Система подает тройной сигнал широтой 5-150 мкс с интервалами по 5 мс. Стимуляция с электродов

чередуется с частотой 50 Гц. Стимул представляет собой триплет прямоугольных импульсов микросекундной длительности с частотой 200 Гц. Электроды неправильной формы находятся на матрице, оптимизированной для стимуляции наиболее чувствительной области языка. Сама матрица включает в себя 144 электрода разбитых на 9 секторов по 16 электродов. В любой момент времени в рамках каждого сектора только один электрод является активным. Аппарат располагает возможностью регуляции интенсивности работы при помощи кнопок на пульте. Методика ТЛНС проводилась в течение 20 минут, до 3-5 раз в неделю, курсом 10-15 процедур.

Результаты. При оценке клинико-функционального состояния дерматологических пациентов выявлено, что все пациенты имели классические клинические проявления дерматологической патологии в виде инфильтрации, эритемы, мокнутия при атопическом дерматите и экземе; инфильтрации, эритемы, шелушения при псориазе. У всех пациентов диагностировано обострение дерматологического заболевания, из 97 больных жалобы на выраженный кожный зуд предъявляли 89 человек. Все пациенты отмечали общую слабость, повышенную тревожность, нарушения сна, снижение работоспособности, повышенную утомляемость, дискомфорт в социальной сфере. По результатам анкет-опросников до начала применения ТЛНС отмечены изменения в анамнезе заболевания, не учитываемые ранее: начало заболеваний после сильных стрессов, боль всегда предшествует и сопровождает высыпания. Наличие сильных токсикозов во время беременности у матерей, обвитие пуповиной и гипоксия при рождении, гипервозбудимость в детстве, отсутствие аллергической и атопический отягощенности - у 7 исследуемых (пациенты с псориазом).

Выводы. Несмотря на разнообразие патогенетических механизмов, лежащих в основе этих заболеваний (спонгиотических - в случае экземы и атопического дерматита, псориазиформных - при псориазе), их объединяют ключевые черты: хронически-рецидивирующее течение, выраженный кожный зуд (пруритоцептивный и нейропатический компоненты) и тесная связь с психоэмоциональным стрессом, формирующая порочный круг «зуд–стресс–зуд».

Применяемая методика ТЛНС на фоне проводимой десенсибилизации продемонстрировала положительную клиническую динамику у больных со спонгиотическими дерматозами: после проведения первых процедур отмечено купирование зуда и болевых ощущений, улучшение сна, стабилизация психоэмоциональной лабильности, снижение тревожности; уменьшение выраженности кожных проявлений заболеваний отмечалось после 6-8 процедуры. Это еще раз доказывает, что проблемные зоны, вызванные стрессом, находятся в центральной нервной системе.

В ходе исследования отмечена хорошая переносимость физиотерапевтической процедуры – ТЛНС - всеми дерматологическими пациентами.

Однако, результаты исследования подчеркивают необходимость дальнейших работ с расширением выборки по отдельным нозологиям с дальнейшим анализом отдаленных результатов ТЛНС с применением комплексной оценки дерматологического статуса и сравнением с медикаментозными группами пациентов с атопическим дерматитом, экземой и псориазом.

* * *

ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ, КАК ДВИЖУЩАЯ СИЛА В УЛУЧШЕНИИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ОБЛАСТИ

Шустова В.Н., Шустов Н.В.
ФГБОУ ВО «ГБУЗ ТОКВКД»,
г. Тамбов

Проблема заболеваемости сифилисом в Российской Федерации последнее время стоит наиболее остро. Если показатели по РФ и многим регионам высокие и необходимо проводить комплекс мероприятий по их снижению, то на территории Тамбовской области на протяжении последних девяти лет регистрируются цифры намного ниже среднероссийских. Ситуация осложнялась и тем, что в структуре данного заболевания отмечался рост поздних, атипичных и скрытых форм.

Заболеваемость всеми формами сифилиса на территории Тамбовской области в 2020 году достигла своего исторического минимума и составила 2,3 на 100 тыс. нас., тогда как по РФ регистрировалась 10,4, а в ЦФО – 13,3. Далее с каждым годом разница только увеличивалась. Так, в 2022 году общероссийский показатель превышал областной в 6 раз, а показатель по ЦФО – в 11 раз! В 2023 году данный показатель по Тамбовской области был меньше чем по г. Москва – в 14 раз.

По областям ЦФО превышение наших показателей по Калужской в 6,5 раз, Воронежской в 4,1 раза, по Ярославской – 3,5 раза, по Ивановской – в 2,4 раза, по Брянской – в 3,3 раза и т.д.

При анализе данных показателей стал острый вопрос качества проводимых исследований на территории области.

Амплитуда вариабельности интенсивных показателей заболеваемости сифилисом в области равен 7,5, что дает характеристику нестабильности эпидемиологического процесса в целом. Чем больше показатель вариабельности, тем менее достоверные показатели, менее устойчивый процесс, а значит менее прогнозируемый для организаторов здравоохранения. Для сравнения данный коэффициент по РФ равен 2,9.

Больше всего больных выявляется в г. Тамбове и Тамбовском округе, так как это зона обслуживания ГБУЗ ТОКВКД с квалифицированными врачами-дерматовенерологами и специализированной лабораторией. Удельный вес районов, в которых не зарегистрировано ни одного случая сифилиса составляет 57%. Именно эти районы требовали пристального внимания с точки зрения контроля доступности и качества клинико-лабораторной диагностики на сифилис и вопросов регистрации инфекции. По РФ данный показатель – в 2024 году составил 31,5. По ЦФО – 29,5.

Доля выявленных при прохождении медицинских осмотров резко упала. Так за 3 последних года данный показатель уменьшился в 6 раз (с 26,7% в 2022 году до 4,3% в 2024). В стационарах медицинских организаций области выявлено больных сифилисом 8,7%, что ниже уровня 2019 года в 4 раза. Выявление при обращении в поликлиническое звено к смежным специалистам находится на относительно одном уровне (10%). Малое число случаев сифилиса, выявленных среди иностранных граждан и рост заболеваемости среди них по соседним областям и РФ в целом, является так же тревожным фактором.

Все это говорит о дефектах лабораторной диагностики в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Только 8 из 52 ЛПУ заключили договор на исследование на сифилис с ГБУЗ ТОКВКД, остальные либо делают сами, либо заключили договор с коммерческими центрами и лабораториями, с ценами которых диспансер не в силах конкурировать по причине необоснованно и необъяснимо заниженных у них тарифов, когда выставляемая ими цена на торгах на данный вид обследования не покрывает даже стоимости реактива, что сказывается на качестве исследований. По данным главного внештатного специалиста по лабораторной диагностике министерства здравоохранения области в оценке качества ФСВОК из государственных учреждений здравоохранения области принимают участие только две организации по данному виду исследования. Планируется проведение межлабораторных сличительных испытаний с клинико-диагностическими лабораториями, на базе которых не выявлено ни одного подтвержденного положительного результата.

Низкие показатели заболеваемости объясняются так же недостаточной квалификацией медицинских работников первичного звена центральных районных и городских больниц для интерпретации полученных результатов (в частности ИФА-диагностики).

Т.о., эпидемиологической ситуации по сифилису в области очень сложная и требует особого внимания со стороны министерства здравоохранения области, служб Роспотребнадзора и санитарно-противоэпидемиологического контроля, руководителей лечебных учреждений. Главный внештатный дерматовенеролог области на протяжении 7 лет направляет предложения в министерство здравоохранения области, территориальный орган Роспотребнадзора по улучшению диагностики, увеличению показателя выявления больных данным заболеванием с перспективой их дальнейшего лечения и предотвращения эпидемиологической катастрофы в будущем. Так же был разработан и направлен в управление здравоохранения проект Программы по борьбе с заболеваниями, передающимися половым путем на территории области.

Одновременно ведется широкая санитарно-просветительская работа по профилактике сифилиса (лекции в организованных коллективах, выступления на радио и телевидении, статьи в местных СМИ, разработка раздаточного материала для разных социальных групп населения, беседы с посетителями наших отделений). Это принесло свои положительные результаты. При стабильно низкой заболеваемости в области более чем в 14 раз возросло количество самообращений граждан за последние 6 лет.

Растет количество выявленных контактных благодаря активной работе с врачами-дерматовенерологами области на ежемесячных совещаниях с профильными специалистами.

Главный внештатный дерматовенеролог области ежемесячно выезжает в центральные районные больницы, где проводит лекции с врачами первичного звена и узкими специалистами по вопросам выявления ранних и поздних форм сифилиса. Результаты уже видны. В 2024 г. впервые за 7 лет наблюдается рост процента ранних форм сифилиса в структуре всей заболеваемости. С 86,9% в 2018 году до 92,5% в отчетном. По итогам 2025 года при значительном росте показателя заболеваемости до 6,8 на 100 тыс., уменьшилось количество поздних форм до 1,6% в общей структуре.

Главная задача - выявить все случаи данного заболевания, провести полноценное специфическое лечение, тщательное санитарно-эпидемиологическое расследование каждого случая для предотвращение серьезной эпидемиологической ситуации по заболеваемости сифилисом в ближайшие годы, сократить финансовые и трудовые потери, связанные с данной ситуацией.

Учитывая способы заражения, течение, трудности в диагностике необходимо проведение скрининга на сифилис в специализированной лаборатории диспансера, как уже сделано во многих регионах страны, в т.ч. и в г. Москва.

Но несмотря на все усилия необходимо вернуть централизацию как лабораторного обследования, так и лечебного процесса всех категорий граждан в специализированную государственную лечебную сеть.

Мы будем и дальше активно продолжать работу по усилению настороженности по заболеваемости сифилисом среди врачей других специальностей и фельдшеров.

Продолжим работу по совместной скоординированной деятельности дерматовенерологической и других заинтересованных служб, преемственности в работе врачей смежных специальностей.

* * *

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И НОВЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Юнкер Е.А., Сафронов П.Г., Попова А.О., Моисеенко А.А.
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Актуальность. Атопический дерматит (АД) — одно из самых частых хронических воспалительных заболеваний кожи: поражает 11–20% детей и 5–8% взрослых. В его развитии участвуют несколько факторов: мутации генов эпидермиса, нарушение кожного барьера, иммунные сдвиги, изменение липидного профиля и микробный дисбаланс. Клинически проявляется экземоподобными высыпаниями (эритема, папулы, экссудация) в зависимости от возраста и сухости кожи. Из-за длительного течения расчесы приводят к утолщению кожи и лихенификации, что сильно снижает качество жизни пациентов. Традиционная системная терапия ограничена токсичностью, поэтому приоритетна разработка таргетных препаратов на основе молекулярных механизмов АД.

Цель. Изучить клинически значимые результаты применения новых терапевтических стратегий –биологических препаратов, ингибиторов JAK/STAT, модуляторов микробиома – для обоснования персонализированного лечения.

Материалы и методы. Проведен поиск, по ключевым словам, научных статей в базах данных PubMed и Scopus за последние 5 лет. Проанализировали более 50 статей, использовали 10 статей для написания обзорной работы.

Результаты и обсуждение. Сложные генетические изменения и нарушения врожденного и адаптивного иммунитета лежат в основе разных фенотипов и эндотипов атопического дерматита (АД), что важно для разработки новых подходов к диагностике и лечению. Ключевая особенность поражений кожи при АД — воспаление 2-го типа (Т2), которое снижает экспрессию барьерных белков (например, филаггрина), ключевых ферментов синтеза липидов (ELOVL3 и 6) и подавляет выработку антимикробных пептидов. Это ведет к выраженному микробному дисбиозу и повышенной восприимчивости к инфекциям.

При недостаточном контроле АД на фоне адекватного местного лечения (топические кортикостероиды, УФ-терапия) ранее применяли только иммуносупрессанты широкого действия, но их кумулятивная токсичность и ограниченная эффективность часто вели к отмене. Длительная терапия системными ГКС повышает риск побочных эффектов (синдром Кушинга, ожирение, язвенная болезнь желудка), а их отмена нередко вызывает рецидив. Циклоспорин А — традиционный препарат первого выбора для системного лечения, однако его применение часто сопровождается серьезными побочными явлениями (нефротоксичность, гипертония, тремор), что приводит к отказу от терапии в 14–21% случаев. Кроме того, в 7–13% случаев терапия циклоспорином А оказывается недостаточно эффективной, что также становится причиной прекращения лечения.

Первым одобренным биологическим препаратом является человеческое антитело, связывающееся с альфа-субъединицей рецепторов IL-4 и IL-13. Исследования показывают высокие показатели эффективности терапии у взрослых (80–90% в течение 3 лет лечения), с низким уровнем прекращения лечения из-за неэффективности или побочных эффектов. Эти показатели превосходят показатели при применении системных иммуносупрессантов (циклоспорин: 20%–37%, метотрексат: 33%–41%) через 1 и 2 года. Появляются и другие препараты, такие как антитела к IL-13, IL-22, IL-31R, IL-33и к тимусному стромальному лимфопоэтину (анти-TSLP). OX40, как важная костимулирующая молекула рецептора Т-клеток и член суперсемейства TNF, в основном экспрессируется на активированных эффекторных Т-клетках (Th1, Th2, Th17 и Th22) и регуляторных Т-клетках. OX40 необходим для экспансии, выживания и дифференцировки Т-клеток памяти. Анти-OX40 антитела для подкожных инъекций были исследованы в рандомизированном плацебо-контролируемом клиническом исследовании. Лечение хорошо переносилось и привело к значительному прогрессирующему уменьшению гиперплазии эпидермиса и экспрессии Th1, Th2 и Th17/Th22 в пораженной коже. Во время заключительного визита для оценки биопсии кожи показатель EASI (индекс распространенности и тяжести экземы) был достигнут у 76,9% участников, по сравнению с 37,5% пациентов, получавших плацебо.

Ингибиторы янус-киназы, останавливая путь JAK-STAT, подавляют передачу информации в ядро клетки, что приводит к подавлению выработки многих провоспалительных цитокинов. Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность JAK у больных АД, так, достижение регресса индекса EASI на 75% от исходного уровня отмечено у 69,6%, тогда как у больных, получавших плацебо, такой показатель эффективности был зафиксирован лишь в 16,3% случаев.

Выводы. Углубление знаний о молекулярных основах АД открывает путь к таргетной терапии, воздействующей на ключевые иммунопатогенетические звенья – белки и сигнальные молекулы. Персонализированный подход учитывает мутации филаггрина и преобладающий иммунотип (Th2, Th17 или Th22). Современные методы лечения направлены на восстановление барьерной функции кожи и нормализацию иммунного баланса. Активно ведутся поиски предикторов ответа на терапию – клинических, лабораторных и генетических, однако результаты пока неоднородны. Дальнейшие исследования необходимы для уточнения данных и разработки оптимальных персонализированных стратегий ведения пациентов с АД.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Алексеева К.Э. 97
Алхаджаджра А.Ю. 64
Амбарцумян Р.Л. 97
Амрина Л.К. 3, 56, 101, 127
Андреева В.В. 4
Анникова П.В. 87
Асташонок А.Н. 6

Б

Баранова Е.М. 125
Бахметьев А.А. 105
Беккер Р.А. 8, 18, 20
Белова Е.А. 64, 66
Бережная С.М. 64
Биткина О.А. 74
Бичун Е.А. 119
Близняков Н.Д. 136
Большакова Е.С. 16
Борзунова Л.Н. 105
Боровец И.В. 10, 12, 121
Борыбаева А.А. 14
Бражникова А.П. 16
Булина О.В. 151
Быков Ю.В. 8, 18, 20

В

Василевский И.В. 22, 24
Васильченко П.С. 27
Виноградова А.В. 6
Вишня П.А. 142
Владимирова И.С. 85
Войтова Е.В. 85
Воробьева В.А. 29

Г

Габасова М.К. 31, 32, 33, 35, 37, 43, 45, 47, 49, 50
Голдобина М.В. 39
Горланов И.А. 16
Гринкевич М.В. 10, 12
Гулордава М.Д. 103
Гуменко Б.В. 41

Д

Демиденко А.С. 121
Джусупгалиева М.Х. 31, 32, 33, 35, 37, 43, 45, 47, 49, 50
Донцова Е.В. 105
Дудко В.Ю. 111

Е

Екимов И.Н. 51
Ефанова Е.Н. 60

Ж

Жумабекова А.Ж. 31, 33

З

Заславский Д.В. 151
Зенкевич Е.В. 53

И

Иванова Ю.А. 4, 29
Иванов К.А. 119
Исабекова А.Б. 56
Исакова Т.А. 58, 149

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

К

Кабазиева Г.Ш. 31, 32, 33, 35, 37, 43, 45, 47, 49, 50
Кабушка Я.С. 111
Кадирхан Е.К. 101
Калинина Н.В. 60
Капсалаева З.Б. 3
Карякина Л.А. 62
Карякин А.С. 62
Касенова О.В. 31, 32, 33, 35, 37, 43, 45, 47, 49, 50
Кашутин С.Л. 81
Кенжекұл А.Т. 127
Ключарева С.В. 64, 66
Ключарёва С.В. 81
Корнеева Л.С. 68, 70, 72, 91, 93
Корнишева В.Г. 103, 147
Крапивина О.И. 74
Красовска О.Б. 76
Кузнецова Т.Г. 97
Кукушкина К.С. 62
Кулакова Э.В. 79
Куликова З.М. 125
Кураносов А.Ю. 105
Кытько Е.Н. 132

Л

Леденцов А.А. 81, 83
Леденцова С.С. 81, 83
Литвиненко Е.А. 85
Ломоносов К.М. 145
Лупеев М.А. 122

М

Максюта А.М. 87
Манафова Г.А. 16
Махлеева В.И. 89
Меликян С.В. 97
Мельниченко Н.Е. 68, 70, 91, 93
Моисеенко А.А. 58, 149, 157
Моисеенко Ю.В. 125
Муллаханов Ж.Б. 95

Н

Наатыж Ж.Ю. 97
Назарбекова Л.У. 101
Нечаева О.С. 64, 66
Никитина Ю.И. 103
Новикова Л.А. 105
Новиков Ю.А. 51

О

Обидняк Я.И. 107
Ораш А.А. 109
Осмоналиева А.А. 111

П

Пасечник О.А. 51
Пахалаге Ч.А. 113
Петренко О.Д. 116
Петрова Е.В. 151
Петров Д.И. 117
Петунова Я.Г. 111, 119
Пирятинская А.Б. 111, 119
Полещук Н.Н. 6
Попова А.О. 58, 132, 149, 157
Порошина Л.А. 121, 122

Р

Разнатовский К.И. 39, 147
Рахматиллаева Г.И. 124
Рудых Н.М. 125

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

С

Сагидолдина Л.К. 56, 101, 109, 127, 128
Садыков А.И. 41, 87, 151
Салаева С.З. 130
Сапего О.В. 125
Сафронов П.Г. 58, 132, 157
Свиридова К.В. 147
Семена А.А. 134
Семена И.И. 134
Сидельникова Ю.Ю. 119
Сидоренко Е.Е. 136
Силина Л.В. 138
Смирнова И.О. 111, 113
Смирнова О.Н. 66
Соколовский Е.В. 140

Т

Тарраб А. 111
Таскаева Д.Г. 60
Теличко С.И. 4, 41, 87
Темнова И.В. 74
Тихомирова А.Н. 60
Тлехатук З.И. 97
Тлиш М.М. 97
Толыбекова А.А. 3, 14, 142, 143
Тонконогова Н.В. 31, 32, 33, 35, 37, 43, 45, 47, 49, 50
Топал В.С. 16
Тропин А.К. 116
Тулкиева М.В. 143

У

Уаили Н. 145
Умарова Ф.И. 143
Учеваткина А.Е. 147

Ф

Фалько С.В. 41
Федорова А.О. 147
Федотова Д.М. 128
Фролова Е.В. 147

Х

Хамидова М.З. 95
Хисматуллина Е.Э. 87
Хусаинова Т.А. 85

Ц

Цыдыпова А.В. 125

Ч

Часовских Е.Е. 138
Чернова О.А. 14
Чистяков Н.Д. 116
Чукова А.С. 58, 149
Чурова М.Д. 87

Ш

Шалыгина К.С. 151
Ширинская Н.В. 51
Шурпицкая О.А. 147
Шустова В.Н. 154
Шустов Н.В. 154

Щ

Щегай А.С. 111

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Ю

Юнкер Е.А. 132, 157

Я

Яцуба Е.А. 119

СОДЕРЖАНИЕ

СИНДРОМ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ:
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Амрина Л.К., Толыбекова А.А., Капсалаева З.Б. 3

ЛИПОИДНЫЙ НЕКРОБИОЗ ВНЕ АССОЦИАЦИИ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Андреева В.В., Теличко С.И., Иванова Ю.А. 4

ПРОБЛЕМА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ
MYCOPLASMA GENITALIUM
К ФТОРХИНОЛОНАМ И МАКРОЛИДАМ
Асташонок А.Н., Виноградова А.В., Полещук Н.Н. 6

РОЛЬ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЙ
В ФОРМИРОВАНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ
ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ
Беккер Р.А., Быков Ю.В. 8

МИКОЗЫ КОЖИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ:
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СТРУКТУРА
СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ (2021–2025)
Боровец И.В., Гринкевич М.В. 10

СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ:
АМБУЛАТОРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
И СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (2021–2025)
Боровец И.В., Гринкевич М.В. 12

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Борыбаева А.А., Толыбекова А.А., Чернова О.А. 14

КСАНТОДЕРМАТОЗЫ И СИМПТОМ ДАРЬЕ-УННЫ
Бражникова А.П., Манафова Г.А., Топал В.С.,
Горланов И.А., Большакова Е.С. 16

СОДЕРЖАНИЕ

ТЯЖЕЛЫЙ ПСОРИАЗ КАК ФАКТОР СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
Быков Ю.В., Беккер Р.А. 18

КОЖНЫЙ ЗУД ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ БЕРЕМЕННЫХ
Быков Ю.В., Беккер Р.А. 20

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И АЛЛЕРГИЕЙ НА КЛЕЩЕЙ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ
Василевский И.В. 22

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЭНДОТИПОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
Василевский И.В. 24

ПОСТКОВИДНАЯ АЛОПЕЦИЯ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
Васильченко П.С. 27

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОГО ИЗОТРЕТИНОИНА У ПАЦИЕНТОВ С СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ
Воробьева В.А., Иванова Ю.А. 29

ЭПИДСИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ
Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Жумабекова А.Ж. 31

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОРЕЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ
Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш. 32

СОДЕРЖАНИЕ

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2021-2025 ГГ.
Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В., Жумабекова А.Ж. 33

АНАЛИЗ ЭПИДСИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ
Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш. 35

АНАЛИЗ ЭПИДСИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД
С 2021 ПО 2025 ГОД
Габасова М.К., Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш. 37

КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННОЙ АТРОФИИ КОЖИ
ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН
Голдобина М.В., Разнатовский К.И. 39

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПОДРОСТКОВ И ИХ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ
ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Гуменко Б.В., Теличко С.И., Садыков А.И., Фалько С.В. 41

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ
ДЕРМАТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН
В 2024-2025 ГГ.
Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш. 43

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2024-2025 ГГ.
Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В.,
Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш. 45

СОДЕРЖАНИЕ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ
Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш. 47

ЧАСТОТА УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2025 ГОДУ
Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В., Кабазиева Г.Ш., Касенова О.В. 49

ДИНАМИКА РЕГИСТРАЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В ПЕРИОД С 2016 ПО 2025 ГГ.
Джусупгалиева М.Х., Габасова М.К., Тонконогова Н.В., Касенова О.В., Кабазиева Г.Ш. 50

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
Екимов И.Н., Ширинская Н.В., Новиков Ю.А., Пасечник О.А. 51

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЛИНЕЙКИ СРЕДСТВ УХОДА «ДЕПСОРИОЛ УХОД» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА
Зенкевич Е.В. 53

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БУЛЛЁЗНОГО ПЕМФИГОИДА У ДЕТЕЙ
Исабекова А.Б., Амрина Л.К., Сагидолдина Л.К. 56

НЕЙРОДЕРМАЛЬНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КАК КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА РОЗАЦЕА: ОТ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМОВ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МИШЕНЯМ
Исакова Т.А., Попова А.О., Сафронов П.Г., Чукова А.С., Моисеенко А.А. 58

СОДЕРЖАНИЕ

ХОЛОДОВАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ
КАК ПРЕДИКТОР ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ДЕРМАТОЗОВ КИСТЕЙ
Калинина Н.В., Ефанова Е.Н., Таскаева Д.Г., Тихомирова А.Н. 60

ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА
ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ
Карякина Л.А., Кукушкина К.С., Карякин А.С. 62

ПРЕКАНЦЕРОЗЫ КОЖИ – ВОЗМОЖНОСТЬ ТЕРАПИИ
5% КРЕМОМ ИМИХИМОД
Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С.,
Алхаджаджра А.Ю., Бережная С.М. 64

АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ КОЖНОЙ ТОКСИЧНОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ РАДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
Ключарева С.В., Белова Е.А., Нечаева О.С., Смирнова О.Н. 66

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫЕ
БУЛЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ
КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА
Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е. 68

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
И ПРЕДИКТОРЫ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ
ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ
Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е. 70

ОСТРЫЙ ВАРИОЛИФОРМНЫЙ ПИТИРИАЗ
МУХИ-ГАБЕРМАНА: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ТЕРМИНОЛОГИИ, КЛАССИФИКАЦИИ
И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
Корнеева Л.С. 72

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСКОИДНОЙ
КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ПАЦИЕНТКИ
С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ
ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ
Крапивина О.И., Биткина О.А., Темнова И.В. 74

СОДЕРЖАНИЕ

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК СПОСОБ
ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
КОМОРБИДНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Красовска О.Б. 76

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ
БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА
С ПСОРИАЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ
ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ,
НАХОДЯЩЕМСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ
Кулакова Э.В. 79

ПСОРИАЗ И АНДРОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ:
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
Леденцова С.С., Ключарёва С.В., Кашутин С.Л., Леденцов А.А. 81

СЛОЖНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА:
КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
И КОММУНИКАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ
Леденцова С.С., Леденцов А.А. 83

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ
У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
Литвиненко Е.А., Владимирова И.С., Войтова Е.В., Хусаинова Т.А. 85

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И СИФИЛИСА
В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
Максюта А.М., Садыков А.И., Теличко С.И., Анникова П.В.,
Хисматуллина Е.Э., Чурова М.Д. 87

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ
ПРАВОЙ ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТКИ 86 ЛЕТ
Махлеева В.И. 89

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОФИТИЯМИ
В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.С. 91

СОДЕРЖАНИЕ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКОЗАМИ СТОП В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
Мельниченко Н.Е., Корнеева Л.С. 93

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ В УСЛОВИЯХ АРИДНОГО КЛИМАТА УЗБЕКИСТАНА
Муллаханов Ж.Б., Хамидова М.З. 95

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ: ФОКУС НА ПОЛИМОРБИДНОСТЬ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ
Наатыж Ж.Ю., Тлиш М.М., Кузнецова Т.Г., Амбарцумян Р.Л., Алексеева К.Э., Меликян С.В., Тлехатук З.И. 97

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕРМОЛИТИЧЕСКОГО ИХТИОЗА У ДЕТЕЙ
Назарбекова Л.У., Амрина Л.К., Сагидолдина Л.К., Кадирхан Е.К. 101

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ И ЕЕ СВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
Никитина Ю.И., Корнишева В.Г., Гулордава М.Д. 103

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ
Новикова Л.А., Донцова Е.В., Кураносов А.Ю., Борзунова Л.Н., Бахметьев А.А. 105

КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ У ХИРУРГОВ: ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА FLG И ВЫБОР ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
Обидняк Я.И. 107

СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У РЕБЕНКА
Ораш А.А., Сагидолдина Л.К. 109

СОДЕРЖАНИЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА, ПОЛУЧАЮЩИМИ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
Осмоналиева А.А., Тарраб А., Кабушка Я.С., Пирятинская А.Б., Дудко В.Ю., Смирнова И.О., Петунова Я.Г., Щегай А.С. 111

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ И КОМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМОЙ ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД (2016–2025)
Пахалаге Ч.А., Смирнова И.О. 113

ТЕРРА ФИРМА – ФОРМЕННЫЙ ДЕРМАТОЗ ДУНКАНА У ДЕТЕЙ
Петренко О.Д., Чистяков Н.Д., Тропин А.К. 116

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТОЦИАНОВ (EPILOBIUM ANGUSTIFOLIUM L.) НА ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ВЫЗВАННОГО DNCB, У ЛАБОРАТОРНЫХ МЫШЕЙ ЛИНИИ BALB/C
Петров Д.И. 117

НЕЙРОСИФИЛИС ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ
Пирятинская А.Б., Петунова Я.Г., Бичун Е.А., Иванов К.А., Сидельникова Ю.Ю., Яцуба Е.А. 119

РОЗАЦЕА: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021–2025 ГГ.
Порошина Л.А., Боровец И.В., Демиденко А.С. 121

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЕСОТКИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
Порошина Л.А., Лупеев М.А. 122

СОДЕРЖАНИЕ

УРОВНИ ГОМОЦИСТЕИНА, ВИТАМИНА B12 И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ
Рахматиллаева Г.И. 124

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ТРУДНОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ
Рудых Н.М., Баранова Е.М., Куликова З.М., Моисеенко Ю.В., Сапего О.В., Цыдыпова А.В. 125

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ
Сагидолдина Л.К., Амрина Л.К., Кенжекұл А.Т. 127

ПОСТКОВИДНЫЕ ИММУННО-СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ РОЗАЦЕА
Сагидолдина Л.К., Федотова Д.М. 128

РОЗАЦЕА: ФОТОПРОТЕКЦИЯ КАК ОСНОВА ТЕРАПИИ
Салаева С.З. 130

НЕЙРОПАТИЧЕСКИЙ ЗУД ПРИ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С ПСИХОГЕННЫМ ЗУДОМ
Сафронов П.Г., Кытько Е.Н., Юнкер Е.А., Попова А.О. 132

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СИФИЛИСОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД С 2015 ПО 2024 ГОД
Семена И.И., Семена А.А. 134

СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ВАРИАНТА ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА
Сидоренко Е.Е., Близняков Н.Д. 136

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАЗА ИНТЕРТРИГИНОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Силина Л.В., Часовских Е.Е. 138

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА И БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ – СОЧЕТАЕМ НУЖНОЕ, СОВРЕМЕННОЕ, ЭФФЕКТИВНОЕ
Соколовский Е.В. 140

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭСТЕТИЧЕСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
Толыбекова А.А., Вишня П.А. 142

АКНЕ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Толыбекова А.А., Умарова Ф.И., Тулкиева М.В. 143

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ (НИЗКОТЕМПЕРАТУРНАЯ АРГОНОВАЯ ПЛАЗМА + УФБ-311) И МОНОТЕРАПИИ УФБ-311 В ЛЕЧЕНИИ НЕСЕГМЕНТАРНОГО ВИТИЛИГО
Уаили Н., Ломоносов К.М. 145

ОНИХОМИКОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПСОРИАЗОМ: КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ УРОВНЕМ ИНДУЦИРОВАННОГО IFN-γ И РЕЗУЛЬТАТАМИ МИКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НОГТЕЙ
Федорова А.О., Корнишева В.Г., Фролова Е.В., Учеваткина А.Е., Шурпицкая О.А., Свиридова К.В., Разнатовский К.И. 147

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, НАПРАВЛЕННОГО НА МЕХАНИЗМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕЙРОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ
Чукова А.С., Попова А.О., Исакова Т.А., Моисеенко А.А. 149

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ
ТРАНСЛИНГВАЛЬНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ (ТЛНС)
В ДЕРМАТОЛОГИИ
Шалыгина К.С., Заславский Д.В., Садыков А.И.,
Петрова Е.В., Булина О.В. 151

ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ,
КАК ДВИЖУЩАЯ СИЛА В УЛУЧШЕНИИ
ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ОБЛАСТИ
Шустова В.Н., Шустов Н.В. 154

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ:
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И НОВЫЕ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ
Юнкер Е.А., Сафронов П.Г., Попова А.О., Моисеенко А.А. 157