

Содержание

Обращения к участникам	2
Организаторы и оргкомитет	4
Программа	6
Каталог выставки	14
Информационные партнеры	27
Сборник тезисов.....	35
Содержание сборника тезисов.....	54



Уважаемые коллеги, друзья!

От имени Департамента здравоохранения города Москвы приветствую Вас на IX Межрегиональном Форуме дерматовенерологов и косметологов!

На протяжении многих лет Ваше мероприятие остается одним из наиболее значимых научных событий, высоко оцениваемых специалистами, работающими в сфере дерматовенерологии и смежных специальностей.

На IX Межрегиональном Форуме встретятся ведущие российские ученые, талантливые педагоги, представители органов власти и организаторы здравоохранения, что делает предстоящее событие авторитетной площадкой для конструктивного многостороннего диалога.

В повестке дня широкий спектр вопросов: будут рассмотрены актуальные организационные аспекты дерматовенерологической службы, эстетической медицины, представлены результаты внедрения современных медицинских технологий в клиническую и лабораторную практику, данные о новых и эффективных методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем.

Убежден, что проводимый Форум с масштабной деловой программой позволит глубже изучить актуальные вопросы отрасли и внести значимый вклад в их решение, обменяться опытом, послужит укреплению межрегионального сотрудничества, внедрению в московское здравоохранение современных достижений медицинской науки.

Желаю вам плодотворной работы, успехов и всего наилучшего!

Министр Правительства Москвы,
Руководитель Департамента
Здравоохранения города Москвы



А.И. Хрипун



Глубокоуважаемые коллеги!

Сердечно приветствую вас на IX Межрегиональном форуме дерматовенерологов и косметологов!

Это значимое научное мероприятие, традиционно объединяющее на своей площадке ведущих специалистов в области дерматовенерологии Москвы и других регионов Центрального федерального округа.

В программе мероприятия будут рассмотрены актуальные организационные аспекты дерматовенерологической службы, представлены данные о новых и эффективных методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем, доложены результаты внедрения современных медицинских технологий в клиническую и лабораторную практику.

В нашей стране решению этих вопросов традиционно отводится приоритетная роль. Особое внимание традиционно будет уделено вопросам организации здравоохранения, а также социальным аспектам. Надеюсь, что закономерный интерес вызовут секции по дерматоонкологии, педиатрической дерматологии, кожным проявлениям ВИЧ-инфекции, аспектам биологической и таргетной терапии в дерматологии, диагностике и лечению ИППП, круглые столы и практические мастер-классы. В рамках программы будет проведено совещание главных специалистов дерматовенерологов и косметологов субъектов Центрального федерального округа. Делегаты смогут сообщить о своих достижениях и одновременно изучить опыт коллег.

Таким образом, становится уже традицией, что данный осенний Форум является широкоформатным – не только столичным и федеральным, но и международным мероприятием. Для участия в нем приглашены известные ученые и научные сотрудники, руководители и врачи практического здравоохранения, ведущие профессора с мировым именем и признанием.

Уверен, что в ходе содержательных дискуссий будут выработаны новые интересные идеи и инициативы, продолжена консолидация специальностей, а также положено начало совершенствованию современных протоколов ведения больных с позиций доказательной медицины.

Сопредседатель оргкомитета,
президент Национального альянса дерматологов
и косметологов,
главный внештатный специалист
по дерматовенерологии и косметологии
Минздрава России и Департамента
здравоохранения города Москвы,
д.м.н., профессор

Н.Н. Потекаев

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

ФОРУМ ПРОВОДИТСЯ ПОД ПАТРОНАТОМ:

- Правительства Москвы
- Департамента здравоохранения города Москвы

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Национальный альянс дерматологов и косметологов
- Кафедра кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
- Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ
- Некоммерческое партнерство «Междисциплинарный медицинский альянс»

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГКОМИТЕТА

Хрипун Алексей Иванович – министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОРГКОМИТЕТА

Потекаев Николай Николаевич – главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения России и Департамента здравоохранения города Москвы, Президент Национального альянса дерматологов и косметологов, директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, д.м.н., профессор

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Баткаев Эдуард Алексеевич – заведующий кафедрой клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, д.м.н., профессор

Владимирова Елена Владимировна – заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Института повышения квалификации ФМБА России, профессор

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

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

Короткий Николай Гаврилович – заведующий кафедрой дерматовенерологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Вице-президент Национального альянса дерматологов и косметологов, д.м.н., профессор

Королькова Татьяна Николаевна – заведующая кафедрой косметологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, председатель

Научно-практического общества врачей косметологов Санкт-Петербурга, вице-президент Национального Альянса дерматологов и косметологов, д.м.н., профессор

Круглова Лариса Сергеевна – проректор по учебной работе, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии ЦГМА УДП РФ, д.м.н., профессор

Львов Андрей Николаевич – руководитель отдела клинической дерматовенерологии и косметологии Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

Молочков Владимир Алексеевич – заведующий кафедрой дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, д.м.н., профессор

Молочков Антон Владимирович – заместитель директора МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по научной, учебной и международной работе, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФПКМР РУДН, д.м.н., профессор

Перламутров Юрий Николаевич – заведующий кафедрой дерматовенерологии МГМСУ им. Е.И. Евдокимова, профессор

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

Свечникова Елена Владимировна – заведующая отделением ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ, д.м.н.

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

Тищенко Андрей Леонидович – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета РУДН, д.м.н., профессор

Титов Константин Сергеевич – заведующий онкохирургическим отделением опухолей кожи и мягких тканей МКНЦ ДЗМ, д.м.н.

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

Хамаганова Ирина Владимировна – профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ

Волнухин Владимир Анатольевич – главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Гаджигорова Аида Гусейхановна – главный научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии МНПЦДК ДЗМ, главный врач клиники «Институт Красивых Волос», президент ассоциации «Профессиональное общество трихологов», член EHR5 (Европейское общество исследования волос), д.м.н.

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

Жукова Ольга Валентиновна – главный врач Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор

Иванова Маиса Афанасьевна – главный научный сотрудник отделения проблем социально обусловленных заболеваний ФГУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Карпова Елена Ивановна – профессор кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Сапожникова Наталья Александровна – заведующая лабораторным отделом МНПЦДК ДЗМ

Халдин Алексей Анатольевич – главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, д.м.н., профессор

Шугнина Елена Андреевна – институт ДПО «Институт пластической хирургии и фундаментальной косметологии» РАЕН, к.м.н., доцент

Цыкин Алексей Александрович – доцент кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н.

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

ПОПЕЧИТЕЛЬСКИЙ СОВЕТ

Жиляев Евгений Валерьевич – главный внештатный специалист ревматолог, профессор кафедры ревматологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России»

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

Мантурова Наталья Евгеньевна – главный внештатный специалист пластический хирург Министерства здравоохранения РФ, главный внештатный специалист пластический хирург ДЗМ, заведующая кафедрой пластической хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.

Морозов Сергей Павлович – главный внештатный специалист по лучевой диагностике Департамента здравоохранения города Москвы, директор ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения г Москвы», д.м.н., профессор

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

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

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

Тяжельников Андрей Александрович – Главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, главный врач ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника №121 Департамента здравоохранения города Москвы», к.м.н.

Фомин Виктор Викторович – главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач) ДЗМ, проректор по научно-исследовательской и клинической работе ПМГМУ им. И.М. Сеченова, заведующий кафедрой факультетской терапии № 1 и директор клиники факультетской терапии им. В.Н. Виноградова, чл.-корр. РАН, профессор

Хатьков Игорь Евгеньевич – главный внештатный специалист онколог ДЗМ, директор ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр», чл.-корр. РАН, профессор

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

3 октября

Большой конференц-зал

10:00	
10:10	
10:20	
10:30	
10:40	
10:50	
11:00	
11:10	
11:20	
11:30	

ЦЕРЕМОНИЯ ОТКРЫТИЯ КОНГРЕССА
Председатели: Шаклунов А.А., Бесгородская Е.М., Потеева Н.Н., Мантурова Н.Е., Короткий Н.Г., Разнатовский К.И., Королькова Т.Н.

Пленарное заседание
Актуальные вопросы развития дерматовенерологии в Российской Федерации (Потеева Н.Н.)
Современные тенденции в научных исследованиях в дерматологии (Фрило Н.В.)
Организационные аспекты образовательной деятельности в сфере косметологии (Королькова Т.Н.)

Сектор А

11:45

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» (I)
Сопредседатели: Потеева Н.Н., Тяжельников А.А., Жукова О.В., Иванова М.А., Новожилова О.Л.

Сектор Б

Зал Олимп

11:45

Сателлитный симпозиум при поддержке компании SANOFI
Таргетная биологическая терапия – новая возможность для пациентов с тяжелым атопическим дерматитом
Модераторы: Жукова О.В., Разнатовский К.И.

Детская дерматология
Модераторы: Короткий Н.Г., Поршина О.В., Запорожская Н.Ф.

Пресс-конференция при поддержке компании ООО "Берлин Хеми/А. Менарини"
Научный подход в эстетической медицине. Новые разработки и методики для косметологии.
Модераторы: Потеева Н.Н., Жукова О.В., Шарова А.А.

Зал Москва

11:50

12:00

12:10

12:20

12:30

12:45

12:50

13:00

13:15

13:20

13:30

13:40

13:50

14:00

14:10

14:20

14:30

14:40

14:50

15:00

15:10

15:15

15:30

15:40

15:50

16:00

16:10

16:20

16:30

16:40

16:45

Сателлитный симпозиум при поддержке компании BIOSAD Лонч-симпозиум.

Как изменится терапия псориаза с появлением первого российского оригинального ингибитора ИЛ-17?
Председатель: Потеева Н.Н.
Сопредседатель: Львов А.Н.

Сателлитный симпозиум при поддержке компании ООО «Берлин Хеми/А. Менарини»
Хронические зудящие дерматозы: много проблем – пути решения
Модераторы: Пергалутров Ю.Н., Ольховская К.Б.

Новое в лечении дерматозов (I)
Модераторы: Разнатовский К.И., Халдин А.А., Хлебникова А.Н.

Ежегодная конференция НАДО (I)
Дерматоонкология.

Сопредседатели: Потеева Н.Н., Бяков М.Ю., Тимов К.С.

Новое в лечении дерматозов (II)
Модераторы: Охлопков В.А., Крушова Л.С.

Дерматоскопия и инструментальная диагностика
Модератор: Мищенко А.В.

3 октября

Большой конференц-зал

10:00–11:30

ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ

Президиум:

Шаклунов Антон Александрович, помощник полномочного представителя Президента Российской Федерации в Центральном федеральном округе;

Богородская Елена Михайловна, заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы, д.м.н., профессор;

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации и Департамента здравоохранения города Москвы, директор МНПЦДК ДЗМ, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор;
Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластического хирурга Министерства здравоохранения Российской Федерации и Департамента здравоохранения города Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.;

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

Разнатовский Константин Игоревич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н., профессор;
Королькова Татьяна Николаевна, заведующая кафедрой косметологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н., профессор.

Награждение знаками отличия и грамотами Национального альянса дерматологов и косметологов

Пленарное заседание

Актуальные вопросы развития дерматовенерологии в Российской Федерации

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и ДЗМ, д.м.н., профессор, директор ГБУЗ Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ (20 мин.)

Современные тенденции в научных исследованиях в дерматологии

Фриго Наталия Владиславовна, заместитель директора по научной работе Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н. (20 мин.)

Организационные аспекты образовательной деятельности в сфере косметологии

Королькова Татьяна Николаевна, заведующая кафедрой косметологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, вице-президент Национального альянса дерматологов и косметологов, д.м.н., профессор (20 мин.)

Сектор А

11:45–13:15

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» (I)

Сопредседатели: Потекаев Николай Николаевич, Тяжелников Андрей Александрович, Жукова Ольга Валентиновна, Иванова Мауса Афанасьевна, Новожилова Ольга Леонидовна

Внедрение технологий «Бережливого производства» в деятельность медицинской организации

Тяжелников А.А. (15 мин.)

Об организации Всероссийского центра по лечению псориаза

Жукова О.В. (15 мин.)

Организация междисциплинарного взаимодействия по профилю косметология в Удмуртской республике

Бычкова Н.Ю. (10 мин.)

Организация дерматоонкологической помощи военнослужащим и их семьям в условиях военного госпиталя

им. Н. И. Бурденко

Волчин В.Н., Кабанова М.А. (10 мин.)

Организация медицинской помощи пациентам с различными заболеваниями (нозологиями) в РФ и за рубежом

Гурьянова Н.Е. (10 мин.)

Проблемы в организации дерматовенерологической помощи лицам нетрудоспособного возраста

Одинец А.В., Иванова М.А., Сачек О.И. (10 мин.)

Врач-косметолог в системе непрерывного медицинского образования

Петунина В.В. (10 мин.)

Опыт работы «Кабинетов профилактики злокачественных новообразований в городе Москве»

Новожилова О.Л. (10 мин.)

13:30–15:00

Сателлитный симпозиум при поддержке компании BIOCAD* Лонч-симпозиум «Как изменится терапия псориаза с появлением первого российского оригинального ингибитора ИЛ-17?»

Председатель: Потекаев Николай Николаевич

Сопредседатель: Львов Андрей Николаевич

Первое российское оригинальное моноклональное антитело: уникальность молекулы нетакимаб

Серов Д.Н. (20 мин.)

Результаты клинических исследований препарата нетакимаб

Круглова Л.С. (30 мин.)

Профили пациентов для назначения биологической терапии

Львов А.Н. (20 мин.)

Новая фармакоэкономическая реальность

Древаль Р.О. (20 мин.)

15:15–16:45

Дерматоонкология. Ежегодная конференция НАДО (I)

Сопредседатели: *Потекаев Николай Николаевич, Бяхов Михаил Юрьевич, Титов Константин Сергеевич, Поляков Андрей Павлович*

О создании федерального референсного центра по раннему выявлению меланомы

Потекаев Н.Н. (15 мин.)

Лимфопролиферативные заболевания кожи

Дудина Г.А. (15 мин.)

Меланоцитарные невусы и меланома кожи у детей

Белышева Т.С. (15 мин.)

Современное лечение меланомы кожи головы и шеи

Поляков А.П. (15 мин.)

Роль определения сторожевого лимфоузла в диагностике и стадировании меланомы кожи

Сидоров Д.Б. (15 мин.)

Особенности хирургического лечения рака кожи головы и шеи

Яковлева Л.П. (15 мин.)

Сектор Б

11:45–13:15

Сателлитный симпозиум при поддержке компании SANOFI*

Таргетная биологическая терапия – новая возможность для пациентов с тяжелым атопическим дерматитом

Председатель: *Жукова Ольга Валентиновна, Разнатовский Константин Игоревич*

Атопический дерматит как социально-экономическая проблема

Жукова О.В. (10 мин.)

От патогенеза атопического дерматита к механизму действия первой таргетной биологической терапии

Серов Д.Н. (15 мин.)

Возможности применения биологической терапии при атопическом дерматите

Разнатовский К.И. (15 мин.)

Зуд как качественная проблема пациентов с атопическим дерматитом, требующая контроля

Львов А.Н. (15 мин.)

Атопический марш – может ли биологическая терапия решить проблему сочетания атопического дерматита и астмы

Круглова Л.С. (15 мин.)

Вопросы и обсуждение (20 мин.)

13:30–15:00

Сателлитный симпозиум при поддержке компании

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини»*

Хронические зудящие дерматозы: много проблем – пути решения

Модераторы: *Перламутров Юрий Николаевич, Ольховская Кира Брониславовна*

Зуд: от этиопатогенеза до клинической практики

Перламутров Ю.Н. (45 мин.)

Современные возможности терапии хронических дерматозов

Ольховская К.Б. (45 мин.)

15:15–16:45

Новое в лечении дерматозов (II)

Модераторы: *Охлопков Виталий Александрович, Круглова*

Лариса Сергеевна

Инновационные технологии в современных средствах ухода за кожей: дерматокосметика без границ

Охлопков В.А. (30 мин.)

Чему нас учит опыт использования Биологической терапии псориаза

*При поддержке компании «Новартис Фарма»**

Серов Д.Н. (15 мин.)

Можем ли мы сегодня предотвратить инвалидизацию у пациентов с псориазом и псориатическим артритом

*При поддержке компании «Новартис Фарма»**

Круглова Л.С. (15 мин.)

Актуальные клинические рекомендации по терапии розацеа: экспертный обзор

Круглова Л.С., Львов А.Н. (30 мин.)

Зал Олимп

11:45–13:15

Детская дерматология

Модераторы: *Короткий Николай Гаврилович, Поршина Оксана*

Владимировна, Заторская Наталья Филипповна

Корнеотерапия при атопическом дерматите у детей

Боткина А.С. (15 мин.)

Организация и результаты помощи детям врожденным буллезным эпидермолизом в г. Москве

Поршина О.В. (15 мин.)

Угревая болезнь у детей как важная медико-социальная проблема и возможности ее решения на современном уровне

Корнят М.С., Негашева Е.С., Пилявская С.О., Валитова И.В.,

Заторская Н.Ф. (15 мин.)

Тяжелые акне у подростков. Формула успеха терапевтической тактики.

Дрождина М.Б. (г. Киров) (15 мин.)

Артифициальный дерматит или гематидроз? Клинический случай.

Руднева Н.С., Карпущина В.Н., Драчев С.Н. (г. Тула) (15 мин.)

Спорадическая дерматологическая мозаика

Гребенюк В.Н., Соколова А.А., Баконина Н.В., Маркова М.Н.,

Корнят М.С., Симановская Е.Ю., Заторская Н.Ф. (15 мин.)

13:30–15:00

Новое в лечении дерматозов (I)

Модераторы: *Разнатовский Константин Игоревич, Халдин*

Алексей Анатольевич, Хлебникова Альбина Николаевна

Иксекизумаб – свежий взгляд на таргетную биологическую терапию среднетяжелых и тяжелых форм псориаза

*При поддержке компании Lilly**

Разнатовский К.И. (15 мин.)

Единые подходы к ведению пациента с простым герпесом (мировой и российский опыт)

*При поддержке компании ООО «Тева»**

Халдин А.А. (15 мин.)

Оптимизация терапии аллергодерматозов: традиции и инновации

Хлебникова А.Н. (30 мин.)

Псориаз волосистой части головы. Рациональный выбор наружной терапии.

Круглова Л.С. (15 мин.)

Комплексный подход к терапии диффузной алопеции

Круглова Л.С. (15 мин.)

15:15–16:45

Дерматоскопия и инструментальная диагностика

Модератор: Миченко Анна Валентиновна

Дерматоскопия в диагностике новообразований кожи: новые критерии и алгоритмы

Миченко А.В. (30 мин.)

Врожденные невусы: нужна ли дерматоскопическая диагностика?

Жучков М.В. (30 мин.)

Прогресс в разработке оригинальных отечественных методов оптической диагностики кожи

Кочетков М.А. (30 мин.)

Зал Москва

11:45–12:45

Пресс-конференция компании
ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини»

Научный подход в эстетической медицине. Новые разработки и методики для косметологии.

Президиум: Потекаев Николай Николаевич, Жукова Ольга Валентиновна, Шарова Алиса Александровна

4 октября

Сектор А

10:00–11:30

Дерматоонкология. Ежегодная конференция НАДО (II)

Модераторы: Потекаев Николай Николаевич, Титов Константин Сергеевич, Миченко Анна Валентиновна

Синдромы, ассоциированные с меланомой кожи

Миченко А.В. (30 мин.)

Карцинома Меркеля – редкая и агрессивная опухоль. Что делать?

Нагаева М.В. (15 мин.)

Саркома Капоши. Как распознать и правильно лечить?

Красноруцкий А.В. (15 мин.)

Редкие формы рака кожи

Кулик А.С. (15 мин.)

Ультрафиолет и злокачественные опухоли. Помогают ли солнцезащитные кремы?

Казиков А.М. (15 мин.)

11:45–14:15

Новое в лечении дерматозов (III)

Модераторы: Львов Андрей Николаевич, Круглова Лариса Сергеевна

Портреты пациентов с аллергодерматозами. Персонализированный подход в лечении.

Львов А.Н. (30 мин.)

Инновационная терапия атопического дерматита: взгляд аллерголога

*При поддержке компании SANOFI**

Борзова Е.Ю. (15 мин.)

Биологическая терапия для лечения атопического дерматита: какие уроки мы извлекли из терапии псориаза?

*При поддержке компании SANOFI**

Круглова Л.С. (15 мин.)

Правило тетрады в дерматологии

Львов А.Н. (15 мин.)

Таргетная терапия среднетяжелого псориаза: эффективность и комплаенс

Львов А.Н. (15 мин.)

Хроническая спонтанная крапивница в практике дерматовенеролога: новости

*При поддержке компании «Новартис Фарма»**

Круглова Л.С. (30 мин.)

Новые возможности терапии псориаза с диагностированным псориатическим артритом

*При поддержке компании Lilly**

Серов Д.Н. (15 мин.)

Ночной уход при акне: современные тенденции

*при поддержке бренда LIBREDERM**

Тамразова О.Б. (15 мин.)

14:30–16:00

Практический мастер-класс

Трихология*Проводит: Гаджигорова Аида Гусейхановна**Соведущие: Бобко Светлана Ивановна,**Хлыстова Елена Александровна*

Новые сигнальные пути в борьбе с потерей волос

Гаджигорова А.Г. (30 мин.)

Дифференциально-диагностические маркеры трихоскопии при некоторых болезнях волос

Романова Ю.С. (30 мин.)

Зуд волосистой части головы: клинические наблюдения и подходы к терапии

*Бобко С.И. (30 мин.)***Сектор Б****10:00–11:30****Актуальные аспекты ВИЧ-инфекции***Модераторы: Мазус Алексей Израилевич, Груздев Борис**Марленович, Ольшанский Александр Яковлевич*

Организации оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в г. Москве

Серебряков Е.М. (20 мин.)

«Московский стандарт» лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции

Ольшанский А.Я., Гейне М.Д. (20 мин.)

Клинико-лабораторная характеристика фаз развития ВИЧ-инфекции

Цыганова Е.В., Глухоедова Н.В., Ольшанский А.Я. (20 мин.)

Туберкулез кожи при ВИЧ-инфекции

Бессараб Т.П. (15 мин.)

Сложности диагностики: саркома Капоши, бактериальный ангиоматоз

*Груздев Б.М., Цыганова Е.В. (15 мин.)***11:45–13:15****Актуальные научные и клинические проблемы диагностики и лечения ИППП***Модератор: Гомберг Михаил Александрович, Кисина Вера**Ивановна, Гуштин Александр Евгеньевич*

Вирусные экстрагенитальные бородавки. Тактика ведения пациентов.

Гомберг М.А. (15 мин.)

Экстрагенитальные анатомические локусы как дополнительный резервуар возбудителей ИППП

*Гуштин А.Е. (15 мин.)*Сравнительный анализ современных подходов к лечению *M. genitalium*-инфекции в клинической практике*Кисина В.И. (15 мин.)*Оценка частоты и типа мутаций *M. genitalium* в динамике у пациентов дерматовенерологического профиля московского региона за период 2014–2018 года*Романова И.В., Кисина В.И., Гуштин А.Е. (15 мин.)*

Клинические особенности и лечение НГУ у мужчин, ассоциированного с БВ у их половых партнёров

Ким Д.Г. (15 мин.)

Исходы позднего кардиоваскулярного сифилиса

*Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н., Кисель О.В. (15 мин.)***13:30–15:00****Междисциплинарные и организационные аспекты клинических лабораторных исследований в дерматовенерологии***Сопредседатели: Фриго Наталия Владиславовна, Латыпова**Мунира Фадисовна, Сапожникова Наталья Александровна*

Стандарт «Московский врач» по клинической лабораторной диагностике

Латыпова М.Ф. (30 мин.)

Сложные случаи лабораторной диагностики в дерматовенерологии

Сапожникова Н.А., Бобров М.А. (15 мин.)

Что нужно знать о ПСА. Междисциплинарные аспекты.

Ходырева Л.А., Дударева А.А. (15 мин.)

Лабораторная диагностика аллергодерматозов у детей

Пампура А.Н., Варламов Е.Е. (15 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

Зал Олимп**10:00–10:45****Совещание главных специалистов по дерматовенерологии и косметологии Центрального федерального округа***Председатель: Потеекаев Николай Николаевич***11:00–12:30****Микология и Подология***Модератор: Цыкин Алексей Александрович*

Дерматофитный и недерматофитный онихомикоз. Современный взгляд на этиологию, патогенез, клинику и терапию.

Цыкин А.А. (20 мин.)

Патология стопы на дерматологическом приеме. Роль проблемной стопы в формировании патологии внутренних органов.

Фролов В.А. (20 мин.)

Деформация стопы. Хирургия VS Терапия.

Ряпалов Ю.В. (15 мин.)

Консервативные методы коррекции вросшего ногтя

Осколкова Е.Ю. (15 мин.)

Редкие инфекционные и неинфекционные заболевания кожи стоп и ногтей. Разбор клинических случаев.

Цыкин А.А. (20 мин.)

12:45–14:15

Склеродермия

Модераторы: Хамаганова Ирина Владимировна, Волнухин Владимир Анатольевич

Клинические варианты склеродермоподобных изменений кожи у больных хронической реакцией «трансплантат против хозяина»

Волнухин В.А., Кузьмина Л.А., Васильева В.А. (15 мин.)

Склероатрофический лишай гениталий

Хамаганова И.В. (15 мин.)

Редкие формы склеродермии в практике дерматовенеролога

Невозинская Э.А. (15 мин.)

Коморбидность при очаговой склеродермии

Плиева К.Т. (15 мин.)

Клинические аспекты линейной склеродермии

Каткова К.В. (15 мин.)

Метотрексат в лечении очаговой склеродермии

Кошелев Ю.А. (15 мин.)

14:30–15:45

УЗИ-визуализация и робот-ассистированные методики в дерматологии и косметологии

Модератор: Безуглый Артур Петрович

Высокочастотная ультразвуковая визуализация кожи, алгоритмы выявления основных патологических процессов; диагностика и профилактика осложнений контурной пластики.

Безуглый А.П. (40 мин.)

Роботизированный тренажер для косметологов

Мынбаев О.А. (20 мин.)

Дискуссия (15 мин.)

Малый зал

11:00–13:00

Совещание по вопросам недопустимости нарушения законодательства Российской Федерации в сфере эстетической медицины.

Выступают:

Андреева Е.Е., руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по г. Москве;

Плутницкий А.Н., руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по г. Москве и Московской области;

Потекаев Н.Н., главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы

* Сателлитные симпозиумы и доклады не обеспечиваются кредитами НМО



ЭФЛЕЙРА®
нетакимаб

**ОРИГИНАЛЬНЫЙ ИНГИБИТОР ИЛ-17
ДЛЯ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА***

СВОБОДА СНОВА БЫТЬ СОБОЙ

**СПОСОБСТВУЕТ ОЧИЩЕНИЮ КОЖИ
И ВОССТАНОВЛЕНИЮ НОГТЕЙ,
ЗНАЧИТЕЛЬНО УЛУЧШАЯ КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА**

85%

пациентов достигли
PASI 75 на 12 неделе
терапии

82%

пациентов достигли
почти чистой и чистой
кожи по индексу **sPGA 0/1**

52%

относительное изменение
индекса **NAPSI** на 12-й неделе
в сравнении со скринингом

БОЛЕЕ 90% ПАЦИЕНТОВ СОХРАНЯЮТ ОТВЕТ ПО ИНДЕКСУ PASI75 СПУСТЯ 1 ГОД ОТ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ

По данным КИ PLANETA (BCD-085-7) Международное многоцентровое сравнительное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование эффективности и безопасности двух режимов введения препарата нетакимаб – BCD-085 (ЗАО «БИОКАД», Россия) у больных среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом на 12-й неделе терапии. Данные в популяции PP (per protocol).

*среднетяжелых и тяжелых форм вульгарного псориаза

Краткая инструкция по применению препарата Эфлейра® Перед началом применения ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата Эфлейра®.

Краткое описание препарата Эфлейра®:

Нетакимаб, раствор для подкожного введения 60 мг/мл РУ № ЛП-005439

Показания к применению:

Лечение блаженного псориаза среднетяжелой и тяжелой степени у взрослых пациентов, когда показана системная терапия или фототерапия.

Способ применения и дозы: рекомендуемая доза 120 мг в виде двух подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) препарата каждая вводится 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем 1 раз каждые 4 недели, начиная с недели 6.

Противопоказания:

• Гиперчувствительность к нетакимабу, а также к любому из вспомогательных веществ препарата.

• Клинически значимые инфекционные заболевания в острой фазе, включая туберкулез.

• Детский и подростковый возраст до 18 лет.

• Беременность, грудное вскармливание.

• С осторожностью:

• Следует соблюдать осторожность при назначении препарата нетакимаб пациентам с хроническими и рецидивирующими инфекциями или с анамnestическими указаниями на них, в периоде ранней реконвалесценции после тяжелых и среднетяжелых инфекционных заболеваний, а также после недавно проведенной вакцинации живыми вакцинами.

• В связи с отсутствием данных клинических исследований о применении нетакимаба у пациентов старше 65 лет, следует соблюдать осторожность при назначении препарата пациентам указанной возрастной группы.

• В связи с отсутствием сведений о применении нетакимаба у больных воспалительными заболеваниями кишечника, следует избегать его назначения пациентам с болезнью Крона или язвенным колитом.

Особые указания:

• Наличие таких потенциально тяжелых инфекций, как ВИЧ, активный гепатит В и/или С, сифилис, туберкулез, относится к противопоказаниям для назначения нетакимаба.

• При использовании нетакимаба потенциально возможно развитие реакции гиперчувствительности. При возникновении анафилактических или других серьезных аллергических реакций применение препарата Эфлейра® следует немедленно прекратить и начать соответствующую симптоматическую терапию.

• Проведение терапии нетакимабом у пациентов с актуальной алкогольной или наркотической зависимостью, а также психическими заболеваниями ассоциировано со снижением комплаенса и, как следствие, снижением эффективности терапии. Необходим более тщательный мониторинг за пациентами с указанными состояниями.

• Не следует проводить иммунизацию живыми вакцинами в ходе лечения препаратом Эфлейра®. Вакцинация живыми вакцинами до начала терапии препаратом Эфлейра®, а также интервал между вакцинацией и началом терапии должны соответствовать действующим клиническим рекомендациям. Иммунизация инактивированными вакцинами во время терапии нетакимабом должна выполняться с осторожностью.

Побочное действие:

Наиболее частой нежелательной реакцией в проведенных клинических исследованиях была нейтропения, большинство случаев которой были легкой или средней степени тяжести, носили транзиторный характер и не требовали дополнительной терапии. Часто (от 1 до 10%) встречались инфекции верхних дыхательных путей, гипербилирубинемия, нейтропения, лейкопения, повышение активности аланинминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ). Для получения более подробной информации о препарате ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата Эфлейра®, ЗАО «БИОКАД», Россия.

Eucerin / Beiersdorf

Спонсор

105064, Москва, ул. Земляной Вал, д. 9,
БЦ «Ситидел», 5 этаж
телефон: +7 (495) 258-40-22
www.myeucerin.ru
www.beiersdorf.ru



Более 100 лет научных исследований в области дерматологии делают Eucerin® синонимом высокого качества, инновационного подхода и эффективности. С 1902 года Eucerin® создает эффективные дерматокосметические средства с учетом потребностей кожи при различных состояниях.

Eucerin – один из ведущих мировых дерматокосметических брендов, сегодня это – бренд № 1 по рекомендациям дерматологов в Германии и многих других странах мира. Доверие дерматологов – это главное доказательство того, что Eucerin® действительно работает. С 1902 года мы верим, что дерматокосметика способна изменить жизнь.

Берлин-Хеми/А. Менарини

Официальный спонсор

123112, Москва, Пресненская наб., д.10,
БЦ «Башня на набережной», блок Б
телефон: +7 (495) 785-01-00
электронная почта: info@berlin-chemie.ru
www.berlin-chemie.ru



Компания Берлин-Хеми / А. Менарини (Berlin-Chemie / A. Menarini) – представитель лидирующего фармацевтического объединения Италии Группы Менарини на территории Германии, Восточной Европы, в том числе России.

Все препараты Группы Менарини производятся в соответствии со строжайшими стандартами GMP. Компания всегда оперативно реагирует на потребности российского рынка и неизменно входит в тройку крупнейших производителей лекарственных средств, постоянно востребованных в России.

Инвестиции в новейшие разработки и технологии, научная работа в пяти крупных исследовательских центрах Италии, Испании и Германии позволяют компании занимать лидирующие позиции среди производителей лекарственных средств.

ЗАО «БИОКАД»

Официальный спонсор

198515, Санкт-Петербург, п. Стрельна, ул. Связи, 34, лит. А
телефон: +7 (812) 380-49-33
факс: +7 (812) 380-49-34
электронная почта: biocad@biocad.ru
www.biocad.ru



Компания BIOCAD создана в 2001 году. Это одна из крупнейших международных инновационных биотехнологических компаний в России, объединившая научно-исследовательские центры мирового уровня, современное фармацевтическое и биотехнологическое производство, доклинические и клинические исследования, соответствующие международным стандартам.

BIOCAD – компания полного цикла создания лекарственных препаратов от поиска молекулы до массового производства и маркетинговой поддержки. Компания фокусируется на препаратах для терапии онкологических, аутоиммунных и инфекционных заболеваний, также ведет разработки в области терапии других социально значимых заболеваний.



Никсар®

Биластин

Неседативный антигистаминный препарат, предназначенный для облегчения симптомов сезонного и круглогодичного аллергического риноконъюнктивита и крапивницы¹



RU NIX-01-2018 v2 Одобрено 05.2018

Никсар улучшает качество жизни²⁻⁴

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Никсар®.

МНН: Биластин. Лекарственная форма: таблетки, 20мг.

Показания к применению: Аллергический (сезонный и круглогодичный) риноконъюнктивит: устранение или облегчение симптомов (чихание, ощущение заложенности носа; зуд слизистой оболочки носа, ринорея, ощущение жжения и зуда в глазах, покраснение глаз, слезотечение). Крапивница: устранение или уменьшение кожного зуда, сыпи.

Противопоказания: повышенная чувствительность к биластину или вспомогательным компонентам препарата; возраст до 12 лет (эффективность и безопасность не установлены); беременность и период грудного вскармливания.

Применение препарат Никсар® во время беременности противопоказано в связи с отсутствием клинических данных о безопасности применения у беременных. В связи с отсутствием данных о проникновении биластина в грудное молоко, при необходимости применения препарата Никсар® в период грудного вскармливания, на время приема грудное вскармливание рекомендуется прекратить.

Способ применения и дозы: взрослые и дети старше 12 лет по 1 таблетке один раз в сутки внутрь, за один час до еды или через 2 часа после еды (или фруктового сока). Максимальная суточная доза составляет 20 мг, так как увеличение дозы не приводит к усилению терапевтического эффекта. При аллергическом риноконъюнктивите препарат применяется в течение всего периода контакта с аллергенами. При крапивнице лечение продолжается до исчезновения или облегчения симптомов. У пациентов с нарушением функции печени и почек, у пациентов пожилого возраста – коррекция дозы не требуется. Опыт применения препарата Никсар® у лиц старше 65 лет незначителен.

У пациентов с умеренным или тяжелым нарушением функции почек следует избегать одновременного применения биластина и ингибиторов Р-гликопротеина.

Условия отпуска из аптек: по рецепту.

Инструкция по медицинскому препарату. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Никсар® от 14.07.2016 (№ ЛП 003735/140716). Информация для специалистов здравоохранения

¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Никсар® от 14.07.2016

² Jauregui I et al. J Invest Allergol Clin Immunol 2011; 21:16-23

³ Bachert C, Kuna P, Sanquer F, Ivan P, Dimitrov V, Gorina MM et al.

Comparison of the efficacy and safety of bilastine 20 mg vs. desloratadine 5 mg in seasonal allergic rhinitis patients. Allergy 2009;64:158-165.

⁴ Zuberbier T et al. Allergy 2010;65:516-528

ООО «Берлин-Хем/А. Менарини», 123112, Москва, Пресненская набережная, 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01, www.berlin-chemie.ru.



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ «ВЕРТЕКС»

199106, Санкт-Петербург, Васильевский о., 24-я линия, д. 27А
телефон/факс: +7 (812) 329-30-41
www.vertex.spb.ru



Фармацевтическая компания «ВЕРТЕКС» является одним из ведущих игроков российской фармацевтической индустрии. Компания придает огромное значение исследованиям и контролю качества выпускаемых препаратов, соблюдению стандартов GMP.

В 2017 году компания стала лауреатом Премии Правительства Российской Федерации в области качества.

В портфеле компании более 200 позиций лекарственных препаратов, косметических средств, БАДов и изделий медицинского назначения. Активно развиваются дерматологическое, гинекологическое направления производства и продвижения продукции.

Дистрибуция продукции компании представлена по всей территории России, часть ассортимента в Казахстане, Белоруссии, Киргизии, Армении и Таджикистане

АО «Фармцентр ВИЛАР»

123458, Москва, ул. Маршала Прошлякова, д.30, 2 этаж, офис 206
телефон: +7 (499) 519-30-88
электронная почта: info@vilar-farmcenter.ru
www.vilar.ru



АО «Фармцентр ВИЛАР» создан в 1959 году на базе Всероссийского научно-исследовательского института лекарственных и ароматических растений (ВИЛАР) для промышленного получения новых лекарственных препаратов из растительного сырья. Сегодня это современное фармацевтическое предприятие, обеспечивающее Россию лекарственными препаратами европейского качества из растительного сырья. На протяжении многих лет лекарственные препараты АО «Фармцентр ВИЛАР» широко применяются педиатрами, терапевтами, гастроэнтерологами, кардиологами, неврологами. Все препараты являются лекарственными, т.е. прошли все стадии клинических исследований и имеют регистрационные удостоверения Минздрава РФ. Информация по основным направлениям представлена на наших сайтах:

www.allapinin.ru – лечение нарушений ритма сердца

www.bellataminal.ru – лечение мигрени и вегетосудистой дистонии

www.silimar.ru – защита и лечение печени

www.bezrecepta.ru – защита от вирусов и микробов

www.marena.ru – лечение мочекаменной болезни

www.alpizarin.ru – лечение герпеса и ОРВИ

www.ammifurin.ru – лечение псориаза и атопического дерматита

GALDERMA

Спонсор

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



В настоящее время Galderma является одним из мировых лидеров в производстве дерматологических и косметических средств, а также медицинских изделий для эстетической медицины.

Основными терапевтическими областями компании являются акне, розацеа, псориаз и возрастные изменения.

В настоящее время продукция компании представлена более чем в 80 странах мира.

ОДОБРЕН В РОССИИ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО
И ТЯЖЕЛОГО ПСОРИАЗА¹


таліс™
(иксекизумаб)

**ЧИСТАЯ
КОЖА,
К КОТОРОЙ
ПРИЯТНО
ПРИКОСНУТЬСЯ,
ВОЗМОЖНА**

Пациенты со среднетяжелым
и тяжелым псориазом
в исследовании
к 12 неделе терапии достигли
значительного очищения кожи:¹⁻³

90% пациентов
достигли
PASI 75

71% пациентов
достигли
PASI 90

40% пациентов
достигли
PASI 100

НЕДЕЛЯ 1: 30% СРЕДНЕЕ УЛУЧШЕНИЕ PASI ПО СРАВНЕНИЮ С ИСХОДНЫМ УРОВНЕМ⁴
НЕДЕЛЯ 156: БОЛЕЕ 50% ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГЛИ PASI 100⁵

Иксекизумаб: краткая инструкция по применению

Регистрационный номер: ЛП – 005200 от 20.11.2018. Торговое название препарата: ТАЛІС™. МНН: Иксекизумаб. Фармакотерапевтическая группа: Иммуносупрессанты, ингибиторы интерлейкина. Иксекизумаб представляет собой гуманизированное моноклональное антитело к цитокину интерлейкин 17А (ИЛ-17А и ИЛ-17А/Ф) из подкласса иммуноглобулинов G4 (IgG4). Повышение концентрации ИЛ-17А стимулирует пролиферацию и активацию кератиноцитов и, таким образом, играет ключевую роль в патогенезе псориаза. Иксекизумаб селективно связывается с ИЛ-17А и подавляет его действие за счет нейтрализации активности. В результате чего не происходит взаимодействия между ИЛ-17А и его рецептором.

Показания к применению: Лечение пациентов старше 18 лет со среднетяжелой или тяжелой степенью бляшечного псориаза при необходимости проведения системной терапии.

Противопоказания: Гиперчувствительность к иксекизумабу или любому из вспомогательных компонентов препарата, клинически выраженные активные инфекции, беременность и период грудного вскармливания, серьезные инфекционные заболевания в острой фазе, в том числе туберкулез, детский возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены).

Способ применения и дозы: Применение препарата Таліс™ должно осуществляться под наблюдением врача, имеющего опыт диагностики и лечения псориаза. Препарат Таліс™ вводят подкожно с использованием автоинъектора. Каждый автоинъектор предназначен для однократного применения. Нельзя использовать препарат в случае его помутнения, наличия механических включений и (или) изменения окраски на коричневую. Препарат не замораживать и не встряхивать. В первый день начала лечения препарат вводят в дозе 160 мг (две инъекции по 80 мг каждая). Следующие введения препарата осуществляют через 2 недели проводится одна инъекция в дозе 80 мг. В последующем препарат вводится 1 раз в 2 недели в дозе 80 мг через 4, 6, 8, 10 и 12 недель с момента первой инъекции. После 12 недель лечения рекомендуется введение 80 мг (одна инъекция) каждые 4 недели в качестве поддерживающей терапии.

Побочное действие: Наиболее распространенными нежелательными реакциями являются реакции в месте введения и инфекции верхних дыхательных путей (чаще всего назофарингит).

Реакции в месте введения: Наиболее частыми реакциями, наблюдавшимися в месте инъекции, были эритема и боль. Большинство реакций в месте инъекции оценивались как легкие или умеренные и не требовали прекращения приема препарата. Инфекции: В течение плацебо-контролируемого периода клинических исследований (наблюдение до 12 недель) инфекции были выявлены у 27,2 % пациентов с бляшечным псориазом, получавших терапию препаратом Таліс™, и у 22,9 % пациентов, получавших плацебо. В большинстве случаев инфекции оценивались как несерьезные и легкие или умеренно выраженные и не требовали прекращения приема препарата. Серьезные инфекции были зарегистрированы у 0,6 % пациентов, получавших терапию препаратом Таліс™ и у 0,4 % пациентов, получавших плацебо. За весь период лечения инфекции наблюдались у 52,8 % пациентов, получавших терапию препаратом Таліс™. Серьезные инфекции отмечались у 1,6 % пациентов, получавших препарат Таліс™.

Передозировка: В клинических исследованиях сообщалось о случаях передозировки без развития серьезных нежелательных явлений при однократном подкожном введении препарата до 240 мг. В случае передозировки рекомендуется мониторировать любые признаки и симптомы побочных реакций и немедленно проводить соответствующее симптоматическое лечение.

С осторожностью: Хронические и рецидивирующие инфекционные заболевания вирусной, грибковой или бактериальной природы, злокачественные опухоли в анамнезе, пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника.

Форма выпуска: Раствор для подкожного введения 80 мг/мл. По 1 мл препарата в шприце из бесцветного стекла типа I с небольшим ободком, закупоренный с одной стороны резиновым плungerом, а с другой стороны снабженный иглой для инъекций 27G с защитным колпачком. Шприц встраивают в автоинъектор. По 1, 2 или 3 автоинъектора вместе с инструкцией по применению препарата и руководством по использованию автоинъектора в пачке картонной.

Срок годности: 2 года. Отпускается по рецепту. Полная информация о препарате представлена в инструкции по медицинскому применению.

ООО «ЛИЛЛИ ФАРМА» 123317, МОСКВА, ПРЕСНЕНСКАЯ НАБ., Д. 10 ТЕЛ. (495) 258 50 01 ФАКС (495) 258 50 05

Ссылки:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Таліс™
2. Griffiths CEM, Reich K, Lebwohl M, et al. for the UNCOVER-2 and UNCOVER-3 Investigators. Comparison of ixekizumab with etanercept or placebo in moderate-to-severe plaque psoriasis (UNCOVER-2 and UNCOVER-3): results from two phase 3 randomised trials. *Lancet*. 2015;386(9983):541-551
3. Gordon KB, Beauvelt A, Papp KA, et al. for the UNCOVER-1, UNCOVER-2, and UNCOVER-3 Study Groups. Phase 3 trials of ixekizumab in moderate-to-severe plaque psoriasis. *N Engl J Med*. 2016;375(4):345-356.

4. Leonardi C, Langley R, Beauvelt A, et al. Rapid onset of Efficacy in Patients With Psoriasis Treated With Ixekizumab: A Pooled Analysis of Data From Two Phase 3 Randomized Clinical Trials (UNCOVER-2 and UNCOVER-3). *JAM ACAD Dermatol*. 2016; 74(5) (suppl 1): AB255
5. Leonardi et al. Maintenance of skin clearance with ixekizumab treatment of psoriasis: Three-year results from the UNCOVER-3 study *Journal of the American Academy of Dermatology*, ISSN: 1097-6787, Vol. 79, Issue: 5, Page: 824-830.e2



Спонсор

Фармацевтическая компания «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.»

Москва, Овчинниковская наб., 20, стр. 1
телефон: (495) 795-39-39, 783-29-01
электронная почта: inforus@drreddys.com
www.drreddys.ru



Компания «Д-р Редди'с Лэбораториз Лтд.» (NYSE: RDY) – интегрированная международная фармацевтическая компания, деятельность которой направлена на улучшение здоровья людей за счет предоставления доступных и инновационных лекарственных препаратов. Компания ведет свой бизнес в трех направлениях: фармацевтические услуги и активные субстанции, международные дженерики и патентованные препараты, которые вместе представляют широкий портфель услуг и продуктов, включающий активные фармацевтические субстанции, дженерики, биологические препараты, разнообразные рецептуры и новые химические соединения. В своей деятельности компания фокусируется на таких терапевтических областях, как гастроэнтерология, гинекология, кардиология, онкология, педиатрия и лечение диабета. Основными рынками для компании являются Индия, США, Россия и СНГ, Ю. Африка, Румыния и Новая Зеландия.

Более подробная информация на сайте www.drreddys.ru или www.drreddys.com

«ИнтерЛабСервис»

115035, Москва, ул. Садовническая, д. 20/13, стр. 2
телефон: +7 (495) 664-28-84
электронная почта: info@interlabservice.ru
www.interlabservice.ru

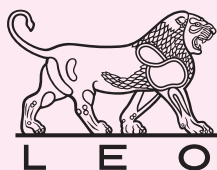


Компания «ИнтерЛабСервис» более 17 лет осуществляет оснащение клинично-диагностических, научно-исследовательских, ветеринарных и криминалистических лабораторий современным оборудованием, наборами реагентов и расходными материалами для молекулярно-биологических исследований, медицинской генетики и полногеномного секвенирования. Продуктовый портфель компании представлен ведущими российскими и мировыми брендами: AmpliSens™ (Россия), Hamilton (Швейцария/США), Thermo Fisher Scientific (США), BioRad (США), MGI (Китай/США), Agena Bioscience (США), Confocal.nl (Нидерланды), Axugen (США), AmpliPrime™ (Россия), Aptaka (Италия).

ЛЕО Фарма

Ведущий спонсор

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



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

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

Компания полностью принадлежит Фонду ЛЕО. Штаб-квартира находится в Дании. Штат сотрудников насчитывает около 5000 человек по всему миру.

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

С более подробной информацией можно ознакомиться на сайтах www.leo-pharma.ru и www.leo-pharma.com.



Адвантан®

для взрослых, детей и младенцев
с 4х месяцев для лечения
дерматита и экземы¹

- Быстрое начало действия и быстрое избавление от зуда и других симптомов^{2,3}
- Последняя оригинальная разработка среди топических стероидов, с высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности^{4,5}



Инструкция по медицинскому применению препарата Адвантан® – сокращенная версия. **Действующее вещество:** метилпреднизолона ацепонат 0.1%. **Лекарственная форма:** мазь для наружного применения, крем для наружного применения, эмульсия для наружного применения. **Фармакодинамика:** подавляет воспалительные и аллергические кожные реакции. После многократного нанесения на большие поверхности (40–60 % поверхности кожи), а также применении под окклюзионную повязку не отмечается нарушений функций надпочечников. При применении до 12 недель у взрослых и до 4 недель у детей (в том числе, раннего возраста) не было выявлено развития атрофии кожи. **Показания к применению:** Атопический дерматит, истинная экзема, микробная экзема, аллергический и простой контактный дерматит, профессиональная экзема (для всех форм, кроме эмульсии), дисгидротическая экзема (для всех форм, кроме эмульсии). **Дополнительно для эмульсии:** себорейный дерматит, фотодерматит, солнечный ожог.

Противопоказания: гиперчувствительность, туберкулез, сифилис и вирусные инфекции кожи, розацеа, периоральный дерматит, участки кожи с реакцией на вакцинацию, детский возраст до 4 месяцев. **Способ применения и дозы:** 1 раз в сутки. Длительность – до 12 нед у взрослых и до 4 нед у детей. **Побочное действие:** очень редко – местные реакции (зуд, жжение, эритема, сыпь); редко – фолликулит, гипертрихоз, периоральный дерматит, депигментация, аллергические реакции. При применении >4 недель или на площади >10% кожи, возможны атрофия, телеангиэктазии, стрии, акнеформные изменения и системные эффекты кортикостероидов. **Особые указания:** При наличии инфекционных осложнений необходимо дополнительное специфическое лечение. Избегать попадания в глаза. **Беременность и лактация:** Если польза превышает риск. При лактации не наносить на молочные железы. **Лекарственные взаимодействия:** не выявлено. **Условия отпуска из**

аптек: без рецепта. **Регистрационное удостоверение:** П N013563/03, П N013563/02, П N013563/04, П N013563/01

Источники информации: 1. Инструкция по медицинскому применению препарата Адвантан®. 2. Garcia Ponte L, Ebert U. Frontiers of rapid itch relief: a review of methylprednisolone aceponate. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2012 Nov;26 Suppl 69–13. 3. Mensing H, Lorenz B. Experience with methylprednisolone aceponate (MPA) in patients suffering from acute and chronic eczema. Z Hautkrankh 1998; 73: 281–285. 4. Blume-Peytavi U, Wahn U. J Eur Acad Dermatol Venerol 2011;25:508–15. 5. Luger TA. J Eur Acad Dermatol Venerol 2011;25(3):251–8.

ООО «ЛЕО Фармасьютикал Продактс»

Адрес: 123315, Москва, Ленинградский проспект, д. 72, корп. 2
Тел.: +7(495) 789-11-60, e-mail: info.ru@leo-pharma.com

www.leo-pharma.ru

MAT-26998-07-2019

Информация для специалистов здравоохранения

LIBREDERM

Спонсор

142100, Московская область,
г. Подольск, ул. Комсомольская, д. 1
телефон: +7 (495) 580-30-69
www.librederm.ru

**LIBRE
DERM**
DERMATOLOGY

LIBREDERM – это космецевтический бренд, предлагающий современные решения в области дерматологии. LIBREDERM DERMATOLOGY – это средства направленного действия с высокой концентрацией специально отобранных биологически активных компонентов, разработанных с учетом особенностей чувствительной кожи. Формулы LIBREDERM DERMATOLOGY включают инновационные растительные комплексы, которые показали свою эффективность в испытаниях in vitro и in vivo. Безопасность и эффективность каждого продукта обусловлены тщательным тестированием всех этапов производства и выверенностью формул. Международные лаборатории LIBREDERM – это 17 ведущих научно-исследовательских центров по всему миру, предлагающих самые актуальные решения для проблем кожи и волос.

ООО «Лилли Фарма»

Ведущий спонсор

123317, Москва, Пресненская наб., 10
БЦ «Башня на набережной», Блок А
телефон: +7 (495) 258-50-01
факс: +7 (495) 258-50-05
электронная почта: moscow_reception@lilly.com
www.lilly.ru



Компания «Лилли» – международная инновационная фармацевтическая компания, основанная в 1876 году. На протяжении более чем 140 лет компания «Лилли» разрабатывает методы помощи пациентам в области эндокринологии, онкологии, психиатрии, инфекционных заболеваний, неврологии, кардиологии, урологии и аутоиммунных заболеваний. Более 25 лет своего присутствия в России компания работает на благо российских пациентов и медицинских специалистов. В России «Лилли» зарегистрировала около 30 препаратов для лечения социально значимых заболеваний. Компания вносит значительный вклад в развитие российского здравоохранения с помощью научных исследований и разработок, передачи технологий, развития партнерств и образовательных инициатив.

Mölnlycke Health Care AB

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



Компания Mölnlycke является мировым лидером в разработке медицинских изделий и решений, позволяющих медицинским специалистам достигать лучших клинических и экономических результатов. Наша продукция включает:

- атравматичные и высокоэффективные повязки для лечения ран с уникальной технологией адгезивного покрытия Safetac®. Примерами таких повязок являются Meripitel® и семейства Meriilex®, предназначенные для профилактики, защиты и заживления широкого спектра ран;
- безопасные и эффективные одноразовые расходные материалы для операционной, например, хирургические перчатки Biogel® и наборы для операций. Использование высокотехнологичной продукции позволяет свести к минимуму риск развития послеоперационных осложнений и повысить продуктивность работы в операционной.

Компания Mölnlycke Health Care насчитывает около 7,5 тысячи сотрудников и ведет деятельность в 90 странах мира, а ее штаб-квартира расположена в городе Гетеборг, Швеция. Мы гордимся тем, что содействуем улучшению качества медицинской помощи и повышению эффективности лечения пациентов.

**ОДОБРЕН В РОССИИ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО
И ТЯЖЕЛОГО ПСОРИАЗА
И АКТИВНОГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА³**

ТАЛС™ (иксекизумаб)

ДВИЖЕНИЯ. ПРИКОШНОВЕНИЯ. ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ.

**В исследовании при ПСОРИАТИЧЕСКОМ
АРТРИТЕ к 52 неделе**

**ЗНАЧИМОЕ УЛУЧШЕНИЕ
ФУНКЦИИ СУСТАВОВ¹**

69% ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГЛИ
ACR20

55% ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГЛИ
ACR50

39% ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГЛИ
ACR70

**ЗНАЧИМОЕ И УСТОЙЧИВОЕ
ТОРМОЖЕНИЕ ДЕСТРУКЦИИ
СУСТАВОВ^{1,2}**

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ТАЛС™

Регистрационный номер ЛП-005200 от 20.11.2018
Торговое название препарата: ТАЛС™.

ИМН: Иксекизумаб.

Фармакоэвентическая группа: Иммуносупрессанты, ингибиторы интерлейкина. Иксекизумаб представляет собой гуманизированное моноклональное антитело к циткину интерлейкин 17А (ИЛ-17А) и ИЛ-17А(Ф) из подкласса иммуноглобулина G4 (IgG4). Повышение концентрации ИЛ-17А стимулирует пролиферацию и активацию кератиноцитов и, таким образом, играет ключевую роль в патогенезе псориаза. Иксекизумаб селективно связывается с ИЛ-17А и подавляет его действие за счет ингибирования активности. В результате чего не происходит взаимодействия между ИЛ-17А и его рецептором.

Показания к применению: Лечение пациентов старше 18 лет со среднетяжелой или тяжелой степенью бляшечного псориаза при необходимости проведения системной терапии. Лечение пациентов старше 18 лет с активным псориатическим артритом в качестве монотерапии или в комбинации с метотрексатом при недостаточном ответе на предшествующую терапию одним или несколькими базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) или ее непереносимости.

Противопоказания: Гиперчувствительность к иксекизумабу или любому из вспомогательных компонентов препарата, клинически выраженные активные инфекции, беременность и период грудного вскармливания, серьезные инфекционные заболевания в острой фазе, в том числе туберкулез, долговозраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены).

Способ применения и дозы: Применение препарата ТАЛС™ должно осуществляться под наблюдением врача, имеющего опыт диагностики и лечения псориаза. Препарат ТАЛС™ вводит подкожно с использованием автоинъектора. Каждый автоинъектор предназначен для однократного применения. Нельзя использовать препарат в случае его получения, наличия механических включений и/или изменений окраски на картридже. Препарат не замораживать и не встряхивать. В первый день начала лечения препарат вводят в дозе 160 мг (две инъекции по 80 мг каждая). Следующие введения препарата осуществляют через 2 недели: проводят одна инъекция в дозе 80 мг. В последующем препарат вводят 1 раз в 2 недели в дозе 80 мг через 4, 6, 8, 10 и 12 недель с момента первой инъекции. После 12 недель лечения рекомендуется введение 80 мг (одна инъекция) каждые 4 недели в качестве поддерживающей терапии. У пациентов с псориатическим артритом в качестве начальной дозы выполняют две инъекции по 80 мг ТАЛС™, таким образом, совокупная начальная доза составляет 160 мг. В дальнейшем выполняют по одной инъекции (80 мг)

ООО «ЛИЛЛИ ФАРМА» 123112, МОСКВА, ПРЕСНЕНСКАЯ НАБ., Д. 10 ТЕЛ. (495) 258 50 01 ФАКС (495) 258 50 05

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Mease PJ, van der Heijde D, Brilstein CT, et al. on behalf of the SPRITR-P1 Study Group. Ixekizumab, an interleukin-17A specific monoclonal antibody, for the treatment of biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled and active (adalimumab)-controlled period of the phase III trial SPRITR-P1. Ann Rheum Dis. 2017;76(1):79-87.

**В исследовании при ПСОРИАЗЕ
к 12 неделе**

**ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ
ОЧИЩЕНИЯ КОЖИ - ВКЛЮЧАЯ PASI 100⁴**

90% ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГЛИ
PASI 75

71% ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГЛИ
PASI 90

41% ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГЛИ
PASI 100

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
СО СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ
И ТЯЖЕЛЫМ ПСОРИАЗОМ**

каждые 4 недели. У пациентов с сопутствующим псориазом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести рекомендуемый режим дозирования соответствует таковому для бляшечного псориаза.

Побочное действие: Наиболее распространенными нежелательными реакциями являются реакции в месте введения и инфекции верхних дыхательных путей (без учета кандидоза).

Реакции в месте введения: Наиболее частыми реакциями, наблюдавшимися в месте инъекции, были эритема и боль. Большинство реакций в месте инъекции оценивались как легкие или умеренные и не требовали прекращения приема препарата.

Инфекции: В течение плацебо-контролируемого периода клинических исследований (наблюдение до 12 недель) инфекции были выявлены у 27,2 % пациентов с бляшечным псориазом, получавших терапию препаратом ТАЛС™, и у 22,9 % пациентов, получавших плацебо. В большинстве случаев инфекции оценивались как несерьезные и легкие или умеренно выраженные и не требовали прекращения приема препарата. Серьезные инфекции были зарегистрированы у 0,6 % пациентов, получавших терапию препаратом ТАЛС™ и у 0,4 % пациентов, получавших плацебо. За весь период лечения инфекции наблюдались у 52,8 % пациентов, получавших терапию препаратом ТАЛС™, и у 51,6 % пациентов, получавших плацебо.

Передозировка: В клинических исследованиях случаев дозолимитирующей токсичности при подкожном введении препарата в дозах до 180 мг не отмечалось.

В клинических исследованиях сообщалось о случаях передозировки без развития серьезных нежелательных явлений при однократном подкожном введении препарата до 240 мг. В случае передозировки рекомендуется мониторировать любые признаки и симптомы побочных реакций и немедленно проводить соответствующее симметрическое лечение.

С осторожностью: Хронические и рецидивирующие инфекционные заболевания вирусной, грибковой или бактериальной природы, злокачественные опухоли в анамнезе, пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника.

Форма выпуска: Раствор для подкожного введения 80 мг/мл. По 1 мл препарата в шприц из бесцветного стекла типа I с небольшим ободком, укомплектованный с одной стороны резиновым плунжером, а с другой стороны снабженный иглой для инъекции 27G с защитным колпачком. Шприц встраивают в автоинъектор. По 1, 2 или 3 автоинъектора вместе с инструкцией по применению препарата и руководством по использованию автоинъектора в пачке картонной.

Срок годности: 2 года. Оттукнется по рецепту. Полная информация о препарате представлена в инструкции по медицинскому применению



На правах рекламы



Информация для специалистов здравоохранения

FP-IX-RU-0064 06.06.2019

ООО «Новartis Фарма»

Спонсор

125315, Москва, Ленинградский пр-т, д. 72, корп. 3
телефон: +7 (495) 967-12-70
www.novartis.ru



«Новartis Фарма» – один из мировых лидеров в разработке инновационных рецептурных лекарственных препаратов. Основные направления деятельности компании: кардиология, офтальмология, эндокринология, ревматология, дерматология, онкология, неврология, трансплантология, иммунология и область респираторных заболеваний.

Портфель «Новartis Фарма» включает порядка 50 эффективных инновационных препаратов с действующими патентами, а также молекулы в развитии. Компания является лидером по количеству клинических исследований в России среди иностранных производителей. Миссия компании заключается в поиске путей улучшения качества и продолжительности жизни людей. «Новartis Фарма» активно сотрудничает с ведущими академическими и исследовательскими учреждениями, поддерживает развитие ключевых терапевтических направлений в медицинской науке и практике, а также образовательные программы для врачей и пациентов.

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция)

Генеральный спонсор

125009, Москва, ул. Тверская, д. 22.
телефон: +7 (495) 721-14-00
факс: +7 (495) 721-14-11
www.sanofi.ru



«Санофи» – глобальная биофармацевтическая компания, деятельность которой направлена на удовлетворение потребностей пациентов во всем мире. Компания представлена в 100 странах на пяти континентах, в ней работают около 110 000 сотрудников в мире. «Санофи» присутствует в России с 1970 года и предлагает пациентам обширный портфель оригинальных лекарственных средств, дженериков и безрецептурных препаратов в ключевых терапевтических областях (сахарный диабет, онкология, сердечно-сосудистые заболевания, внутренние болезни, тромбозы, редкие заболевания и рассеянный склероз), а также человеческие вакцины.

ООО «ТЕВА»

Спонсор

115054, Москва, ул. Валовая, д. 35, БЦ «Wall Street»
телефон: +7 (495) 644-22-34
факс: +7 (495) 644-22-35
электронная почта: info@teva.ru
www.teva.ru



Teva Pharmaceutical Industries Ltd. – один из лидеров мировой фармацевтической отрасли, ведущий производитель генерических препаратов. Компания с более чем столетней историей, штаб-квартира которой расположена в Израиле, ежедневно предлагает высококачественные, ориентированные на потребности пациента решения для миллионов нуждающихся в лечении людей.

Dermafil™

Теперь в распоряжении специалистов
есть профессиональные, надежные
3D-лифтинговые нити.

Их применение помогает возвращать
пациентам уверенность в себе.

Дупиксент® — биологический препарат, ингибирующий функции одновременно двух ключевых цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-13, играющих роль в патогенезе астмы^{1,2}

T2-АСТМА³

Дупиксент®
(дупилумаб)

ПУТЬ К ДОЛГОСРОЧНОМУ КОНТРОЛЮ АСТМЫ⁴

В качестве дополнительной поддерживающей терапии для пациентов старше 12 лет со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой¹

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ
ТЯЖЕЛЫХ ОБОСТРЕНИЙ

до **81%**

у пациентов с исходным уровнем ЭОЗ > 300 кл/мкл, получавших дупилумаб в дозе 300 мг к2н в сочетании с базисной терапией^{*2}

ПОЛНАЯ ОТМЕНА
ПГКС

до **48%**

пациентов, получавших дупилумаб в дозе 300 мг к2н в сочетании с базисной терапией^{*5}

УЛУЧШЕНИЕ ОФВ₁

до **480** мл

к 52 неделе по сравнению с исходным уровнем у пациентов с ЭОЗ > 300 кл/мкл, получавших дупилумаб 300 мг к2н в сочетании с базисной терапией^{*4}

Список сокращений:

ЭОЗ - эозинофилы; кл/мкл - клеток в микролитре; к2н - каждые 2 недели; ПГКС - пероральные глюкокортикостероиды; ОФВ₁ - объем форсированного выдоха за первую секунду
^{*}Базисная терапия включала в себя применение средних или высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с бета-2 агонистами и ПГКС у пациентов с гормонозависимой астмой

Список литературы:

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дупиксент® (дупилумаб), Регистрационный номер ЛП-005440 от 04.04.2019 г. Лекарственная форма: раствор для подкожного введения. Фармакологические свойства: дупилумаб – рекомбинантное человеческое моноклональное антитело (подтип IgG4) к α-субединице рецептора интерлейкина-4. Фармакотерапевтическая группа: ингибиторы интерлейкина. Код АТХ: D11AH05. Показания к применению: атопический дерматит среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых пациентов при недостаточном ответе на терапию топическими лекарственными препаратами или в случае, когда такие препараты не рекомендованы к применению, препарат Дупиксент® может применяться в монотерапии или одновременно с топическими лекарственными препаратами; в качестве дополнительной поддерживающей терапии бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения у пациентов 12 лет и старше с эозинофильным фенотипом или у пациентов с гормонозависимой бронхиальной астмой, получающих пероральные глюкокортикостероиды. Противопоказания: повышенная чувствительность к дупилумабу или любому из вспомогательных веществ препарата, детский возраст до 18 лет у пациентов с атопическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения и детский возраст до 12 лет у пациентов с бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого течения в связи с неустановленными эффективностью и безопасностью применения. С осторожностью: при беременности (только если ожидаемая польза превышает потенциальный риск для плода). Способ применения и дозы: Препарат Дупиксент® вводится подкожно. Атопический дерматит: рекомендуемая доза препарата Дупиксент® у взрослых пациентов состоит из начальной дозы 600 мг и введения далее 300 мг каждые две недели; в зависимости от индивидуального терапевтического ответа доза может быть увеличена до 300 мг ежедневно. Бронхиальная астма: рекомендуемая доза препарата Дупиксент® у взрослых пациентов и детей (12 лет и старше): начальная доза – 400 мг (2 инъекции по 200 мг), далее – по 200 мг каждые 2 недели. В зависимости от индивидуального терапевтического ответа доза может быть увеличена до 300 мг каждые 2 недели. Для пациентов с глюкокортикостероидозависимой бронхиальной астмой или с сопутствующим среднетяжелым или тяжелым атопическим дерматитом, при котором показано применение препарата Дупиксент® начальная доза – 600 мг (2 инъекции по 300 мг), далее – по 300 мг каждые 2 недели. В случае пропуска дозы пациент должен получить инъекцию как можно скорее и затем продолжить лечение в соответствии с назначенным ему режимом введения препарата. Побочное действие: наиболее частыми нежелательными реакциями, которые наблюдались в клинических исследованиях у пациентов с атопическим дерматитом, были конъюнктивит, бактериальный конъюнктивит, аллергический конъюнктивит, реакции в месте инъекции, герпес ротовой полости, эозинофилия, простой герпес, блефарит, зуд в глазах, синдром сухого глаза; наиболее частыми нежелательными реакциями, которые наблюдались в клинических исследованиях у пациентов с бронхиальной астмой, были эритема, отек и зуд в месте инъекции.



ОБЩИЕ УСИЛИЯ



ОБЩИЙ УСПЕХ

ДУПИКСЕНТ – ПЕРВЫЙ И ЕДИНСТВЕННЫЙ ТАРГЕТНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ТЕРАПИИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ^{*1,2}

- **Подавляет действие одновременно двух ключевых цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-13 – медиаторов воспаления, лежащего в основе atopического дерматита²**
- **Способствует уменьшению зуда, стойкому очищению кожи и длительному контролю над заболеванием^{**3-4}**
- **Благоприятный профиль безопасности: частота нежелательных явлений сопоставима с плацебо⁴⁻⁵**

*Первый и единственный препарат, зарегистрированный к медицинскому применению на территории РФ. Под неконтролируемым atopическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения подразумевается недостаточный ответ на терапию топическими лекарственными препаратами или в случае, когда такие препараты не рекомендованы к применению¹.

**39% пациентов в группе дупилумаба достигли чистой или почти чистой кожи уже через 16 недель терапии, по сравнению с 12% пациентов в контрольной группе (P<0,0001). Через 52 недели терапии 51% и 13% пациентов в группе дупилумаба и в контрольной группе соответственно (P<0,0001) отметили снижение пиковой интенсивности кожного зуда на 4 балла и более при оценке по 11-балльной нумерологической шкале⁴.

Литература:

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дупиксент® (дупилумаб), регистрационный номер ЛП-005440 от 04.04.2019. 2. Gandhi NA, et al. Nat Rev Drug Discov. 2016;15(1):35-50. 3. Simpson EL et al, N Engl J Med. 2016; 375(24): 2335–2348. 4. Blauvelt A et al, Lancet, 2017; 389: 2287–2303. 5. Han Y, Chen Y et al, J Allergy Clin Immunol, 2017 Sep;140(3):888-891

Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Дупиксент® (дупилумаб), Регистрационный номер ЛП-005440 от 04.04.2019. Лекарственная форма: раствор для подкожного введения. Фармакологические свойства: дупилумаб – человеческое моноклональное антитело (подтип IgG4) к α -субъединице рецептора интерлейкина-4. Фармакотерапевтическая группа: ингибиторы интерлейкина. Код АТХ: D11AH05. Показания к применению: препарат Дупиксент® показан для лечения atopического дерматита среднетяжелого и тяжелого течения в монотерапии или совместно с топическими кортикостероидами у взрослых пациентов при недостаточном ответе на терапию топическими лекарственными препаратами или в случае, когда такие препараты не рекомендованы к применению; в качестве дополнительной поддерживающей терапии бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения у пациентов старше 12 лет с эозинофильным фенотипом или гормонозависимой бронхиальной астмой. Противопоказания: повышенная чувствительность к активному веществу или любому вспомогательному компоненту препарата; детский возраст до 18 лет у пациентов с atopическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения и детский возраст до 12 лет у пациентов со среднетяжелой или тяжелой бронхиальной астмой в связи с неустановленным эффективностью и безопасностью применения у данных возрастных групп. С осторожностью: при беременности (только если ожидаемая польза превышает потенциальный риск для плода). Способ применения и дозы: лечение препаратом Дупиксент® должно назначаться и проводиться под контролем специалистов, имеющих опыт диагностики и лечения atopического дерматита и/или бронхиальной астмы соответственно показанию. Препарат Дупиксент® вводят подкожно. Рекомендуемая доза препарата Дупиксент® для лечения atopического дерматита среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых пациентов состоит из нагрузочной дозы 600 мг и введения далее поддерживающей дозы 300 мг каждые две недели; для лечения бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения у пациентов старше 12 лет – нагрузочная доза 400 мг и далее 200 мг каждые две недели; для лечения гормонозависимой бронхиальной астмы у пациентов старше 12 лет или бронхиальной астмы с сопутствующим atopическим дерматитом среднетяжелого или тяжелого течения, при котором показано применение препарата Дупиксент®, – нагрузочная доза 600 мг и далее 300 мг каждые две недели. Побочное действие: наиболее частыми нежелательными реакциями, которые наблюдались в клинических исследованиях у пациентов с atopическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения, были конъюнктивит бактериальной, аллергической и неясной этиологии, реакции в месте инъекции, герпес ротовой полости, эозинофилия, простой герпес, блефарит, зуд в глазах, синдром сухого глаза; наиболее частыми нежелательными реакциями, которые наблюдались в клинических исследованиях у пациентов со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой, были эритема, отек и зуд в месте инъекции.



Фармацевтическая компания «Ядран»

119330, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 38, оф. VII
телефон: +7 (499) 143-33-71
www.jgl.ru



Фармацевтическая компания «Ядран» Основана в 1991 году в Хорватии. Помимо Хорватии, представительства компании открыты еще в семи странах, включая Россию (1999 г.), кроме того компания активно сотрудничает со многими странами восточной Европы и странами Балтии.

«Ядран» сегодня – это компания-производитель более 400 наименований высококачественных лекарственных препаратов, применяемых в различных терапевтических областях. В России группа препаратов, применяемых в дерматологии, представлена следующими лекарственными средствами: Розамет – 1% крем метронидазола для местной терапии розацеа; Зеркалин – 1% раствор клиндамицина для местной терапии акне; Акнекутан – инновационная форма изотретиноина с увеличенной биодоступностью для системной терапии тяжелых и резистентных форм акне; Перфэктоин – крем против ксероза, обеспечивающий длительное увлажнение кожи за счет уникальной молекулы природного происхождения эктоина.

ООО «ЭЛЛМАН-РУС»

111250, Москва, пр-д Завода «Серп и Молот», д. 6, корп.1, оф.505
телефон: +7 (495) 411-91-49
электронная почта: info@surgitron.ru
www.surgitron.ru



Компания «ЭЛЛМАН-РУС» представляет первый в мире истинный радиоволновой аппарат «Сургитрон 4.0 МГц Pelleve S5-IEC», генерирующий короткие радиоволны высокой частоты 4,0 МГц. «Сургитрон 4.0 МГц Pelleve S5-IEC» используется в косметологии с 2009 года. С помощью электродов Pellevé™ Glide Safe выполняется технология безоперационной подтяжки кожи лица и лечения морщин Pellevé™. Новейшие электроды Pellefirm уменьшают проявления целлюлита, дряблости кожи тела. Специальными косметологическими электродами проводятся процедуры безрубцовой эпиляции, удаления сосудистых звездочек (телеангиэктазий), удаления новообразований кожи и радиоволновой шлифовки. Безусловная эффективность технологии доказана клинически как за рубежом, так и в России.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

ИД «Косметика и медицина», Россия

117342, Москва, ул. Булterова, д. 17-Б, оф. 341
телефон: +7 (495) 777-54-67
электронная почта: info@cmjournal.ru
www.cmjournal.ru



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

Наши журналы:

- Косметика и медицина – научно-публицистический журнал о тенденциях, перспективных разработках и инновациях в области косметологии и эстетической медицины.
- Аппаратная косметология – прикладной журнал об аппаратных методах омоложения и коррекции эстетических дефектов кожи.
- Инъекционные методы в косметологии – прикладной журнал о малоинвазивных инъекционных методах омоложения и коррекции эстетических дефектов кожи.
- ANTI-AGE косметология и медицина – прикладной специализированный журнал о профилактике и коррекции возрастных изменений кожи и других внешних признаков старения методами косметологии и эстетической медицины.

Косметика и медицина (www.cmjournal.ru) – самый большой интернет-магазин специализированной литературы по косметологии и эстетической медицине, а также информационный сервис по обучению.

Фарматека, журнал

117485, Москва, ул. Обручева, д.30/1, стр.2
телефон: +7 (495) 786-25-57
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmateca.ru

ФАРМАТЕКА

Публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов.

Журнал «Фарматека» – это:

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

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.

Видаль

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



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

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

Наряду со справочниками по лекарствам компания успешно реализует выпуск эксклюзивных обучающих материалов для пациентов в сотрудничестве с американской корпорацией Krames.

Мы также активно развиваем digital-сервисы:

- сайт www.vidal.ru
- БД в составе медицинских информационных систем для лечебных учреждений и аптек
- справочники для персональных компьютеров и мобильных устройств.

Журнал «Дерматология» серии «Медицинский алфавит» научно-практический журнал, Россия

129344, г. Москва, ул. Ак Королева, д. 13, а\я 94
 телефон: +7 (495) 616-48-00, +7 (495) 221-76-48
 факс: +7 (495) 221-76-48
 электронная почта: medalfavit@mail.ru
www.medalfavit.ru



«Медицинский алфавит» - серии научно-практических рецензируемых журналов. Входит в Перечень ВАК. Издается с 2002 года ежеквартальными сериями.

Серия «Дерматология» имеет научный статус по специальности в ВАК, редакционный совет включает ведущих специалистов, распространяется на мероприятиях по профилю. Статьи рецензируются, цитируются, многие авторы размещены в Scopus.

Подписка через редакцию и Роспечать индекс 36228, ISSN 2078-5631, входит в РИНЦ, НЭБ, ВАК, ВИНТИ. Выпускается издательством медицинской литературы «Альфмед».

Кто есть Кто в медицине, Журнал

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



Журнал обеспечивает многосторонний диалог по вопросам реализации программ здравоохранения, развития современных медицинских технологий, совершенствования организационной деятельности, поиска эффективных инновационных решений, служит инструментом в кадровой политике, укрепляющим репутацию и стимулирующим лучших сотрудников, обеспечивающих прогресс и профессиональный успех отечественной медицины. Журнал издается с 2003 года в шести форматах с открытым доступом. Выбирайте удобный формат и присоединяйтесь к диалогу qr.kto-kto.ru/ktokto.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-26672 выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия

Дата регистрации СМИ: 28 апреля 2003 г.

Издатель: ООО «Кто есть Кто».

MEDVESTNIK.RU

117485, Москва, ул. Обручева, д.30/1, стр.2
 телефон: +7 (495) 786-25-57
 электронная почта: client@bionika-digital.ru
 www.medvestnik.ru/



Medvestnik.ru – специализированный портал для врачей и организаторов здравоохранения. Medvestnik.ru объединяет в себе новостную ленту, библиотеку профессиональных изданий, медицинскую базу знаний «Энцикломедия», а также видеоканал Медвестник-ТВ.

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

127006, г. Москва, ул. Тверская 18/1, офис 642
 телефон: 8-495-650-61-50
 электронная почта: vrvn.redaktor@gmail.com
 www.vrachivmeste.ru



Медицинский образовательный сайт, социальная сеть для врачей "Врачи вместе" <https://vrachivmeste.ru/> представляет собой закрытый сайт, на котором на данный момент зарегистрировано более 113 тысяч врачей всех медицинских специальностей.

На базе этого сайта мы проводим обучающие вебинары, интернет-конференций, онлайн-трансляции с крупнейших конгрессов Москвы, а также аккредитованные мероприятия (заявки по учебным мероприятиям представляются в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО на соответствие установленным требованиям).

Подробнее: <https://vrachivmeste.ru/>

Агентство Медицинской Информации «МЕДФОРУМ»

127422, Россия, г. Москва Ул. Тимирязевская, д.1, стр.3, 5 этаж, оф. 3518
 телефон: +7 (495) 234-07-34
 электронная почта: t.kudreshova@medforum-agency.ru;
 podpiska@medforum-agency.ru
 www.webmed.ru



В Издательском доме «МЕДФОРУМ» выходят 17 медицинских журналов. Серия для практикующих врачей «Эффективная фармакотерапия» по различным медицинским специальностям:

- анестезиология и реаниматология;
- акушерство и гинекология;
- гастроэнтерология;
- кардиология и ангиология;
- педиатрия;
- урология;
- эндокринология;
- неврология
- онкология;
- и др.

Журнал «Вестник семейной медицины»,

Журнал для провизоров и фармацевтов «Аптечный бизнес».

Журнал «Hi+Med.Высокие технологии в медицине» – уникальное издание для широкого круга специалистов в области здравоохранения врачей-диагностов, клиницистов, главных врачей ЛПУ, специалистов профильных министерств и ведомств, организаторов системы здравоохранения, менеджеров медицинских и фармацевтических компаний.

Журнал о медицине «DNA health»

Московская обл., с. Ильинское, ул. Ленина, д. 24
телефон: +7 (985) 037-08-87
электронная почта: dnahealth@mail.ru
www.dnahealth.ru

DNAHEALTH®

Журнал о медицине DNA health – это издание, которое призывает читателей следить за состоянием своего здоровья во избежание риска развития различных заболеваний в будущем и тем самым обеспечить себе долгую и полноценную жизнь.

Каждый номер информирует об актуальных вопросах здравоохранения.

Журнал публикует интервью и авторские статьи с практическими советами от лидеров в области медицины, что вызывает большое доверие у аудитории и формирует высокую степень лояльности.

На сегодняшний день наши читатели – посетители и работники целого ряда ведущих медицинских, фармацевтических и оздоровительных организаций Москвы и Санкт-Петербурга.

Издательство: DNA production, ООО «НК».

Периодичность выхода журнала: 9 раз в год.

Тираж: 30 000 экземпляров.

Журнал РМЖ

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



Журнал РМЖ – научное издание для практикующих врачей. Издается с 1995 года, входит в перечень ВАК. Современная полная информация о диагностике и лечении заболеваний для врачей всех специальностей. Авторы статей – ведущие специалисты в своих областях. Периодичность – до 40 выпусков в год. Распространяется бесплатно по России среди специалистов и медучреждений, на специализированных выставках, конгрессах, съездах, а также по подписке в РФ и странах СНГ. Более подробная информация на нашем сайте для практикующих врачей www.rmj.ru, где в открытом доступе размещены все научные материалы, опубликованные в журнале с 1995 года.

Портал 1nep.ru, Россия

119313, г. Москва, ул. Гарибальди, дом 3
телефон: +7 (499) 350-51-08
электронная почта: info@1nep.ru
www.1nep.ru



Портал 1nep.ru – крупнейшее русскоязычное профессиональное интернет-издание в области эстетической медицины. На Портале представлена эксклюзивная информация и сервисы для врачей, руководителей, специалистов индустрии. У нас можно пройти обучение, продать или купить оборудование, узнать о ближайших профессиональных мероприятиях. Портал сотрудничает с большинством клиник косметологии и учебных центров, является информационным партнером ключевых мероприятий отрасли.

МедиаМедика

Россия, 115054, г. Москва, Жуков проезд, дом 19
телефон: +7 (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru



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

Газета «Фармацевтический вестник»

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: 7(495) 786-2557, 786-2543
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
pharmvestnik.ru



Газета «Фармацевтический вестник» – ведущее информационно-аналитическое издание и интернет-портал для специалистов российского фармрынка и смежных отраслей. Полноцветный еженедельник объемом 24–48 полос формата А3 выходит 42 раза в год тиражом 16 200 экземпляров; распространяется по подписке. Газета издается с 1994 г. Портал www.pharmvestnik.ru помимо электронного архива газеты содержит ежедневно обновляемую ленту новостей, калькулятор надбавок, сервисы для первостольников и других работников фармотрасли. Посещаемость сайта – более 100 000 уникальных пользователей и более 400 000 просмотров в месяц. В ноябре 2014 года запущен видеопроjekt «Фармвестник-ТВ», в рамках которого еженедельно публикуются обзоры главных новостей с комментариями экспертов, видеоинтервью с ключевыми персонами отрасли, репортажи со значимых мероприятий. Среди постоянных читателей газеты – не только руководители крупнейших предприятий фармотрасли, государственные служащие всех рангов, но и директора и заведующие аптеками, работники первого стола, а также специалисты по управлению персоналом. «Фармацевтический вестник» предоставляет читателям возможность ознакомиться с мнениями ведущих экспертов, представителей органов власти, общественных организаций и лидеров рынка.

Издательский дом «МЕДЭСТЕТИК-ПРЕСС»

115093, Москва, ул. Павловская, д.7, БЦ «Павловский»
телефон: 7 (495) 280 80 15, моб: +7 (963) 927 94 80
электронная почта: lna@lne.com.ru
www.lne.com.ru



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

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

123007, Москва, 5-я Магистральная ул., д. 12
телефон: +7 (495) 258-97-03
электронная почта: info@vrachirf.ru
vrachirf.ru



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

Клуб практикующих врачей iVrach.com

109012, Москва, ул. Ильинка, д. 4, Гостиный Двор, БЦ «Деловой», оф. 2102
телефон: +7 495 249 90 35
электронная почта: info@ivrach.com
ivrach.com

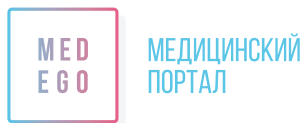


Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 года входит в международный альянс врачебных сетей Networks in Health.
Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках «Журнального Клуба» обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7 (495) 979-72-17

электронная почта: info@medego.ru
medego.ru



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

Medsovet.info

197342, Санкт-Петербург, ул. Сердобольская,
д. 64, корп. 1, литер. А, оф. 521

телефон: +7 (812) 380-71-88

электронная почта: kontakt@medsovet.info
medsovet.info/



Medsovet.info – федеральный медицинский информационный интернет-портал с ежемесячной посещаемостью более 2 000 000 человек. Посетители приходят для поиска информации по разделам:

- Врачей
- Пациентов
- Медицинских учреждений
- Лекарств и МНН

Medsovet.info предоставляет:

- Полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН
- Форум для врачей и пациентов
- Календарь медицинских мероприятий по всей РФ
- Сервис онлайн-обучения для врачей
- Медицинские статьи и новости

и многое другое.

YellMed

Москва, ул. Красная Пресня, д. 28, помещение 4, оф. №9

телефон: +7 (495) 668-10-55

электронная почта: info@yellmed.ru
yellmed.ru



Yellmed – это:

- каталог медицинских учреждений России и зарубежья с актуальной и достоверной информацией;
- медицинские новости страны и мира, материалы про спорт и красоту, интервью со специалистами;
- афиша медицинских мероприятий и конференций;
- медицинский справочник с распространенными заболеваниями, симптомами болезней, способами диагностирования и лечения.

На нашем портале вы найдете о медицине все и даже больше.

Портал «Эстетический Гид»

420107, Республика Татарстан,
Казань, ул. Павлюхина, д. 37
телефон: +7-917-277-81-11
электронная почта: info@esthetic-gid.ru
www.esthetic-gid.ru

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ ГИД

www.esthetic-gid.ru

Портал «Эстетический Гид» – это уникальная онлайн-площадка, где собрано все необходимое для специалиста сферы эстетической медицины. Самые свежие новости, мнение признанных экспертов, профильные обучающие мероприятия и конференции, данные обо всех компаниях-дистрибьюторах, работающих на территории России и стран СНГ, библиотека научных работ, а самое главное – потенциальные клиенты, которые ищут своего врача! Создайте свою личную страницу и откройте для себя новые возможности для работы и обучения с порталом «Эстетический Гид»!

РАЗДЕЛ I. ДЕРМАТОЛОГИЯ

КОНФЛИКТНЫЙ ДИАГНОЗ ЭКЗЕМЫ У ПОДРОСТКА

Авезова Д.М., Ким В.В., Попов И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.
Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал Коломенский, Москва

Трудности диагностики дерматоза у подростка нередко обусловлены необычными клиническими проявлениями. Мы представляем наблюдение из этой серии. В суточном отделении Коломенского филиала в течение 13 дней находилась пациентка 17 лет. Заболела она 5 лет назад, когда на коже верхних конечностей появились высыпания, которые связывала с алиментарными погрешностями. Был предположен атопический дерматит, лечение которого антигистаминными препаратами, энтеросгелем, акридермом было положительным. Последнее обострение в течение месяца рассматривалось как атопический дерматит? или псориаз? Его амбулаторное лечение зиртеком и пимафукортом было с незначительным эффектом. При поступлении в стационар эритематозные высыпания располагались в области нососщечных складок, длиной в несколько сантиметров. На коже молочных желез симметрично (вокруг ореол) локализовались красноватые папулы диаметром в несколько миллиметров с тенденцией к сливанию со слабым шелушением. На коже бедер и плеч имелись единичные папулы (всего 4), диаметром 1 миллиметр, зуд отсутствовал. Псориазические феномены сомнительны. Дермографизм розовый. Клинико-лабораторное обследование не выявило острой соматической патологии. Гистологически патологические изменения носят характер хронической экзематозной реакции, могут наблюдаться при заболеваниях из группы зудящих дерматозов, в том числе при атопическом дерматите. Выписана с улучшением (с частичным регрессированием элементов сыпи) после лечения – раствор глюконата кальция (10%, 8 мл внутримышечно 1 раз в сутки в течение 14 дней; Клемастин (тавегил) 1 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 13 дней и внутрь по таблетке (1 мг) 1 раз в день (утром) в течение 14 дней, наружно: 1% водный раствор метиленового синего, 2% нафталановая паста, бетаметазон крем – 14 дней. Физиотерапия: узкополосная светотерапия 7 сеансов. Наблюдаемый нами случай необычен прежде всего локализацией сыпи на ореолах в плане нестероидности в отношении болезни Педжета. Но ограниченные эфемерные поражения исключают это заболевание. Эритематозные полосы на щеках укладываются в диагноз себорейного дерматита. Решающее диагностическое значение приобретают микропапулы (по одной на каждой конечности). Поверхность их гладкая, цвет розовато-красноватый. Сомнительность псориазических феноменов на фоне наружного лечения не удивительна. Чаша весов в пользу псориаза склоняется отсутствием зуда, розовым дермографизмом и в целом псориазическим нюансом высыпаний. Если допустить, что в нашем случае диагноз – экзема, то в какую клиническую форму ее втиснуть? Классификационно различают истинную экзему, включающую пруритинозную и дисгидротическую разновидности, микробную экзему, к которой относятся нуммулярная, варикозная, паратравматическая, сикозиформная и экзема сосков; себорейную экзему; тилотическую (роговую) форму; профессиональную экзему. В основу предложенной классификации положены клинические и патогенетические особенности этих вариантов. В нашем сообщении акцент сделан на клинические проявления.

ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКА P63 У ПАЦИЕНТОВ С СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Александрова А.К., Смольяникова В.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва

Цель. Изучить экспрессию P63 у пациентов с себорейным кератозом при наличии или отсутствии у них нарушений углеводного обмена. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 130 пациентов с себорейным кератозом. По результатам консультации эндокринолога они были разделены на две группы: в I группу вошли 68 человек, из них с сопутствующим СД 2 типа – 44, с нарушенной толерантностью к глюкозе – 24 пациента. Во II группу вошли пациенты без нарушений углеводного обмена – 62 человека. Проводилось гистологическое и иммуногистохимическое (ИГХ) исследование с моноклональными антителами к P63. Результаты ИГХ-исследования оценивали по количеству окрашенных клеток опухоли: 0 – отсутствие реакции или слабое окрашивание менее 10% клеток; 1 – окраска от 10% до 30% клеток опухоли, 2 – окраска более 30% клеток опухоли; а также по интенсивности окраски: слабая (+) и выраженная (++) . Результаты. При ИГХ-исследовании с моноклональными антителами к P63 положительная реакция регистрировалась в 82,3% случаях. В 65 себорейных кератомах (СК) (50%) присутствовала диффузная выраженная экспрессия P63. Слабая ядерная окраска от 10% до 30% клеток регистрировалась в 42 СК (32,3%). Была выявлена высокая корреляционная зависимость экспрессии P63 в СК от наличия у пациентов нарушений углеводного обмена ($R=0,82$, $p=0,0000001$). Так, у пациентов с нарушениями углеводного обмена достоверно выше регистрировалась гиперэкспрессия P63 в СК – в 89,7% случаев по сравнению с 6,4% у пациентов без нарушений углеводного обмена ($p=0,00001$). Заключение. Гиперэкспрессия P63 при себорейном кератозе коррелирует с наличием хронической гипергликемии у пациентов. Нарушения клеточного метаболизма приводят к изменениям баланса между изоформами P63 и играют важную роль в патогенезе себорейного кератоза.

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ КОЖИ, АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСНОВНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Безуглый А.П.

Академия постдипломного образования «Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный клинический центр Федерального медико-биологического агентства России», Москва

Неинвазивная визуализация внутренней структуры кожи является одним из ведущих диагностических трендов. Обнаружение, локализация и определение характера возрастных и патологических изменений, выбор адекватного метода терапии и мониторинг эффективности лечения – главные задачи неинвазивной диагностики кожи в дерматологии и косметологии. Высокие частоты ультразвукового сканирования от 22 до 100 МГц позволяют получать изображения вертикальных срезов кожи, которые точно отражают внутреннее строение эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки, а разрешение до 20 тысячных миллиметра с большой точностью дает возможность оценить самые мельчайшие возрастные и патологические изменения в толще кожи. Целью данной работы являлась разработка алгоритмов качественного и количественного анализа ультразвуковых изображений кожи. Исследовали кожу у 40 больных псориазом, 28 больных склеродермией, 15 пациентов с экземой, 18 пациентов с акне, 22 пациентов с рубцовыми и

атрофическими изменениями кожи, у 45 пациентов с кожными новообразованиями и у 60 пациентов с возрастными изменениями кожи. Применяли аппарат для ультразвуковой визуализации кожи DUB SkinScanner (TRM GmbH, Германия) с датчиками 22 и 75 МГц, с аксиальным разрешением датчиков 72 и 21 мкм соответственно, и датчиком для видеодерматоскопии. На частоте 22 МГц получали изображение вертикального среза кожи длиной 12,9 мм и глубиной 10 мм, а на частоте 75 МГц длиной 12,9 мм и глубиной 4–6 мм. Измеряли количественные параметры: толщину эпидермиса и дермы, размеры сканируемых образований в зоне интереса, акустическую плотность эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки. Разработали стандартный протокол для описания ультразвуковых сканов кожи на частотах 22 и 75 МГц. Количественно оценили развитие и регресс воспалительных инфильтративных и экссудативных изменений, новообразований, а также некротических, атрофических и рубцовых изменений кожи. Выявили и описали ультразвуковые признаки основных патологических процессов в коже. Разработали метод количественного ультразвукового мониторинга эффективности лечения заболеваний кожи.

Заключение. Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи на частотах 22–75 МГц позволяет измерять линейные размеры, площадь и объем, а также определять тканевую принадлежность патологических процессов в коже. Высокочастотное ультразвуковое исследование можно применять как количественный метод мониторинга развития и регресса патологических изменений, а также для количественной оценки эффективности лечения кожных болезней и коррекции возрастных изменений кожи.

КЛИНИЧЕСКИЙ И ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ОЗОТЕНС-ТЕРАПИИ В ТРИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Биткина О.А., Варенова Т.Н., Удалова Е.С., Альмендрас К.,
Перетягин П.В.**

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

Цель работы. Исследование клинической эффективности метода «Озотенс-терапия» в трихологической практике.

Материалы и методы. В период с июня 2018 по сентябрь 2019 г. на базе клиники «Александрия» 29 пациентке с заболеваниями волосистой части головы была назначена комплексная терапия, включая технологию озонотерапии: аппликации озонидсодержащей крем-маски для волосистой части головы Озодермис 10% и методику Озотенс-терапии. Данный способ заключается в электроимпульсной стимуляции специальными электродами после аппликации специально разработанного крема «Озотенс», содержащего 30% озонированного оливкового масла O'Three 20000 и обладающего высокой проникающей способностью. Для уточнения трихологического диагноза использовались инструментальные и лабораторные методы: трихоскопия, лазерная доплеровская флоуметрия, общий анализ крови, показатели железа, гормоны щитовидной железы, биохимические тесты, микрореакция на сифилис.

Результаты и обсуждения. Обследована и пролечена группа из 29 пациенток в возрасте от 18 лет до 57 лет, средний возраст составил $33,4 \pm 1,9$ лет. Были установлены следующие диагнозы: себорейный дерматит – 68,9%, андрогенетическая алопеция – 24,1%, диффузные реактивные алопеции – 48,3%, гнездная алопеция – 20,8%, рубцовая алопеция в результате ожога – 3,5%, гирсутизм – 3,5%, псевдопелада Брока – 3,5%. Себорейный дерматит в 37,9% случаев сопровождал диффузную реактивную алопецию, в 24,1% случаев – андрогенетическую алопецию. Давность заболевания на момент обращения составила от 3-х недель до 9 лет, в среднем 2,3 года. 21 пациентка (72,4%) получили наружное лечение в виде аппликаций крем-маски «Озодермис» 10%. Крем-маска назначалась пациенткам со следующими трихологическими диагнозами: диффузные реактивные алопеции, себорейный дерматит, андрогенетическая алопеция, гнездная алопеция. 8 пациенткам (27,6%) назначалась Озотенс-терапия. Были пролечены больные с гнездной алопецией, андрогенетической алопецией, диффузными реактивными алопециями, псевдопеладой Брока. Всем пациенткам до лечения и после 1 месяца терапии проводилось стандартное инструментальное обследование: трихоскопия и лазерная доплеровская флоуметрия.

Выводы. У всех больных с себорейным дерматитом на фоне использования маски Озодермис 10% трихоскопически зафиксировано значительное уменьшение выраженности «сосудистых петель» и регресс шелушения. У 40% больных с тяжелыми вариантами гнездной алопеции (субтотальная, офиаз, частые рецидивы) наблюдался рост волос и улучшение параметров лазерной доплеровской флоуметрии после 20–25 сеансов Озотенс-терапии.

НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

**Возницын Л.В., Калинина С.А., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н.,
Яковлев С.В., Макеев А.В.**

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии, Центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Москва

Актуальность. Младенческие гемангиомы являются самыми распространенными доброкачественными новообразованиями у детей. По данным различных авторов частота встречаемости данной нозологии составляет от 2 до 20% новорожденных. Чаще болеют девочки. По данным мировой литературы самой частой локализацией младенческих гемангиом является область головы и шеи (от 65 до 80%). По локализации относительно кожи Международное общество по изучению сосудистых аномалий выделяет младенческие гемангиомы поверхностные – опухоль локализуется в пределах эпидермиса и дермы, глубокие – поражается подкожно-жировая клетчатка и дерма без поверхностных элементов, и комбинированные гемангиомы. Грозным и часто встречающимся осложнением младенческой гемангиомы является ее изъязвление, сопровождающееся инфицированием, длительными кровотечениями, образованием грубых обезображивающих рубцов. Учитывая высокую частоту встречаемости, риск возникновения серьезных осложнений, малый возраст пациентов, выбор рационального эффективного малоинвазивного метода лечения остается актуальным.

Цель. Совершенствование методов лечения младенческих гемангиом головы и шеи.

Материалы и методы. В КЦЧЛПХ и стоматологии МГМСУ в 2018 году проведено лечение 12 пациентов с диагнозом: младенческая гемангиома. Возраст детей варьировал от 2 до 15 месяцев. По половому признаку пациенты разделились следующим образом: 8 девочек и 4 мальчика. Всем пациентам была назначена медикаментозная терапия препаратом Атенолол. Данный препарат относится к группе селективных В-адреноблокаторов. Суточная доза препарата рассчитывалась индивидуально в зависимости от массы тела, возраста ребенка, объема гемангиомы, гемодинамических нарушений и разделялась на 2 приема с разницей в 12 часов. Время госпитализации составляло 3 дня, в течение которых проводился мониторинг артериального давления, частоты сердечных сокращений, уровня гликированного гемоглобина. Перед началом терапии и на 3-и сутки проводили ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием. Пациенты выписывались через 3 дня на амбулаторное лечение под контролем педиатра и врача-кардиолога с регулярным контролем ЭКГ 1 раз в 30 дней. Контрольный осмотр проводили через 3 месяца для контроля лечения и коррекции дозировки. Срок лечения от 4 до 12 месяцев.

Полученные результаты. Результат проводимого лечения оценивали следующим образом: полное отсутствие клинических признаков опухоли, отсутствие патологической васкуляризации по данным ЦДК – отличный, уменьшение объема опухоли на 80% от первоначального объема, остаточные единичные сосуды с линейной скоростью кровотока не более 20 см/сек – хороший, уменьшение объема опухоли менее чем на 80%, но более чем на 50%, сохранение патологической васкуляризации с уменьшением линейной скорости кровотока до 30 см/сек – удовлетворительный, уменьшение объема опухоли менее чем на 50%, сохранение патологической васкуляризации с линейной скорости кровотока более 30 см/сек – неудовлетворительный. Из 12 детей отличный результат был достигнут у 7 пациентов, хороший – у 4 пациентов, удовлетворительный – 1 пациент. Системных и местных осложнений не было выявлено ни у одного пациента.

Вывод. Медикаментозное лечение селективным В-адреноблокатором Атенолол является высокоэффективным, безопасным методом лечения младенческих гемангиом у детей.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННОМ СПОРТЕ

Волкова О.С., Павлов В.И., Орджоникидзе З.Г., Бадтиева В.А.,
Дьячкова А.А., Гвинианидзе М.В., Демидов Н.А.

Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Московский научно-практический центр восстановительной и
спортивной медицины» Департамента здравоохранения г. Москвы;
ООО «УК ПРОФИ Клиник», Владивосток, Москва

В городе Москва имеется более 3600 млн лиц, занимающихся спортом на разном уровне подготовки. Значительную часть из них составляют дети и подростки. Численность населения Приморья, систематически занимающегося физической культурой и спортом на данный момент, превышает 500 000 человек. По данным профильного департамента краевой администрации количество систематически занимающихся спортом жителей края за прошлый год увеличилось на 5,6%. В настоящее время, в Приморье занимается физкультурой и спортом более 25% человек, или, каждый четвертый житель края.

Материалы и методы. За основу взята выборка углубленного медицинского обследования (УМО), включавшая осмотр дерматолога, 1435 спортсменов Приморского края и Московского региона, из них занимающихся единоборствами – 936 человек.

Обсуждение. По нашим данным, около 40% спортсменов-подростков организованных спортивных коллективов, имели поражения кожи. Особое внимание уделялось кожным инфекциям, распространенным у спортсменов всех возрастов, особенно тех, кто занимается такими видами спорта, как борьба и футбол. Инфекции могут передаваться от одного спортсмена другому непосредственно через непосредственный контакт или косвенно через загрязненные предметы, такие как полотенца, маты и оборудование. Наиболее часто наблюдавшейся вирусной инфекцией кожи у спортсменов, было поражение, вызванное вирусом простого герпеса. При этом, обращало на себя внимание наличие у 2,6% спортсменов-подростков герпетической инфекции; у спортсменов, занимающихся единоборствами частота достигала 7,6%, а у спортсменов с безударными техниками (дзюдо, самбо, джиу-джитсу и др.) частота приближалась к 10%. Особое внимание обращало относительно частое выявление у спортсменов-единоборцев т.н. *tinea corporis gladiatorum*. Из бактериальных инфекций большую проблему представляют штаммы стафилококка, устойчивые к бета-лактамам антибиотикам. Из других актуальных проблем, следует отметить контактный моллюск, бородавки, грибковые поражения.

Заключение. 1. Вследствие значительных перегрузок, снижающих иммунитет, и непосредственных контактов в процессе состязаний, в среде спортсменов-подростков распространены кожные инфекции. 2. У юных спортсменов в единоборствах, поражения кожи, вызванные инфекциями, встречаются, примерно, на 1/3 чаще, чем в общей популяции, в т.ч., устойчивые к терапии кожные инфекции, что придает особую важность профилактическим мероприятиям.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СКЛЕРОДЕРМОПОДОБНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ «ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА»

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

Московский научно-практический центр дерматовенерологии
и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы,
Гематологический научный центр Минздрава России, Москва

Актуальность. Реакция «трансплантат против хозяина» является одним из наиболее частых осложнений аллогенной трансплантации костного мозга. Кожные проявления заболевания чаще всего представлены пятнисто-папулезными высыпаниями и склеродермоподобными изменениями кожи, реже другими клиническими симптомами.

Цель исследования. Изучить спектр клинических вариантов поражения кожи, наблюдающихся при склеродермоподобном типе хронической реакции «трансплантат против хозяина».

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 39 больных хронической реакцией «трансплантат против хозяина» в возрасте от 18 до

70 лет (17 мужчин, 22 женщины). Результаты и обсуждение. Склеродермоподобные изменения кожи выявлены у 25 пациентов, из них у 88% наблюдалось генерализованное поражение кожного покрова. У 19 (76%) больных в клинической картине преобладали симптомы, свойственные бляшечной и/или линейной форме локализованной склеродермии, у 2 – фасцииту, у 1 – экстрагенитальному склеродермоподобному лихену. У 3 пациентов имелись проявления, сходные с диффузной формой системной склеродермии с генерализованным плотным отеком и склерозом кожи, контрактурами суставов. В 11 случаях (44%) наблюдались симптомы двух или трех склеродермоподобных заболеваний: локализованной склеродермии, склеродермоподобного лихена и фасциита. У 2 больных в очагах склероза имелись пузыри, у 2 – эрозивно-язвенные дефекты; у 3 – развились контрактуры суставов. У всех пациентов склеродермоподобные изменения кожи сочетались с другими кожными проявлениями реакции «трансплантат против хозяина»: пятнисто-папулезными высыпаниями, дисхромией (де-, гипо- и/или гиперпигментацией), пойкилодермией, алопецией и др.

Выводы. Хроническая реакция «трансплантат против хозяина» представляет собой уникальную модель развития различных вариантов склеродермоподобных изменений кожи и подлежащих тканей. Наиболее частым вариантом является поражение кожи, схожее по клинической картине с бляшечной и линейной формами локализованной склеродермии, однако могут встречаться более редкие варианты по типу фасциита, склеродермоподобного лихена и системной склеродермии. В большинстве случаев у больных наблюдается генерализованное поражение кожи. Наряду со склеродермоподобными очагами могут наблюдаться другие кожные проявления реакции «трансплантат против хозяина», что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Гурьянова Н.Е., Иванова М.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва

Актуальность. Стремительно развивающиеся процессы реформирования отечественного здравоохранения предъявляют новые требования к формированию современных подходов в организации деятельности медицинских организаций на всех уровнях оказания медицинской помощи. Важным инструментом для решения сложных задач по модернизации здравоохранения служит обоснование норм труда медицинских работников. Обеспечение населения качественной и доступной специализированной медицинской помощью в условиях, внедрения инновационных технологий, требуется пересмотр существующих нормативных документов.

Цель. Управленческое решение проблемы обеспеченности врачами-специалистами в Российской Федерации.

Материалы, методы. В ходе исследования использовался библиографический, аналитический и статистический методы, а также методы анкетирования, экспертных оценок и контент-анализ, фотохронометражные исследования. Результаты представлены с использованием описательной статистики.

Результаты. Улучшение доступности и качества оказания медицинской помощи врачами, а также оценка затраты рабочего времени врачей – с учетом различных видов трудовой деятельности в медицинских организациях – направлены на создание условий, необходимых для обеспечения врачебными кадрами, с учетом изменившейся эпидемиологической ситуации, социальными условиями жизни общества, существенным улучшением материально-технической базы медицинских организаций и новых требований к организации лечебно-диагностического процесса. По результатам фотохронометражных исследований в рамках реализации плана работы Минздрава России разработано и внедрено два приказа МЗ РФ от 2 июня 2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» и от 19 декабря 2016 г. № 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога,

врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта». В настоящее время представлено на утверждение семь проектов Приказов, в том числе по дерматовенерологии.

Заключение. Принятие управленческих решений по реализации новых нормативных документов позволит снизить уровень заболеваемости, сократить нерациональные затраты рабочего времени врачей-специалистов, повысить эффективность профилактических мероприятий.

НАБЛЮДЕНИЕ НАД ИЗМЕНЕНИЕМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ В ТЕРАПИИ ДАПСОН

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Чистова О.Ю.

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

Цель. 1. Оценить изменения гематологических показателей у больных, получающих в терапии Дапсон. 2. Оценить возможность назначения препарата Дапсон у больных с сопутствующими анемиями на примере клинического случая.

Материалы и методы. Проанализированы стационарные карты больных стационара филиала «Клиника им. В.Г. Короленко» с диагнозами Буллезный пемфигоид L12.0, Рубцующийся пемфигоид L12.1, Пузырчатка обыкновенная I0.0, Пузырчатка себорейная I0.4 и имеющих сниженные показатели гемоглобина. При анализе гематологических показателей использовались реагенты фирмы Boule, гематологический анализатор Медоник М-20, для измерений использовались фотометрический бесциановый метод и импедансный метод.

Результаты. При анализе стационарных карт больных с диагнозами: Буллезный пемфигоид Левера L12.0, Герпетиформный дерматит Дюринга I13.0; Рубцующийся пемфигоид L12.1, Линейный IgA зависимый буллезный дерматоз L10.0, отмечается, что в лечении пациентов часто применяется препарат Дапсон (особенно при стероидорезистентности). Адекватное применение данного препарата, однако, требует знания механизмов действия, потенциальной токсичности и понимания необходимости контроля гематологических показателей. Клинически важным метаболическим путем является гидроксирование одной из аминогрупп посредством цитохрома 3A4 (в меньшей степени 2C9) и образование мощного оксиданта, который играет важную роль в развитии метгемоглобинемии и гемолиза. Метгемоглобинемия развивается в результате образования Дапсоном реактивных форм кислорода, поэтому у пациента наблюдаются клинические признаки плохой оксигенации. Рассмотрим случай ведения больного с тяжелой анемией. Больной Молодцов Э.Д. 75 лет находился на стационарном лечении в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» с 5.03.18 по 14.03.18 с диагнозом: Буллезный пемфигоид Левера L12.0. Сопутствующие заболевания: ИБС, гипотиреоз, хронический пиелонефрит, в стадии ремиссии, хронический простатит, хронический гастрит, хронический холецистит, варикозная болезнь вен нижних конечностей. Анемия легкой степени тяжести. Для лечения основного заболевания были назначены препараты – системные глюкокортикостероиды (метилпреднизолон), антибактериальный препарат из группы сульфонов Дапсон. На протяжении всего периода лечения больному проводился мониторинг гематологических показателей. В результате показатели гемоглобина у больного плавно снижались от 115 г/л до 89 г/л, в крови отмечался анизоцитоз (макроцитоз) и пойкилоцитоз при постепенном увеличении дозировки Дапсона от 50 мг до 150 мг в сутки. Затем при подборе адекватной дозы и получения клинического эффекта (Дапсона по 50 мг 2 раза в день) падение уровня гемоглобина прекратилось. Произошло постепенное повышение уровня гемоглобина и стабилизация показателей на уровне 96–100 г/л. Больной был выписан с рекомендацией продолжения приема Дапсона под строгим контролем дерматолога по месту жительства с обязательным контролем клинического анализа крови.

Вывод. Таким образом, до начала терапии Дапсоном следует особо обратить внимание на изначальные показатели клинического анализа крови, так как по нашим наблюдениям у пациентов, страдающих буллезными дерматозами, отмечается частое наличие хронических сопутствующих заболеваний, среди которых анемии занимают до 30%. Большую часть этих анемий составляют гипохромные анемии с пониженными показателями гемоглобина (менее

115 г/л), которые включают в себя железодефицитные анемии и анемии хронических заболеваний, последние, как правило, резистентны к назначаемому лечению. Первоначальные лабораторные исследования должны включать полный анализ крови с указанием количества лейкоцитов и гемоглобина – после начала лечения количество лейкоцитов, включая дифференциал, и уровня гемоглобина следует проводить еженедельно в течение первого месяца, а в течение последующих двух месяцев – раз в две недели. Учитывая длительный прием препарата (для достижения эффекта может понадобиться от 3–6 месяцев лечения и поддерживающая терапия), мониторинг клинического анализа крови не реже 2 раз в месяц – при нахождении на стационарном лечении больным с диагнозами пузырные дерматозы при наличии анемий различного происхождения возможно назначение всех необходимых для лечения основного заболевания препаратов, в том числе с возможным токсическим действием на кроветворение при условии постоянного мониторинга ОАК.

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТОЧЕЧНЫМ ПОРОКЕРАТОЗОМ МАНТУ

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Оленич И.В., Аветикян С.С.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Порокератоз – это хроническое прогрессирующее заболевание, связанное с нарушением кератинизации. Клиническим признаком порокератоза является гиперкератические папулы или бляшки с приподнятым нитевидным краем, расширяющимся по периферии.

Описано как минимум шесть клинических вариантов порокератоза:

- Классическая форма порокератоза – порокератоз Мибелли;
- Диссеминированный поверхностный актинический порокератоз;
- Диссеминированный поверхностный порокератоз;
- Диссеминированный порокератоз ладоней и подошв;
- Линейный порокератоз;
- Точечный порокератоз (порокератоз Манту).

Заболевание является генетически детерминированным; большинство форм наследуются по аутосомно-доминантному типу.

У всех вариантов заболевания присутствует общий гистологический признак – тонкий столбик паракератотических клеток, проходящий через весь роговой слой. Подобное гистопатологическое явление известно как *cognoid lamella* (роговидная пластинка); клинически оно соответствует приподнятому гиперкератотическому краю.

Случаи развития злокачественных эпителиальных неоплазий были зафиксированы при всех подтипах заболевания, кроме точечного порокератоза. Точечный порокератоз Манту – достаточно редкая форма. Рядом авторов отмечено, проявление данного вида в подростковом и юношеском возрасте. Подобную пациентку мы наблюдали в филиале «Клиника им. В.Г. Короленко» МНПЦДК ДЗМ.

Пациентка М. 16 лет обратилась в октябре 2018 г. с жалобами на высыпания в области ладонных поверхностей обеих кистей, без субъективных ощущений. Впервые заметила высыпания с июля 2018 г.

Клиническая картина на момент первичного осмотра: дерматоз носил ограниченный характер с локализацией на ладонных поверхностях. Отмечались симметрично расположенные сгруппированные, размером 0,1–0,3 см роговые папулы, белесоватого цвета, несколько плотные по консистенции. В центральной части папул – точечные кратерообразные вдавления. При обследовании общеклинические анализы крови и мочи в пределах нормы. Сопутствующих заболеваний выявлено не было, пациентка соматически здорова.

Проводимая терапия: Ретинола пальмитат 200 000 МЕ в сутки в сочетании с наружной кератолитической терапией крем с 30% мочевиной, с дальнейшим использованием крема, содержащего ретинол («Видестим»).

При динамическом наблюдении через месяц от начала проводимой терапии отмечена положительная динамика: часть папул (примерно 1/3 от общего количества) регрессировали; при последующем осмотре спустя 3 месяца большая часть регрессировали, единичные папулы заметно уменьшились в размерах. За весь период терапии свежих папул пациенткой отмечено не было. Данная пациентка продолжает находиться под нашим динамическим контролем.

НАБЛЮДЕНИЕ В ДИНАМИКЕ ЗА ПЕЧЕНОЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ – ОБЩИЙ БИЛИРУБИН И ПРЯМОЙ БИЛИРУБИН В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОНИХОМИКОЗОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЯЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ТЕРБИНАФИН

Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю., Второва Е.С.
МНПЦДК ДЗМ филиал "Клиника им. В.Г. Короленко", Москва

Цель: 1. Оценить изменения результатов печеночных показателей – общий билирубин и прямой билирубин биохимическим методом диагностики у пациентов с онихомикозами на фоне применяемого лечения препаратом тербинафин в динамике. 2. Оценить целесообразность назначения печеночных показателей – общий билирубин и прямой билирубин биохимическим методом диагностики у пациентов с онихомикозами на фоне применяемого лечения препаратом тербинафин в динамике. Материалы и методы: Проанализированы амбулаторные карты группы из 30 пациентов со следующим клиническим диагнозом по МКБ 10: дерматофития ногтей – В35.1. Возраст обследуемых пациентов составлял от 40 до 85 лет, гендерное распределение – мужчины: женщины = 12 : 18. Биохимическая диагностика проводилась с использованием энзиматических методов определения общего билирубина и прямого билирубина в человеческой сыворотке, с помощью биохимического анализатора Konelab 20i в соответствии с методикой NBD для общего билирубина и диазотированной сульфаниловой кислотой для прямого билирубина (реактивы фирмы – ThermoFisherScientific). Результаты: 1. При проведении биохимических анализов было установлено, что в 10 случаях выявлено повышение концентрации показателя общий билирубин в динамике на 15% от нормы, что подтверждает биохимическим методом влияние препарата на печеночный показатель – общий билирубин. Возраст пациентов составлял старше 70 лет. В 15 случаях концентрация показателя общий билирубин подходил к высокой границе диапазона нормы. Возраст данных пациентов составлял старше 45 лет. В остальных случаях концентрация показателя общий билирубин оставался в границах нормы. 2. При проведении биохимических анализов было установлено, что в 2 случаях выявлено повышение концентрации показателя прямой билирубин в динамике на 5% от нормы, что не подтверждает биохимическим методом влияние препарата на печеночный показатель – прямой билирубин. Возраст пациентов составлял старше 70 лет. В 5 случаях концентрация показателя прямой билирубин подходил к высокой границе диапазона нормы. Возраст данных пациентов составлял старше 45 лет. В остальных случаях концентрация показателя общий билирубин оставался в границах нормы. Выводы: Динамическое наблюдение печеночных показателей общий билирубин и прямой билирубин биохимическими методами в течение 6 месяцев, у пациентов с клинической картиной онихомикозов на фоне применяемого лечения препаратом тербинафин, выявило изменения концентрации у показателя – общий билирубин, и не было замечено значительное повышение концентрации у показателя – прямой билирубин. Пациенты с клинической картиной онихомикозов во время лечения препаратом тербинафин нуждаются в проведении мониторинга биохимического показателя – общий билирубин. А назначения биохимического показателя – прямой билирубин, является не целесообразным для группы пациентов с клинической картиной онихомикозов.

ВРОЖДЕННЫЕ НЕВУСЫ: НУЖНА ЛИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА?

Жучков М.В., Большакова Е.Е.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области
«Областной клинический кожно-венерологический диспансер»,
Рязань

Несмотря на свою нозологическую самостоятельность, врожденные меланоцитарные невусы в современной дерматоонкологии являются одним из тех новообразований кожи, дать четкое определение которым в настоящее время очень трудно. Несмотря на свою клиническую очевидность, при больших размерах и специфическом анамнестическом времени появления на кожном покрове, отсутствие патогномичных гистопатологических

признаков и значительная распространенность «малых» клинических форм таких невусов делают проблему дифференциальной диагностики врожденных невусов весьма актуальной.

Целью нашего исследования было выявление наиболее чувствительных и специфичных дерматоскопических признаков и паттернов, позволяющих их дифференцировать от невусов Кларка. Основополагающими дерматоскопическими признаками, позволяющими предположить у пациента врожденный невус, являются: 1. Гипопигментация центрально расположенных дерматоскопических структур. 2. Наличие терминальных волос, растущих из невуса. 3. Оранжевые точки и/или комки. 4. Белые точки (комки). Абсолютно неспецифический, но заслуживающий внимания признак врожденных невусов. 5. Большие центрально расположенные многоугольные комки светло-коричневого цвета или цвета кожи. 6. Сосуды в виде точек, расположенные в гипопигментированном пространстве вокруг ретикулярных линий, – нечастая находка во врожденных невусах. 7. Изогнутые линии во врожденных невусах могут быть не только признаком, но и составлять паттерн, если занимают большую площадь дерматоскопического изображения. 8. Последним важным признаком поверхностных, а также поверхностных и глубоких врожденных невусов, располагающихся в акральных участках кожи, является распределение точек/комков коричневого/черного цвета вдоль борозд и гребешков.

БЛЕСТЯЩИЙ ЛИШАЙ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ

Касихина Е.И., Валитова И.В.

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

Актуальность. Блестящий лишай – редкий хронический доброкачественный дерматоз. Впервые клиническую картину заболевания подробно описал на страницах дерматологического вестника Феликс Пинкус в 1907 г. Блестящий лишай считается редким заболеванием и четкие эпидемиологические данные отсутствуют. В отечественной литературе данные о блестящем лишае крайне скудны. Цель исследования. Провести анализ клинического течения и оценить эффективность терапии больных блестящим лишаем в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Нами проводилось динамическое наблюдение 4 больных блестящим лишаем, получавших амбулаторное лечение в 2018–2019 гг. на базе филиала «Коломенский» ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ». Все наблюдаемые пациенты мужского пола. Возраст дебюта заболевания значительно варьировал: в 6 месяцев, 6 лет и 10 лет (у двоих пациентов). Давность заболевания составила от нескольких месяцев до 4-х лет. У самого младшего пациента предполагалась связь с вакцинацией (АКДС, гепатит); у двоих (дебют в 10 лет) – заболевание развилось после травматизации кожи. У мальчика с дебютом в 6 лет возможна была связь заболевания с очагом хронической инфекции (хронический тонзиллит, показатель АСЛО 596 Ед/мл (при норме от 0–150 Ед/мл). Наследственной предрасположенности не было выявлено. Клинические проявления у всех детей были довольно типичны. Высыпания дебютировали на нижних конечностях или в местах травмы. Феномен Кебнера отмечался у всех пациентов в местах трения и травматизации кожи. Субъективные ощущения отсутствовали у трех пациентов. На слабый зуд жаловался один мальчик, занимавшийся боксом. К сожалению, до обращения в филиал «Коломенский» все дети получали лечение с различными диагнозами. Терапия препаратами ретинола пальмитата (системно и наружно) в течение 2–3 месяцев не давала положительного результата ни у одного ребенка. Всем детям с учетом возраста назначались курсы топические глюкокортикостероиды (бетаметазон, метилпреднизолон ацепонат) с дальнейшим переходом на мазь такролимус. В одном случае положительный эффект был получен только от курса узкополосной УФВ-терапии. Заключение. По данным наших наблюдений следует ориентировать пациентов на возможно длительное хроническое течение заболевания. Крайне важно определение наличия феномена Кебнера. В этих случаях рекомендуется назначение топических глюкокортикостероидов. Для детей старше 6 лет совместно с физиотерапевтом следует определить возможность назначения УФВ-терапии.

ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПАТОМОРФОЗ

Каткова К.В., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.

Филиал Московского научно-практического центра дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы «Клиника им. В.Г. Короленко»

Патоморфоз – стойкие, существенные и стандартные изменения клинических проявлений и морфологии отдельной болезни. Учитывая, что существуют формы патоморфоза, а именно: естественный и индуцированный, речь пойдет о последнем. Индуцированный патоморфоз (терапевтический) – изменения болезни, вызванные лечением. Вопрос о структуре лечебного патоморфоза болезни продолжает оставаться дискуссионным. Как известно, этиология и патогенез подавляющего большинства кожных болезней точно не установлены, а потому эти элементы не могут служить достоверными показателями патоморфоза, однако могут привести врача в заблуждение при постановке диагноза, соответственно – к неправильной тактике ведения пациента.

Клинический случай. Пациент Н. 60 лет, считает себя больным более 15 лет, первые высыпания на коже верхних конечностей, сопровождались выраженным зудом. При неоднократном обращении к дерматологам фигурировал диагноз Экзема, лечение проводилось АГЛС, десенсибилизирующими средствами, ТГКС – с незначительным эффектом. На протяжении последних 5 лет пациенту проводилось лечение системными кортикостероидными препаратами при каждом обострении (1 р в 2–3 месяца) по схеме р-р преднизолона: 90/60/30 мг с полной отменой на 4–е сутки; с каждым последующим обострением отмечалась торпидность к проводимой терапии, дозы системных ГКС увеличивались, однако выраженного клинического эффекта пациент не отмечал. На момент обращения в МНПЦДК ДЗМ ф-л «Клиника им. В.Г. Короленко» пациент принимал дексаметазон per os 8 мг ежедневно, St. localis: кожные покровы диффузно гиперемированы, инфильтрированы, на коже спины, живота, конечностей множественные сформировавшиеся бляшки с синюшным оттенком, многочисленные биопсирующие эскориации. Дважды с интервалом в месяц проводилась диагностическая биопсия кожи, с целью исключения лимфопролиферативного заболевания с наиболее инфильтрированных очагов – данных за лимфому кожи нет, морфологические изменения могут встречаться при хронической экземе. Пациенту проводилась рациональная дезинтоксикационная терапия, подбор дозы системных ГКС, на фоне проведения лечения – кожные покровы менее насыщенного цвета, однако сформировавшиеся инфильтрированные бляшки в прежних размерах и очертаниях, в центре каждой – атрофия. Спустя 2 месяца – повторная диагностическая биопсия кожи с 2 участков, согласно заключению которой «С большей долей вероятности морфологические изменения соответствуют грибовидному микозу». Пациент дообследован в ФГБУ НИИЦ Гематологии, проведено повторное гистологическое и ИГХ исследование, диагностирован Грибовидный микоз, ст. IIА. Пациент получает по настоящее время лечение интерфероном, р-ром метотрексата по подобранным схемам, с положительным эффектом.

Выводы. Нерациональное лечение системными кортикостероидами в дебюте заболевания привело к стойким изменениям клинической и морфологической картин, что вводило в заблуждение, было важным сопоставлять морфологическую картину с клинико-анамнестическими данными пациента, учитывая индуцированный патоморфоз.

УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ КАК ВАЖНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ

Корнят М.С., Негашева Е.С., Пилявская С.О., Валитова И.В., Заторская Н.Ф.

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

Согласно статистическому анализу структуры заболеваемости в филиале «Коломенский» Московского научно-практического центра дерматологии и косметологии ДЗМ акне занимает одну из лидирующих позиций. За последнее время все больше пациентов детского возраста, страдающих акне,

обращается за медицинской помощью. Среди всех форм акне, регистрируемых в клиничко-диагностическом отделении филиала «Коломенский», преобладают вульгарные угри, на долю которых приходится 9,2% от общего числа посещений за 2018 г. На втором месте стоят тяжелые формы акне, к которым относятся преимущественно конглобатные и фульминантные акне, доля которых составила 1,1% от общего числа посещений за 2018 г., остальные посещения пришлось на долю младенческих угрей и других угрей. Картина заболеваемости в стационаре суточного пребывания, а также в дневном стационаре значительно отличается от амбулаторного приема в рамках клиничко-диагностического отделения. В основной массе за медицинской помощью в условиях стационара обращаются пациенты с тяжелыми формами акне (2% от общего числа госпитализаций за 2018 г.), терапия которых подразумевает назначение системных препаратов, в том числе глюкокортикостероидных средств и строгий контроль клинических и лабораторных показателей. Также увеличивается количество пациентов с коморбидными состояниями, в том числе с сочетанием двух дерматозов, например, псориаза и акне, что усложняет выбор терапии и последующую профилактику заболевания. Немало пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу основного заболевания, страдают легкими и среднетяжелыми формами акне, безусловно, требующими адекватной и своевременной терапии. Раннее выявление заболевания и адекватно подобранная терапия снижает риск возникновения осложнений, таких как постакне. При необходимости, пациентов, обратившихся в филиал за медицинской помощью, консультирует врач-косметолог и проводит процедуры, направленные на борьбу с постакне. Помимо основного лечения, в филиале «Коломенский» пациенты, страдающие акне, также получают дополнительное физиотерапевтическое лечение, направленное на снижение остроты кожного процесса, профилактики развития осложнений и возможных рецидивов заболевания. Стоит отметить, что акне, как дерматоз, поражающий преимущественно видимые кожные покровы, оказывает сильное влияние на снижение качества жизни, в особенности, в пубертатном периоде. Поэтому кроме оказания медицинской помощи в филиале «Коломенский» пациенты получают психологическую помощь, посещают «школы пациентов», в рамках которых проводится санитарно-просветительская работа. Организация подхода совершенствования оказания медико-профилактической и психологической помощи, направленная на снижение заболеваемости акне среди населения, в частности детского возраста, одно из направлений работы филиала «Коломенский». Рост заболеваемости, увеличение тяжелых форм, а также необходимость комплексного обследования пациентов, страдающих данной нозологией, требуют учреждение специализированного референсного центра по оказанию медико-профилактической помощи. Междисциплинарный подход к решению проблемы акне позволит своевременно и наиболее полно осуществлять комплекс профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий целевой группе, снизит риски возникновения осложнений, повысит уровень качества жизни пациентов, снизит финансово-экономические затраты на лечение пациентов с акне в различных лечебно-профилактических учреждениях города у разнопрофильных специалистов.

РАСПОЗНАЮЩАЯ ГЛИКОКОНЪЮГАТЫ СУПЕРСИСТЕМА В ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВОЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ

Лахтин М.В., Лахтин В.М.

Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского, Москва

Введение. Известны векторные взаимосвязи функционирования слизистых трактов с другими органами, участия в них пробиотиков. Пробиотические лектины (ПЛ), являясь имитаторами действия пробиотиков, проявляют удаленное гормоноподобное действие в поддержании здорового статуса биотопов. Цель – на основе собственных данных предложить новые пути модуляции состояний кожи и слизистых с учетом распознающей гликоконъюгаты (ГК) лектиновой суперсистемы (ЛСС) человека на метаболитном и клеточно-рецепторном уровнях. Материалы и методы. Исследовали взаимодействие ГК (www.lectinity.com) и антител (АТ) с ПЛ слизистой и эритропоэтинами (ЭПО) человека. Белки разделяли изоэлектрофокусированием в геле с последующим блоттингом на мембраны. Хемилюминесценцию биотин-стрептавидин- и

пероксидазой меченых (ГК- и АТ-)-сборки ЛС регистрировали в BioChem System (UVP) в оптимизированном режиме реального времени.

Результаты и их обсуждение. Потенциал влияния распознающей ГК системы ПЛ. Система биосовместима с организмом и безвредна. Она обеспечивает ряд полезных свойств; организует ориентированные против инфекций биотопы, поддерживает пробиотическую составляющую биотопа, действует против микробиоценозных коммуникативных тел/ «зерен» смешанных патогенов, конвертируема в направлениях «Клеточная поверхность–Биологическая жидкость», «Пул ЛС–Пул лектиновых (глико)пептидов», «Водорастворимые–Жирорастворимые среды и составы» (адаптивность к разнообразию мишеней, повышение эффективности действия); кофункционирует с гидролазами (снижает аллергенность), препятствует изменениям биотопа в сторону отклонений (патологии), селективна против агрессивности видов грибов и грамположительных бактерий, характеризуется коммуникативным потенциалом, хелатирует катионы металлов, кофункционирует с оксидоредуктазами пробиотиков. ЛС лактобацилл и бифидобактерий синергичны между собой и другими протекторами. Потенциал влияния ГК-распознающей системы ЭПО. Система биосовместима с тканями, против гипоксии, мультифункциональна, характеризуется мажорными («базисными для надстроечных») и минорными (сигнальными) формами – носителями и доставщиками ГК окружающей, штаммы/ тип биотоп-зависимая, физиологически конвертируемая (рекомбинантная – эндогенная); включает долго- и короткоживущие биомаркеры, в том числе в каскаде (инициаторы и модуляторы коммуникационных сетей, сигналы выбора путей в сетевых инфузловых развилках, дальнейшие пролонгаторы каскадов метаболитно-клеточных коммуникаций). Эффективность усиливается в присутствии катионов железа. Перспективные пути воздействия ЛСС на кожу и слизистые (в скобках – доминирующие свойства и ингредиенты): *направленное создание и регуляция в биотопах желаемого статуса функционирования ЛСС влиянием на эндогенные компонентные составы (ЛС и ГК), внесением экзогенных ЛС (в том числе рекомбинантных) и наборов ГК (в том числе синтетических); *укрепление локальной коммуникационной иммунной клеточной системы, организация и усиление надежности скоординированного функционирования сети цитокинов (белковогормональное в межклеточных коммуникациях, ПЛ как иммуномодуляторы); *ангиогенные процессы против гипоксии, против бледной кожи – через популяционно-рецепторные межклеточные коммуникации (ЭПО); *профилактика онкопроцессов (поддерживающие нормальные ГК-декоры мукозальных органов комбинации ПЛ и ГК); *против старения кожи и слизистых (продолгование достигнутого здорового статуса, адаптационное/ регенерационное/репаративное омоложение кожи); *против сухости кожи и слизистых (муцины-удерживающие и поддерживающие ГК-декоры мукозальных органов, слизи в пожилом возрасте; комбинации мажорных ПЛ); *против воспаления и фурункулеза (консервация/ стабилизация/ углубление сопротивляемости кожи и слизистых внешней среде); *против облучения кожи, хейлитов и герпеса слизистых; *для осветления кожи – в направлении депигментации, против пигментированной кожи (вспомогательное участие ПЛ-комплексов); *против патогенов, инициирующих окислительный стресс и действующих в агрессивных средах стресса (ПЛ и ЭПО как кофункционирующие с оксидоредуктазами); *положительное воздействие на мозг, другие органы через здоровые кожу и слизистые (ЭПО как нейропротекторы, ПЛ и ГК как организаторы и сигналы нормальных коммуникаций в суперорганизме). Выводы. Для ЛСС характерны высокая адаптивность, разнообразие путей и механизмов. Возможны ЛСС расширенного состава для направленного контролируемого использования в сочетанных составах для профилактики и терапии в дерматовенерологии и косметологии.

ПСОРИАЗ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Лысенко О.В.

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

Нарушения метаболизма у больных псориазом всегда являлись значимой проблемой дерматологии, однако серьезное внимание начали привлекать только в последнее время. Изменения обменных процессов, как правило,

сопровождаются патологией иммунного статуса, что сказывается на течении заболевания и требует коррекции терапии.

Цель работы – изучение значимых и доступных для практического здравоохранения показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных псориазом с нарушением метаболизма. Обследованы 343 больных (222 мужчины и 121 женщина) в возрасте 15–30 лет – 32,5%, 31–50 лет – 47,5% и старше 51 года – 20%. Длительность заболевания до 10 лет имела место у 58,5% больных, но 41,3% пациентов страдали 10 лет и больше, а 21,3% – более 20 лет. Исследование популяционного и субпопуляционного спектра лимфоцитов, уровня цитокин- и нитроксидагических процессов производили стандартными общеизвестными методами. Статистический анализ данных проводили с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 6.0 (for Windows; «StatSoft, Inc.», 2001). Результаты. На момент госпитализации у больных псориазом в сравнении с донорами отмечался достоверный рост CD4, CD8 лимфоцитов. Рост числа этих клеток отражал усиление процессов лимфопоэза и миграции лимфоцитов, а снижение соотношения CD4/CD8 клеток – численное превалирование цитотоксической популяции лимфоцитов над хелперной. Определение соотношения CD25/CD95 и CD71/CD95 показало, что у больных псориазом с нарушениями метаболизма преобладали клетки с маркерами ранней (CD25) и поздней (CD71) позитивной активации над негативными, достоверно выросло количество CD71 лимфоцитов. При определении количества цитокинов (IL-8 и TNF-α) установлено, что уровень TNF-α находился в пределах нормы, что не исключает локального повышения TNF-α в области псоритического поражения при накоплении в этой области клеток-продуцентов цитокина. К таким клеткам относятся, например, моноциты. Проведенными исследованиями установлено, что уровень спонтанной и индуцированной ЛПС микробов продукции TNF-α при культивировании моноцитов больных псориазом в условиях *in vitro* оказался достоверно выше, чем в контрольной группе. Полученные результаты позволяют предполагать возможность участия моноцитов и тканевых макрофагов в увеличении уровня спонтанной и стимулированной секреции TNF-α при псориазе и метаболическом синдроме и подтверждают вероятность локальных изменений количества данного провоспалительного и апоптогенного цитокина в области кожных высыпаний. Уровень IL-8 у больных псориазом с метаболическим синдромом оказался выше, чем у условно здоровых людей, и это совпадает с данными других ученых (Okubo Y., Koga M., 2010). Закономерных изменений конечных стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови и при культивации мы не обнаружили. Среди изучаемых показателей отмечена слабая, но достоверная обратная связь между уровнем NO и количеством лейкоцитов, CD25, CD95 клеток, CD4/CD8, а также между сывороточным IL-8 и культивированным TNF-α. Прямая корреляционная связь выявлена между оксидом азота и относительным количеством CD71 лимфоцитов; количеством лейкоцитов и уровнем TNF-α. Таким образом, изменения иммунных показателей крови у больных псориазом с метаболическим синдромом вторичны, направлены на сохранение иммунного гомеостаза в условиях обострения основного процесса в коже, связанного с активационными событиями на уровне разных клеток покровных тканей (кератиноцитов и клеток Лангерганса). Можно предполагать, что при обострении псориаза появляются новые тканевые антигены, меняющие состояние аутореактивных клонов. Это приводит к повышению уровня позитивной активации иммунных клеток и одновременно к усилению апоптоза, что и стабилизирует баланс этих процессов.

ГЛОССАЛГИЯ

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

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность. Ощущения на коже, ассоциированные с психосоматическими расстройствами, достаточно разнообразны и вызывают ряд проблем в диагностике и лечении. Все чаще обращаются пациенты с жалобами на зуд кожи и ощущения на слизистой полости рта. Глоссалгия (МКБ-10 K14.6, F45.4, F22.0; DSM-IV-TR: 307.8 болевое расстройство с психологическими факторами) включает дизестезии с жжением, болью или покалыванием в области языка и других частей слизистой оболочки полости рта, при этом жалобы на ощущения в области языка не сопровождаются органически подтвержденной патологией. Глоссопириоз или глоссалгия (синдром жжения

в области слизистой) ассоциированы с дисгевзией, парестезией, дизестезией, ксеростомией. Синдром жжения языка может быть связан с повышенными уровнями депрессии и тревоги (Davies S.J. et al., 2016). Специальные опросники нейропатических и психологических компонентов первичного синдрома жжения полости рта показали, что 31% из 35 пациентов страдали от нейропатической боли, 34,3% испытывали тревогу и депрессию в соответствии с госпитальной шкалой тревоги и депрессии HADS (Sevrain M. et al., 2016). Около 50% больных с глоссодинией имели расстройства личности (Huang et al., 1996). Использование антидепрессантов (например, миртазапина, доксемина), в частности трициклических, нейролептиков рекомендовано для лечения глоссодинии по данным литературы (W. Huang et al., 1999). У 51 пациента с психогенной природой синдрома жжения полости рта использование СИОЗС было эффективным (Fleuret et al., 2014). Целью нашей работы явилось изучение клиники реактивно протекающих психосоматических расстройств, ассоциированных с сенсорными феноменами и объективно регистрируемыми кожными симптомами и при отсутствии кожных проявлений.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2019 гг. 33 пациента (средний возраст 51,07 лет) обратились с жалобами на различные ощущения на коже и слизистой полости рта с и без наличия высыпаний на коже. Пациенты были консультированы стоматологами, аллергологами и другими специалистами, которые направили данных пациентов в МНПЦДК. Пациенты были детально обследованы дерматовенерологом и психиатром. Среди обследованных больных 24 пациента – с глоссалгией, 5 пациентов – с крапивницей, 2 пациента – с соматоформным зудом и 2 пациента с амплифицированным зудом на фоне atopического дерматита. Наблюдалась манифестация высыпаний различных вариантов псевдоаллергических реакций в форме волдырей, папул. Психиатрические эквиваленты зуда и других ощущений (жжение, покалывание, щекотание и т.д.) были широко представлены как симптом различных психодерматологических расстройств.

Результаты. В большинстве наблюдений у больных имелась психогенная или соматогенная провокация. Диагностировано соматизированное расстройство, хроническое соматоформное болевое расстройство с явлениями ипохондрии с тревогой за здоровье, канцерофобией, аутоагрессивное поведение не является характерным и встречается редко. Среди расстройств личности были отмечены шизотипическое, истерическое, параноидное и избегающее. Проводилось лечение с помощью психотропных препаратов, в частности антипсихотиками, которые показали свою эффективность.

СИНДРОМ ГОРЛИНА–ГОЛЬЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НА СТЫКЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Миченко А.В., Дмитриева А.С.

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Синдром Горлина–Гольца (син.: синдром невоидной базальноклеточной карциномы, синдром базальноклеточного невууса, СГГ) – это редкое генетическое заболевание, связанное с множеством фенотипических аномалий, которые можно разделить на аномалии развития и постнатальные опухоли, главным образом базальноклеточный рак. Распространенность СГГ по разным оценкам составляет от 1:57 000 до 1:164 000. Отдельные проявления данного синдрома были зафиксированы еще 3000 лет назад в Древнем Египте. Так же при раскопках у жителей Древней Помпеи и Геркуланума около 2000 лет назад. И только в 1960 году американский стоматолог и генетик Robert James Gorlin и американский дерматолог Robert William Goltz описали это расстройство как синдром. Синдром базальноклеточного невууса имеет аутосомно-доминантный тип наследования с полной пенетрантностью и выраженной вариабельной экспрессивностью. Однако половина случаев данного синдрома является результатом впервые возникшей мутации. На данный момент известно, что пациенты с СГГ являются носителями гетерозиготной герминативной мутации в гене PTCHE1 (PTCH1), PTCHE2 или гетерозиготной герминативной нонсенсной мутации SUFU, играющими основную роль в сигнальном пути «hedgehog». Наиболее частые клинические проявления СГГ включают одонтогенные кератокисты, множественные базальноклеточные карциномы и аномалии скелета, преимущественно грудного отдела. Для постановки диагноза СГГ используются диагностические критерии, предложенные Kimonis в 2004. Диагноз может быть поставлен при наличии двух основных критериев или

одного основного и двух второстепенных. Основные критерии включают: более двух базалиом в возрасте от 20 лет, гистологически подтвержденные одонтогенные кератокисты челюсти, ладонные или подошвенные точечные вдавления, кальцификацию серпа головного мозга, аномалии ребер, фиброму яичников, медуллобластому, очаги просветления в виде язычков пламени, брахиметакарпию во всех 4 конечностях, наличие СГГ у родственников первой линии. Второстепенные – позвоночные аномалии, брахиметакарпию по крайней мере в одной конечности, гипертелоризм или телекантус, выступающие лобные бугры. На данный момент существуют различные терапевтические и хирургические тактики ведения пациентов, однако хирургическое иссечение не является методом выбора при множественных базалиомах. А большинство терапевтических методов не решают проблему синдромального течения данного процесса и направлены только на дерматологические проявления синдрома. Однако существует новое терапевтическое средство, Висмодегид, механизм действия которого связан с ингибированием сигнального пути Hedgehog, благодаря связыванию Висмодегиба с трансмембранным белком SMO.

Приводим успешный опыт лечения пациентки с СГГ. Анамнез: женщина 59 лет, считает себя больной с 1994 года, когда впервые отметила постепенное появление образований на коже туловища и конечностей. Неоднократно проводилось удаление образований путем криодеструкции, хирургического иссечения. В ноябре 2018 года пациентка была консультирована в «Центре неинвазивной диагностики кожи» консультативного отделения ООСМП, где был установлен диагноз «Синдром Горлина–Гольца», после чего пациентка была направлена на консультацию к врачу-онкологу в МКНЦ, где было назначено лечение. Локальный статус: Патологический процесс носит распространенный характер, представлен шелушащимися пятнами и бляшками розового цвета округлой или неправильной формы. На коже ладоней наблюдаются точные вдавления. Исследование на аппарате FotoFinder: зафиксировано 83 очага с дерматоскопическими признаками, подозрительными на базалиому. Дерматоскопия: соответствует диагнозу базалиома. Ортопантограмма верхней и нижней челюсти: без патологии (одонтогенные кисты не обнаружены). Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: остеохондроза в грудном отделе позвоночника. Аномалии характерные для СГГ не выявлены. Лечение: в связи с множественностью опухолевого процесса хирургическое лечение не показано, проведена таргетная терапия Висмодегидом 150 мг внутрь в течение 3 месяцев с положительным эффектом в виде частичного регресса опухолевого процесса. Побочные эффекты алопеция. Пациентке рекомендовано продолжить лечение Висмодегидом под контролем врача-онколога. Таким образом, применение препарата Висмодегид в течение трех месяцев при СГГ является оправданным и ведет к выраженному регрессу опухолевого процесса.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСОРИАЗОМ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Мухаммадеева О.Р., Магазова Р.А., Хабибуллин А.Ш., Загидуллина Р.Р., Габдрахманова Л.Р., Юсупова А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Уфа

Цель исследования. Проанализировать динамику общей и первичной заболеваемости псориазом населения Республики Башкортостан в сравнении с показателями Приволжского федерального округа и Российской Федерации. Материалы и методы. Для анализа использованы данные ФСН формы №12 – сводный отчет «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» по РБ за 2009–2017 гг. Изучены первичная и общая заболеваемость псориазом населения республики Башкортостан и сопоставлены с аналогичными данными по Российской Федерации (РФ) и Приволжскому федеральному округу (ПФО).

Результаты исследования. В результате проведенного исследования установлено, что за 2009–2017 гг. показатель общей заболеваемости псориазом в РБ вырос с 287,9 до 294,4 случая в расчете на 100 тыс. населения (темпы прироста 2,2%), а показатель первичной заболеваемости снизился с 91,6 до 83,7 случая в расчете на 100 тыс. населения (темпы убыли 8,6%), что может говорить об уменьшении количества впервые выявленных случаев

заболевания и увеличении количества повторных обращений. Анализ среднегодовых показателей первичной и общей заболеваемости псориазом в РБ за девять лет показал их превышение в сравнении с данными по РФ и ПФО. Так, первичная заболеваемость псориазом в РБ составила $83,2 \pm 2,6$ случая в расчете на 100 тыс. населения, что выше, чем в РФ ($66,7 \pm 0,9$ случая в расчете на 100 тыс. населения; $p < 0,05$) и в ПФО ($78,6 \pm 2,6$ случая в расчете на 100 тыс. населения; $p > 0,05$). Среднегодовой показатель общей заболеваемости псориазом в РБ ($259,7 \pm 16,7$ случая в расчете на 100 тыс. населения) так же выше, чем в РФ ($222,5 \pm 53,7$ случая в расчете на 100 тыс. населения; $p < 0,05$), и в ПФО ($246,1 \pm 11,9$ случая в расчете на 100 тыс. населения; $p > 0,05$). Учитывая, что псориаз является хроническим заболеванием требующим длительного наблюдения и лечения, мы оценили своевременность взятия на диспансерный учет пациентов. При анализе статистических данных, отмечена низкая своевременность взятия на диспансерный учет пациентов с впервые установленными диагнозами. Так, в 2017 г. среди впервые выявленных детей с диагнозом псориаз в возрасте до 14 лет были взяты на диспансерный учет 57,7%, а в группе пациентов старшего возраста (старше 18 лет) оказалось, что только 30,0% были взяты под диспансерное наблюдение, причем наибольшее количество пациентов с псориазом зарегистрировано именно в этой возрастной категории. Таким образом, уровень общей и первичной заболеваемости псориазом в РБ, превышающий общероссийские показатели, и недостаточный охват диспансерным наблюдением группы пациентов с этим дерматозом, свидетельствуют о необходимости проведения работы направленной на улучшение качества лечения и профилактических мероприятий с целью повышения доступности оказываемой помощи в республике и качества жизни пациентов. Также необходимо проводить работу по выявлению факторов риска и степени их влияния на начало и развитие псориаза, что позволит разработать и внедрить мероприятия по совершенствованию медицинской помощи в регионе на всех этапах ее оказания.

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ. СИСТЕМА БАЛЛОВ НМО, ДОПУСК К ПРОФЕССИИ – АКТУАЛЬНО НА 2019 ГОД

Петунина В.В.

Кафедра кожных болезней и косметологии Факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

На сегодняшний день система обучения врачей претерпевает значительные изменения. Это касается не только постдипломного образования, но и базового медицинского обучения. И если для уже какое-то время практикующего косметолога, да и врачей большинства специальностей аккредитация – туманное будущее, то для сегодняшних (и уже вчерашних) выпускников это настоящее. И все мы семимильными шагами близимся к вступлению в систему непрерывного медицинского образования. Как только вы «обновили» свой сертификат после января 2016 года по старой системе, вы стали активным участником системы НМО. Как только вы получили новый сертификат специалиста – вы должны зарегистрировать его в системе. Далее вам предстоит сформировать индивидуальный план обучения по соответствующей специальности. На сегодняшний день действует проект о необходимости за 1 год набрать 50 зачетных единиц. Так за 5-летний срок для допуска к повторной аккредитации врачу необходимо набрать 250 баллов. Если вы набрали за год более 50 баллов, то их излишек «сгорает» – перенести его на следующий год, либо использовать в качестве «зачета» прошлый, где вы недобрали баллы невозможно. Для начала набора баллов вы должны выбрать программу ДПО в образовательной организации (список организаций доступен в разделе Организации <http://edu.rosminzdrav.ru>). Заключить договор с образовательной организацией на обучение по выбранной программе. Регистрируетесь на сайте www.sovetnmo.ru в разделе «План обучения» (это ваш «личный кабинет» на сайте) и начинаете составлять список мероприятий, которые вас интересуют. После прохождения обучения, обеспеченного кредитами всем слушателям выдается Свидетельство НМО установленного образца с указанием индивидуального кода подтверждения. При вводе (активации) данного кода в специальном поле в разделе «План обучения» (ваш «личный кабинет» на сайте) появляется запись о прохождении учебного мероприятия.

Летом 2019 года вышли в свет профессиональные стандарты по специальности дерматовенерология. В данные стандарты вошли и профессиональные компетенции, которые выполняет врач-косметолог.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: РЕДКИЕ ФОРМЫ И СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Платонова Д.В., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Красный плоский лишай (КПЛ) – одно из часто встречающихся хронических рецидивирующих заболеваний кожи и слизистой полости рта. Классификация клинических вариантов КПЛ основана на особенностях морфологии. Гипертрофический красный плоский лишай (*lichen ruber hypertrophicus*, s. *verrucosus*) также известен как веррукозная или гиперкератотическая форма. В основном высыпания локализуются на коже передней поверхности голени, редко на коже верхних конечностей и туловища. Высыпания в виде красных, серо-желтых, темно-красных инфильтрированных гиперкератотических папул или бляшек образуются в результате слияния отдельных мелких бляшек и узелков. Атрофический красный плоский лишай (*lichen planus atrophicus*) – редкая форма, локализуемая на коже нижних конечностей. Клинически высыпания представлены в виде круглых или овальных, с западением в центре, коричневых или фиолетовых папул и бляшек. На месте регрессирующих узелковых элементов развивается атрофия. Буллезный красный плоский лишай (*lichen ruber planus bullosus*) характеризуется типичными пузырьками. Поражается кожа нижних конечностей в виде многочисленных мелких, иногда больших сгруппированных пузырей с напряженной покрывкой; некоторые пузыри ячеистые, содержат серозную или серозно-желтую жидкость. При пемфигоидном красном плоском лишае (*lichen planus pemphigoides*) клинические проявления, гистопатология и иммунофлюоресценция сходны с таковыми при буллезном пемфигоиде. Для этой формы характерно развитие пузырьков и пузырей не только на существующих высыпаниях, но и на неизмененной коже. В последнем случае не исключена возможность развития буллезного пемфигоида. По периферии высыпаний располагаются напряженные плоские многокамерные волдыри. Высыпания преобладают на конечностях, наиболее редко на туловище; расположены группами или диссеминированно. Эта форма КПЛ патофизиологически до сих пор не классифицирована. Пигментные пятнистые или папулезные элементы характерны для пигментного красного плоского лишая (*lichen planus pigmentosus*). Помимо распространенного перифоликулярного линейного или опоясывающего характера расположения, высыпания могут локализоваться по линиям Блашко, по ходу сосудов нижних конечностей и на коже разгибательных поверхностей конечностей. Пигментация может появиться и в период регрессирования типичных узелковых элементов, при этом иногда развиваются изменения, сходные с пойкилодермическими. Эритродермический вариант (*erythrodermic lichen planus*) является наиболее редким. Морфологически обнаруживают красные или фиолетовые папулы и обширные инфильтрированные эритематозные бляшки без тенденции к росту, а так же волдыри или эрозии. Высыпания сопровождаются интенсивным зудом, снижающим общее самочувствие. Фоликулярный или остроконечный красный плоский лишай (*lichen planopilaris*) локализуется на коже волосистой части головы, подмышечных впадин, паховой области, мошонки и сгибательных поверхностей конечностей, чаще всего это сгруппированные или диссеминированные, фоликулярные возвышенные или полусферические эритематозные папулы с роговой пробкой, на отдельных элементах находятся роговые шипики. В случае локализации их на волосистой части головы процесс нередко завершается атрофией и облысением (*lichen ruber follicularis decalvans*), что в сочетании с алопецией в подмышечных впадинах и в области лобка, шиповидными роговыми папулами на туловище и конечностях обозначаются как синдром Литтла–Лассюэра. В последнее время участились случаи сочетания форм КПЛ с выраженными токсико-аллергическими реакциями, вторичной инфекцией, что осложняет постановку верного диагноза. Чаще всего к этому приводит повышенная осведомленность населения. Всевозможные медицинские передачи на телевидении, статьи в интернете дают огромный объем информации, о симптомах и способах их лечения, а так же общедоступность лекарственных препаратов, что способствует формированию у человека ошибочного

мнения о том, что любую болезнь можно вылечить в домашних условиях. За последний год под нашим наблюдением находилось порядка 20 пациентов с КПЛ, чаще со смешанными формами, в большинстве случаев диагноз КПЛ удалось установить лишь гистологически. Прежде всего врачу дерматологу для точной диагностики данной многоликой нозологии следует уделить внимание подробному сбору анамнеза, детальному осмотру патологических элементов кожной сыпи, в случае сложности постановки диагноза целесообразно выполнение диагностической биопсии кожи.

КОМОРБИДНОСТЬ ДЕРМАТОЗОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА НА ПРИМЕРЕ СКЛЕРОДЕРМИИ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Плиева К.Т., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.

Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы

Склеродермия – аутоиммунное заболевание, которое характеризуется системным поражением соединительной ткани с преобладанием фиброзно-склеротических и сосудистых нарушений по типу облитерирующего эндартериолита с распространенными васоспастическими изменениями, развивающимися преимущественно в коже и подкожной клетчатке. Этиология склеродермии окончательно не установлена. Предполагается мультифакториальное наследование. В развитии заболевания имеют значение переохлаждения, простудные заболевания, травмы, эндокринопатии, заболевания нервной системы.

Патогенез склеродермии связывают с обменными, сосудистыми и иммунными нарушениями. Особое патогенетическое значение при склеродермии придается изменениям микроциркуляции. В их основе лежат поражения преимущественно стенки мелких артерий, артериол и капилляров, пролиферация и деструкция эндотелия, гиперплазия интимы, склероз.

Различают две основные формы склеродермии: системную (поражаются кожа и внутренние органы) и очаговую (ограниченную). Наиболее приемлемой в практическом плане является классификация очаговой склеродермии, основанная на клиническом принципе [С.И. Довжанский, 1979].

- Бляшечная форма и ее варианты: индуративно-атрофическая (Вильсона); поверхностная «сиреневая» (Гужеро); келоидоподобная; узловатая глубокая; буллезная (эрозивно-язвенная); генерализованная.
- Линейная форма (полосовидная): саблевидная (по типу «удара саблей»); лентовидная; зостериформная.
- Склероатрофический лишай Цумбуша (болезнь белых пятен).
- Идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини.

Диагноз склеродермии не вызывает затруднений особенно при выраженной клинической симптоматике. Диагностические признаки очаговой склеродермии: ограниченное уплотнение и атрофия кожи в виде бляшек, полос или пятен.

В практике врача-дерматолога встречаются разнообразные сочетания заболеваний. Как правило, наблюдается сочетание (коморбидность) двух и более болезней одновременно, что позволяет предполагать сочетание иммунозависимых заболеваний между собой. В частности, в условиях дерматовенерологического стационара, наблюдались сочетания ограниченной склеродермии с различными другими дерматозами, такими как красный плоский лишай, псориаз, витилиго.

Пациент А. 42 лет, поступил в стационар с жалобами высыпания на коже волосистой части головы, лица, туловища, верхних и нижних конечностей, подмышечных впадин, лобковой области, полового члена; чувство стянутости в области высыпаний на коже правого предплечья.

На момент осмотра на коже туловища, правого предплечья высыпания представлены пятнами розовато-кофейного цвета, с нечеткими границами, неправильной формы, размером до 7 см в диаметре, с гладкой атрофической поверхностью. Кожный рисунок в очагах сглажен, нарушен рост волос. По периферии высыпаний визуализируется венчик «роста», сиреневатого цвета. На коже волосистой части головы, лица, кистей рук, подмышечных впадин, нижних конечностей, лобковой области, полового члена отмечаются пятна от белого до молочно-белого цвета, четко очерчены, имеют ровные и фестончатые края, кожа в очагах поражения, без признаков атрофии и шелушения. Пациенту выставлен диагноз: «Локализованная склеродермия, бляшечная форма. Витилиго».

Пациент Т., 32 лет, поступил с жалобами на высыпания на коже задней поверхности шеи, верхних конечностей, периодически умеренный зуд в местах высыпаний.

При осмотре на коже задней поверхности шеи отмечается эритематозно-сквамозный очаг, с четкими границами и очертаниями, диаметром до 3,0 см, умеренно инфильтрирован, ярко-розового цвета, в пределах очага точечные эксфолиации, покрытые геморрагическими корочками; на коже правого плеча, правой кисти высыпания представлены пятнами розовато-кофейного цвета, с нечеткими границами, неправильной формы, размером до 10,0 см в диаметре, в области плеча, и 3,0 см в области кисти, с гладкой поверхностью. Кожный рисунок в очагах сглажен, нарушен рост волос. По периферии высыпаний визуализируется венчик «роста», сиреневатого цвета. На коже разгибательной поверхности локтевых суставов отмечается гиперкератоз, пятна поствоспалительной гиперпигментации. Установлен диагноз: «Ограниченная склеродермия, бляшечная форма. Вулгарный псориаз, в стадии ремиссии. Ограниченный нейродермит».

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Порошина Л.А., Рублевская Е.И.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер, Гомель

Введение. Ограниченная склеродермия (ОС) – хроническое заболевание соединительной ткани, проявляющееся очагами воспаления и фиброза на коже. Заболеваемость ОС составляет от 0,24 до 3 случаев на 100 тысяч населения. ОС может возникать в любом возрасте, но чаще выявляется в возрасте 30-55 лет. Девочки болеют в 3-10 раз чаще мальчиков. Женщины в возрасте 40-55 лет составляют большую часть пациентов, больных ОС. В настоящее время отмечается рост заболеваемости. Склеродермия относится к числу дерматозов, недостаточно изученными этиологией и патогенезом. Основную роль в патогенезе заболевания отводят аутоиммунному фактору, изменениям микроциркуляции и нарушениям метаболизма компонентов соединительной ткани, следствием которых являются воспалительные и склеротические поражения кожи. Цель. Изучить особенности течения ОС у женщин. Материалы и методы. Нами были обследованы пациентки, находившиеся на стационарном лечении в Учреждении «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер» с января 2018 по июнь 2019г. У пациенток женского пола, страдающих ОС, изучался анамнез, оценивалось наличие сопутствующей патологии, проводились антропометрические измерения (рост, вес), рассчитывался индекс массы тела по формуле $ИМТ = m/h^2$, где m – масса тела в килограммах; h – рост в метрах. Средний возраст пациенток составил $56,67 \pm 14,1$ лет. 65 пациенткам была проведена эхокардиография, ультразвукографическое исследование щитовидной железы. Показатели липидного обмена (холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности, холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов очень низкой плотности, триглицериды) определялись ферментативным методом. Результаты и обсуждение. За 18 месяцев, в течение которых проводилось исследование, в учреждении «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер» прошли стационарное лечение по поводу склеродермии 108 пациенток: 99 женщин и 9 мужчин. Таким образом, женщин было в 11 раз больше, чем мужчин, что соответствует литературным данным. Длительность заболевания составила от 1 месяца до 46 лет. У всех пациенток отсутствовали признаки системности. У 13 пациенток была генерализованная форма заболевания с поражением 5 и более анатомических областей. Бляшечная форма ОС наблюдалась у большинства пациенток. Линейная форма диагностирована у 4 пациенток, зостериформная – у одной, у одной пациентки была прогрессирующая атрофия лица Парри-Ромберга с поражением костных структур и тканей глазницы. Индекс массы тела пациенток составил $30,87 \pm 5,46$ кг/м². Лишь 14% пациенток имели нормальную массу тела, у 30% была избыточная масса тела, у 56% было ожирение той или иной степени. У всех пациенток наблюдался абдоминальный тип ожирения. При изучении сопутствующей патологии у пациенток выявлено преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия (87,1%), постинфарктный кардиосклероз (3%), фибрилляция предсердий (6%), застойная недостаточность кровообращения IIa стадии по Василенко-Стражеско (9%),

хроническая ревматическая болезнь сердца – (3%). У 25,7% пациентов с ОС была диагностирована диастолическая дисфункция левого желудочка. При проведении ультразвуграфии была диагностирована патология щитовидной железы: узловой зоб (32%), аутоиммунный тиреоидит (18%), аденома (3%). Сахарным диабетом II типа страдало 18 пациентов. 28 пациенток имели в анамнезе миому матки, 24 из них была произведена экстирпация матки с придатками. У 37 пациенток был гастрит, калькулезный холецистит был (в том числе в анамнезе) у 23 пациенток, 19 из них ранее перенесли операцию по поводу холецистэктомии. При проведении липидограммы у 80% пациентов с ОС был диагностирован тот или иной тип атерогенной дислипидемии. Гипертриглицеридемия была выявлена у 44% пациентов. У 45% пациентов отмечался повышенный уровень С-реактивного белка. Выводы. Таким образом, пациентки, страдающие ОС, наиболее часто имеют избыточную массу тела или ожирение, из сопутствующих заболеваний преобладают патология сердечно-сосудистой системы, дислипидемия, патология щитовидной железы, аутоиммунные заболевания. Общими патогенетическими звеньями сердечно-сосудистых заболеваний, дислипидемии и ОС являются дисфункция эндотелия, хроническое воспаление, окислительный стресс, стимуляция фиброобразования. Эти механизмы способствуют прогрессированию как ОС, так и коморбидных состояний. Экстирпация матки, проведенная пациенткам, могла быть причиной гипопозтрени, которая могла влиять на синтез коллагена.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ГБУЗ МНПЦДК ДЗ

Потекаев Н.Н., Затурская Н.Ф., Негашева Е.С., Валитова И.В., Проскура М.И.

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

Заболеваемость – важный показатель, характеризующий показатель здоровья. В настоящее время наблюдаются негативные тенденции состояния здоровья у детей разного возраста. Заболеваемость болезнями кожи у детей грудного и раннего возраста в Российской Федерации продолжает оставаться стабильно высокой. В 2018 г. за медицинской помощью ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» филиал «Коломенский» обратилось детей грудного и раннего детского возраста (0–4 лет вкл) – 24,3% от общего числа человек. По частоте заболеваемости среди новорожденных и раннего детского возраста в 2018 г. на первом ранговом месте – заболевания кожи и подкожной клетчатки (L00–L99) – 79%, затем инфекционные заболевания (А, В) – 13%, на третьем – врожденные заболевания (Q) – 6%, наименьшая частота – с новообразованиями (D) – 2%. Из возрастных параметров по данным 2018 г в КДО обратились дети до первого года жизни – 30% от общей доли детей от 0–4 лет включительно. Главным образом с диагнозом атопический дерматит (L20.8), что составило 19,7% (от общего количества пациентов грудного возраста), затем по распространенности инфекционный дерматит (L30.3) – 6,7% и дерматит, вызванный съеденной пищей (L27.2) – 6,2%. Среди детей от 1 до 3 лет наиболее часто обращались с атопическим дерматитом (L20.8) 13,7% (от общего количества обращаемых детей в возрасте от 1–3 лет), инфекционным дерматитом (L30.3) – 7,4%, контактным дерматитом (L30.1) – 5,2%. Таким образом, анализ заболеваемости детей с учетом возраста по данным КДОГ в 2018 г. показывает, что наиболее часто среди детей раннего возраста обращаются с диагнозом атопический дерматит. По половым различиям – девочки болеют чаще, чем мальчики. Среди данной категории пациентов девочек, по сравнению с мальчиками, имеют большую распространенность угри обыкновенные (L70.0). За 2018 г. по данным статистики филиала «Коломенский» в дневном стационаре детей новорожденных и раннего детского возраста было 9,8% от общего числа пациентов. Структура заболеваемости наибольшее количество обращений с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (L00–L99) – 86,8%, затем инфекционные заболевания (А, В) – 8,8% и врожденные заболевания (Q) – 4,4%. 28 обращения больных от 0–3 лет включительно с атопическим

дерматитом (9,3% от количества обращений с данным диагнозом в ДС), на долю мальчиков приходится 78,6%, девочек 21,4%. По псориазу была оказана помощь данной возрастной категории – 4 случая (1,8% от количества обращений в ДС с данной нозологией), на долю мальчиков приходится 75%, на долю девочек – 25%. Структура заболеваемости в суточном стационаре в 2018 г. среди детей новорожденных и раннего детского возраста: было 12,9% от общего числа пациентов. Структура заболеваемости наибольшее количество обращений с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (L00–L99) – 60%, затем инфекционные заболевания (А, В) – 30,8% и врожденные заболевания (Q) – 4,2%. 59 обращения больных от 0–3 лет включительно с атопическим дерматитом (18,9% от количества обращений с данным диагнозом в ДС), на долю мальчиков приходится 67,8%, девочек 32,2%. По псориазу была оказана помощь данной возрастной категории – 1 случай (0,1% от количества обращений в ДС с данной нозологией). Внедрение в детском центре «Коломенский» комплексного подхода, профилактических мероприятий, преемственность, создание и ведение регистров больных хроническими дерматозами с целью оценки эпидемиологической ситуации, оперативное реагирования, а также своевременное и адекватное обеспечение специализированной медицинской помощи новорожденным и детям раннего возраста, направлены на своевременное выявление вредных факторов здоровья новорожденных детей и раннего детского возраста и снижение заболеваемости детей.

РЕДКИЕ ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Потекаев Н.Н. (1, 2), Корсунская И.М. (3), Косталевская А.В. (2), Невозинская З.А. (1, 2)

1 – Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 2 – Московский научно-практический центр дерматологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, филиал «Южный», 3 – Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук.

N.N. Potekayev (1, 2), I.M. Korsunskaya (3), A.V. Kostalevskaya (2), Z.A. Nevozinskaya (1, 2).

1 N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; 2 Moscow Scientific – and – Practical Center for Dermatovenerology and Cosmetology, Healthcare Department; 3 Center for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Russian Academy of Sciences, Moscow.

Склеродермия является хроническим заболеванием соединительной ткани, характеризующимся поражением мелких и крупных сосудов, воспалением, аутоиммунной и тканевой реконструкцией, что часто приводит к рубцеванию и фиброзу в сосудах и внутренних органах. Несмотря на то, что описание клинической картины существуют в работах Галена, Авиценны и других древних авторов, этиология и патогенез данного дерматоза до сих пор остаются неизвестными. Не вызывает сомнения то факт, что в патогенезе склеродермии, важную роль играют генетическая предрасположенность, нарушения синтеза и обмена коллагена и гликопротеинов, патология микроциркуляторного русла, а также нарушения клеточного и гуморального иммунитета. На приеме врача-дерматовенеролога чаще всего встречаются пациенты с диагнозом Ограниченная склеродермия бляшечная форма или склероатрофический лишай. За период 2017–2019 год в филиал Южный обратились несколько пациентов с достаточно редкими формами склеродермии: пансклеротической склеродермией, генерализованной формой склеродермии и буллезной формой склеродермии. Пансклеротическая склеродермия является редкой формой заболевания и одной из наиболее тяжелых его форм. Обычно эта форма склеродермии наблюдается у детей, характеризуется быстрой прогрессией процесса и резистентностью к терапии. С данной формой заболевания к нам обратилась мама с девочкой в возрасте 4 года 8 месяцев. Генерализованная форма склеродермии характеризуется появлением множественных очагов эритемы и/или индурации кожи в нескольких анатомических областях и сливающихся в обширные очаги поражения. С данной формой заболевания к нам обратились две женщины в возрасте 42 и 45 лет. Длительность заболевания колеблется от 6–8 месяцев до 30 лет. Буллезная склеродермия характеризуется появлением на поверхности отдельных очагов пузырей с серозным или геморрагическим содержимым. После того как пузыри вскрываются, остаются долго не

заживающие язвенные элементы. С данной формой заболевания в филиал «Южный» обратились 2 больных в возрасте 50 и 52 лет. Мы хотели бы обратить внимание наших коллег на редкие формы склеродермии.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОЖИ В УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ СВЕТЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Потекаев Н.Н., Кочетков М.А., Волнухин В.А., Петров В.А.

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

В современной медицине активное развитие получили методы неинвазивной визуализации различных тканей и органов человека. Облучение кожи ультрафиолетовым светом с длиной волны 320–400 нм (с пиком эмиссии 365 нм) при ряде заболеваний вызывает специфическую флюоресценцию, обуславливающую более четкую визуализацию очагов поражения. В клинической практике с этой целью традиционно используют лампу Вуда, позволяющую осматривать отдельные участки тела. Авторами разработано и успешно применяется в практической работе устройство, позволяющее визуализировать и фотографировать в ультрафиолетовом свете весь кожный покров пациента с последующей обработкой и архивацией полученных изображений кожи. Для лучшей визуализации изучаемого объекта в устройстве предусмотрена возможность регулировки интенсивности излучения и формирования различных вариантов светотеневого изображения. Основные показания к применению данного метода в дерматологии: нарушения пигментации кожи, микозы, бактериальные инфекции кожи, порфирии. Характерные особенности визуализации кожи при отдельных заболеваниях существенно различаются. Визуализация кожи в ультрафиолетовом свете является простым и достаточно информативным методом неинвазивной диагностики дерматозов. В ряде случаев она помогает не только диагностировать ту или иную патологию, но и оценить эффективность проводимого лечения.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ»

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», Москва

Актуальность. Одним из главных приоритетов современного здравоохранения является борьба с онкологическими заболеваниями. Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями на 2018–2024 годы» является одним из ведущих в Национальном проекте «Здравоохранение». В рамках реализации общенациональной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» (ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ») была разработана и внедрена организационная модель оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи (НК) в городе Москве, включающая организацию работы «Центра неинвазивной диагностики кожи» (ЦНДК), «Кабинетов профилактики злокачественных новообразований кожи», формирование и ведение «Регистра пациентов с диагнозом «Меланоцитарный невус», организацию обследования пациентов и процедур деструктивной терапии, маршрутизацию пациентов с подозрением на злокачественные новообразования кожи (ЗНК). Сеть «Кабинетов профилактики ЗНК», осуществляющих первичный прием пациентов с НК, охватывает 16 филиалов ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», расположенных во всех административных округах города Москвы.

Цель. Проанализировать данные о частоте, нозологической структуре и тактике ведения пациентов с НК, выявляемых в «Кабинетах профилактики ЗНК» и в ЦНДК.

Материалы и методы. С использованием методов описательной статистики проанализированы сведения отчетной формы ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» «Отчет кабинета профилактики ЗНК» за период с 01.01.2019 года по 30.06.2019 года.

Результаты. За указанный период времени в «Кабинеты профилактики ЗНК» обратились 51638 пациентов с НК, в том числе с диагнозом себорейный кератоз – 13358 человек (25,9% от общего числа обратившихся), акрохордон – 12050 (23,3%), меланоцитарный невус – 9920 (19,2%), дерматофиброма – 4744 (9,2%), гемангиома – 1689 (3,3%), атерома – 1496 (2,9%), актинический кератоз – 525 (1,0%), кожный рог – 359 (0,7%), невус папилломатозный врожденный – 99 человек (0,2%), кератоакантома – 40 (0,1%), и рядом других нозологий. Число пациентов, направленных в ЦНДК в связи с подозрением на наличие ЗНК, составило 3603 человек (7,0% от общего числа обратившихся). Все они были обследованы с использованием неинвазивных методов диагностики (дерматоскопия и видеодерматоскопия, фотокартирование кожных покровов с составлением карты и «паспорта кожи», высокочастотное УЗИ); 75 пациентов были проконсультированы специалистами ЦНДК с использованием телемедицинских технологий, остальные – при личном обращении. За указанный период времени врачами ЦНДК были выявлены 1009 (2,0%) случаев подозрения на ЗНК. У подавляющего числа пациентов (797 случаев, 79,0%) было подозрение на базальноклеточный рак кожи, у 166 (16,5%) – на меланому, у 46 (4,5%) – на плоскоклеточный рак кожи. Данные пациенты были направлены к терапевту с целью проведения консультации врачом-онкологом. В остальных случаях специалистами ЦНДК были верифицированы доброкачественные НК. С целью уточнения диагноза было проведено 1058 гистологических исследований меланоцитарных невусов и преинвазивных. В 22420 случаях (43,4% обращений) врачами-дерматовенерологами «Кабинетов профилактики ЗНК» была проведена деструктивная терапия НК, в том числе с использованием методов криодеструкции (3303 случаев), хирургического иссечения (930), электрокоагуляции (1873), лазерных технологий (1693), радиохимирургии (14621).

Заключение. Организационная модель оказания медицинской помощи пациентам с НК, внедренная в практическое здравоохранение на базе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», позволяет реализовать мероприятия, направленные на раннее выявление и улучшение прогноза жизни пациентов с ЗНК, совершенствование оказания специализированной медицинской помощи, реализацию принципов доступности, непрерывности и преемственности при оказании дерматовенерологической помощи пациентам с НК. Мониторинг случаев обращения пациентов с НК, осуществляемый в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», позволяет вести статистический учет выявленных нозологий, в том числе подозрений на ЗНК, а также оценивать число проведенных в медицинской организации гистологических исследований, количество и виды процедур деструктивной терапии.

ВИТИЛИГО: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПОД НОВЫМ УГЛОМ РАССМОТРЕНИЯ

Потекаев Н.Н., Петунина В.В.

Кафедра кожных болезней и косметологии Факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Согласно современным данным 0,5–1% людей во всем мире страдают витилиго.

У данной категории пациентов подверженность депрессии в 5,5 раза больше чем в популяции. Также несегментарный тип часто сочетается с заболеваниями щитовидной железы, облысением, псориазом, сахарным диабетом, ревматоидным артритом; злокачественной анемией и болезнью Аддисона. Что интересно согласно нашим наблюдениям и зарубежным данным у больных витилиго с заболеваниями щитовидной железы почти всегда поражается кожа именно верхних конечностей (мужчины 94,4%, женщины 93,9%).

До последнего времени аспекты этиологии и патогенеза остаются не до конца ясными, в связи с чем подбор адекватной терапии затруднен. Сочетание с аутоиммунными патологиями не удивительно, так как подмножество иммунорегуляторных генов связано с восприимчивостью к витилиго. Установлено, что гены, кодирующие факторы, участвующие в развитии и прайминге Т-клеток (например, CD44, CD80), сигнализация Т-клеточных

рецепторов (например, SLA, PTPN22, UBASH3A, CLNK), активация Т-клеток (например, IKZF4, IL2RA, BTNL2, FOXP3), врожденный иммунный ответ (например, IFIH1, TICAM1) и хемокиновые или цитокиновые рецепторы (например, CXCR5, CCR6, SH2B3) с витилиго в геном-широких исследованиях находятся в ассоциации.

Меланоциты также несут различные гены, связанные с развитием витилиго. Некоторые из этих генов кодируют белки или ферменты, которые могут служить в качестве аутоантигенов (например, TYR, PMEL, MC1R, OCA2), способствуя развитию иммунного ответа против меланоцитов.

С учетом все новых знаний о патогенезе витилиго и его связи с другими патологиями нами начато обширное эпидемиологическое исследование по распространению данной патологии на территории РФ, связи с другими аутоиммунными заболеваниями, в том числе в рамках АПС различных типов. Также при применении препаратов ингибирующих янус-киназы в ревматологии было отмечено репигментирование участков витилиго. Что позволяет нам вести разработку таргетной терапии данного заболевания.

НОВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ (СОЧЕТАНИЕ ОБЛУЧЕНИЙ УЗКОПОЛОСНОЙ СВЕТОТЕРАПИЕЙ УФБ 311 И АППАРАТНОГО ЛИМФОДРЕНАЖНОГО МАССАЖА) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Рождественская Е.А., Попов И.В., Пилявская С.О., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н.

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

Псориаз и атопический дерматит являются наиболее распространенными, хроническими рецидивирующими дерматозами, вопросы этиологии и патогенеза которых остаются недостаточно выяснены. Известно, что в развитии этих заболеваний определенную роль играют нарушения иммунологического гомеостаза и изменение баланса физиологически активных веществ в организме. Торпидное течение заболеваний и частые рецидивы выдвигают необходимость поиска новых методов лечения, поэтому среди клиницистов возрастает внимание к физиотерапевтическим методам воздействия (физиотерапии). Они обладают рядом преимуществ, не часто вызывают аллергические реакции, не травмируют психику, хорошо переносятся пациентами, а также повышают эффективность комплекса лечебных мероприятий. В нашем исследовании мы предприняли попытку разработать новые методы лечения: узкополосной светотерапии (УФБ311) и аппаратного лимфодренажного массажа с последующей оценкой терапевтической эффективности. Под наблюдением находилось 63 ребенка в возрасте от 12 до 18 лет с давностью заболевания от нескольких месяцев до 8 лет. 43 пациента получали узкополосную светотерапию и лимфодренажный массаж. 20 узкополосную светотерапию. Все больные одновременно получали медикаментозное стандартное лечение по дерматологическому профилю. Пациенты с псориазом составили 32 человека с длительностью заболевания от 3- месяцев до нескольких лет. Атопическим дерматитом 11 человек, длительность заболевания с раннего детского возраста. 20 пациентов получали только узкополосную светотерапию, в этой группе – 13 человек с атопическим дерматитом и 7 человек с псориазом. Все пациенты находились в стационарной стадии заболевания. Курс лечения составил от 8 до 18 процедур узкополосной светотерапии и 8–10 процедур лимфодренажного массажа. Процедуры проводились ежедневно. Результаты оценивались по регрессированию кожного процесса и длительности ремиссии. Результаты физиотерапевтического лечения больных псориазом и атопическим дерматитом с применением узкополосной светотерапии и лимфодренажного массажа и только узкополосной светотерапией.

Заключение. Впервые в детской дерматологической практике была применена методика лечения больных псориазом и атопическим дерматитом с применением узкополосной светотерапии и лимфодренажного массажа, получен хороший терапевтический эффект более чем у 90% пациентов. Данная методика хорошо переносится больными, не вызывает побочных

эффектов, уменьшает сроки госпитализации, продлевает ремиссию заболевания и улучшает качество жизни пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХВОЛНОВОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ КАПИЛЛЯРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Романов Д.В., Сафин Д.А., Брылеева А.А.

Центр сосудистой патологии, Москва

Цель и задачи работы. Капиллярная мальформация представляет собой врожденный порок развития капилляров и венул кожи. Данные пятна, в зависимости от преобладания тех или иных сосудов, могут иметь различную локализацию, площадь, различный цвет и температуру. До настоящего времени нет морфологической классификации данных образований, что затрудняет лечение данной патологии. «Золотым» стандартом лечения капиллярной мальформации являются лазерные системы PDL или KTP, имеющие длину волны лазерного излучения 585 нм и 535 нм, соответственно. Данные лазеры могут значительно уменьшить цвет сосудистого пятна, однако в случае сложной комбинированной мальформации: сочетание с венозными изменениями – эффективность лазерного лечения очень низкая. Целью нашей работы был анализ эффективности сочетания различных лазерных установок (535 нм + 1064 нм и 585 нм) в лечении «сложных» капиллярно-венозных мальформаций, т.н. комбинированной капиллярной мальформации.

Материалы и методы выполнения. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с комбинированной капиллярной мальформацией, которым выполнялась лазерная коррекция в Центре сосудистой патологии (Москва) за период январь 2019 г – июль 2019 г. За указанный период в Центр сосудистой патологии находилось на лечении 48 пациентов с диагнозом «Капиллярно-венозная мальформация» различной локализации. Возраст пациентов был от 1 мес. до 38 лет. В исследовании приняли участие пациенты, которым ранее в Центре Сосудистой Патологии проводилось лечение на одном из лазеров VBeam (Candela) или Excel V (Cutera), но без значительного положительного изменения цвета мальформации после лазерного лечения. Таких пациентов было 12. К комбинированным капиллярным мальформациям мы относим мальформации, имеющие определенный цвет пятна (синеватый или фиолетовый) и локальную гипертермию, что указывает на преобладание венул над капиллярами в данном образовании. Согласно нашей теории, сочетание двух волн во время одного сеанса лазерной коррекции позволяет коагулировать более глубокие и широкие сосуды (1064 нм LongPulse) и поверхностно расположенные капилляры (535 нм или 585 нм). Таким образом, одновременно выполнялась лазерная коррекция двумя волнами 1064 нм LP и 535 нм/585 нм на лазерах Excel V (Cutera) и VBeam (Candela). Всего у 12 пациентов выполнено 28 процедур (медиана 2,3 процедуры) с интервалом от 1 до 6 месяцев (медиана 2,8 месяца). Полученные результаты. В результате проведенной сочетанной терапии двух лазерных волн, пациентами отмечено значительное осветление капиллярной мальформации, по сравнению с первичной обработкой (лазерная монотерапия). Удовлетворенность лечения у пациентов после лечения составила 60–70%, в остальных случаях эффект был недостаточный. Однако после двухволнового воздействия отмечены более выраженные изменения кожи в виде пурпуры, в некоторых случаях корочек, что требовало более длительного периода реабилитации. Рубцов после такого воздействия не было. Выводы. Метод двухволнового лазерного воздействия может быть эффективен в случае сложной комбинированной мальформации. Однако в нашем исследовании приняло недостаточное количество пациентов (12 пациентов), что требует дополнительных наблюдений. К недостаткам лазерного двухволнового воздействия (1064 нм LP и 535 нм/585 нм) следует отнести более выраженные изменения кожи в виде пурпуры, корочек, требующие более длительного периода реабилитации.

СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА РОСТА НЕРВОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Романова Ю.Ю. (1), Ротанов С.В. (1), Бражников А.Ю. (2), Романов Д.В. (2), Львов А.Н. (1)

1 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы» 2 – ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), научно-исследовательский отдел психосоматической медицины, Москва

Введение. Нейротрофин – фактор роста нервов (NGF) участвует в регуляции цикла роста волос и выполняет другие биологические функции, в том числе принимает участие в стрессовом ответе, патогенезе психических расстройств и аутоиммунных заболеваний. NGF является возможным участником патогенеза гнездной алопеции (ГА) – аутоиммунного заболевания, традиционно относимого к «психосоматическим». Однако многие вопросы роли NGF в нейрокожной регуляции при ГА остаются открытыми.

Цель. Сравнить содержание NGF в плазме крови больных ГА (группа наблюдения) и практически здоровых лиц (контрольная группа) в зависимости от социодемографических, клинических и психометрических параметров. **Материалы и методы.** Выборка исследования составила 43 участника: 23 больных ГА и 20 наблюдений группы контроля. Содержание NGF в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов «HUMAN beta-NGF ELISA KIT» в соответствии с прилагаемой инструкцией. Все участники исследования заполняли психометрические опросники: Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и PSM-25 для оценки уровня стресса. У больных ГА оценивали клинические параметры: стадию активности, площадь облысения на волосистой части головы и тяжесть алопеции (потеря волос на голове с вовлечением волос на теле и/или ногтей).

Результаты. Средний уровень NGF в группе больных был выше, чем в контрольной группе: 7,70 пг/мл, SE=2,65 против 4,34 пг/мл, SE=1,38, однако различия не достигли статистической значимости ($p=0,418$). Между больными с ГА и контрольной группой не установлено статистически значимых различий по частоте и суммарным баллам тревоги и депрессии по HADS, а также показателями уровня стресса по PSM-25 (в баллах). Однофакторный анализ не выявил статистически значимых различий в уровне NGF между сравниваемыми группами по изучаемым параметрам (пол, возраст, результаты психометрической оценки). Для группы больных был проведен многофакторный регрессионный анализ с построением модели линейной регрессии. В качестве проверяемой переменной был взят уровень NGF, а в качестве возможных предикторов – пол, возраст, наличие тревоги или депрессии по HADS (>7 баллов), суммарный балл PSM-25, площадь очагов алопеции и тяжесть алопеции. Анализ выявил статистически значимую взаимосвязь с полом ($B=11,4$, $p=0,026$) и тяжестью алопеции ($B=16,95$, $p=0,004$): уровень NGF был выше у мужчин, чем у женщин (10,02 пг/мл, SE=4,41 против 3,96 пг/мл, SE=1,81). При тяжелых формах ГА с вовлечением в патологический процесс волос на теле и/или ногтей уровень NGF составил 13,05 пг/мл, SE=6,33 против 3,75 пг/мл, SE=1,0.

Заключение. Результаты исследования подтверждают, что NGF может быть вовлечен в патогенез ГА. При отсутствии статистически значимых различий в уровне стресса, тревоги и депрессии при их психометрической оценке в группах сравнения нами были выявлены более высокие уровни нейромедиатора NGF при ГА в сравнении с контролем. Однако полученные различия не достигли порога статистической значимости, что может быть обусловлено малым размером выборки исследования. Установлена статистически значимая связь концентрации NGF у больных ГА с тяжестью алопеции и полом (более значима у мужчин). Не установлено зависимости уровня NGF в крови от возраста, других клинических (активность процесса, площадь очагов на волосистой части головы) и психометрических параметров (тревога и депрессия по HADS, уровень стресса по PSM-25).

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОЖИ В МЕЖРЕЦИДИВНЫЙ ПЕРИОД ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И СУКЦИНАТА НАТРИЯ

Ромашкина А.С.

ООО «Медицинский центр АВРОМЕД», Москва

Многие заболевания кожи, такие как атопический дерматит, себорейный дерматит, экзема, угревая болезнь, розацеа и другие, в период реконвалесценции требуют активного участия как врача-дерматолога, так и врача-косметолога с целью проведения полноценной физиологической эпителизации, увлажнения и предупреждения рубцевания и пигментации. После перенесенных воспалительных дерматозов мы наблюдаем не только глубоко дегидратированную кожу, что связано с уменьшением количества гиалуроновой кислоты, но и изменения в микроциркуляторном русле, что проявляется в виде нарушения тонуса и проницаемости сосудов. Часто в период реконвалесценции дерматозов, после заживления, остается устойчивая гиперпигментация или депигментация, а также атрофические или гипертрофические рубцы, чему способствует длительный процесс регенерации в местах повреждений. Цель: определение клинической эффективности использования препаратов, содержащих гиалуроновую кислоту и сукцинат натрия для восстановления кожи и предупреждения осложнений после перенесенных дерматозов. **Материалы и методы исследования:** под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 30 до 40 лет в стадии ремиссии атопического дерматита (2 пациентки), себорейного дерматита (7), розацеа (2), угревой болезни (7), экземы (2). Все женщины получили по 3 процедуры с использованием комбинированного препарата, содержащего сукцинат натрия (16 мг/мл) и гиалуроновую кислоту (18 мг/мл). Препарат вводили интрадермально в технике папульных инъекций иглой 30G, по 2,0 мл на одну процедуру, с интервалом 1 раз в 2 недели. Удовлетворенность результатами процедур оценивалась по Международной глобальной шкале эстетического улучшения (Global Aesthetic Improvement Scale; GAIS), а также анкетированием пациентов до и после процедур. Контроль изменений кожи на структурном уровне осуществлялся нами с помощью метода конфокальной лазерной сканирующей микроскопии in vivo (КЛСМ). **Результаты:** У всех пациенток отмечалась положительная динамика относительно исходных показателей: уменьшение выраженности гиперпигментации, более активная регенерация кожи (по сравнению с аналогичными участками у той же пациентки), улучшение тургора и эластичности кожи, повышение уровня гидратации кожи. При клинической оценке пациентами и врачами проведенного лечения было выявлено, что большинство из них были удовлетворены полученным результатом (средний балл по GAIS 2,8 балла): 15 пациенток (75%) оценили результат на 3 балла, 5 пациенток (25%) – на 2 балла. Также балльная шкала использовалась для оценки купероза (телеангиэктазий), гиперпигментаций, сухости кожи. Оценку проводили по следующей шкале: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен, 3 – сильно выражен. Отмечалось уменьшение выраженности купероза (средний балл до лечения – 1,2, после лечения – 0,2), пигментации (1,7 и 0,9 баллов), сухости кожи (1,1 и 0,1 балла). Кроме того, эффективность проводимой терапии оценивалась в каждой группе на основании балльной оценки тонуса кожи, неоднородности цвета кожи, увлажняющего эффекта. Оценка проводилась по 3-х балльной шкале, где 3 балла – значительно улучшилось, 2 балла – улучшилось, 1 балл – без динамики, 0 баллов – ухудшение. Хороший увлажняющий эффект был отмечен у 18 (90%) пациенток, умеренный – у 2 (10%). При исследовании кожи методом КЛСМ наблюдалось уменьшение площади участков гиперпигментации, а также уменьшение ее выраженности, регресс гиперкератоза, более равномерное расположение волокнистых структур дермы, улучшение микроциркуляции. Также отмечалось увеличение толщины кожи за счет вышеуказанных процессов. Аллергические реакции на введение препарата зарегистрированы не были. Отсутствие эффекта и отрицательная динамика в ходе терапии выявлены не были. **Выводы:** Препарат, содержащий гиалуроновую кислоту и сукцинат натрия, имеет хорошую переносимость, способствует ускорению регенерации кожи, восстановлению нормальной гидратации кожи, нормализации пигментообразования. Все вышесказанное позволяет считать данную процедуру эффективным методом коррекции косметических дефектов кожи после перенесенных воспалительных дерматозов.

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАПИЛЛЯРНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

Сафин Д.А., Романов Д.В., Брылеева А.А.

Центр сосудистой патологии, Москва

Цель и задачи работы. Капиллярная мальформация (КМ) является самой распространенной сосудистой мальформацией, хотя данное заболевание в детской популяции встречается редко, примерно у 0,3% новорожденных. КМ может располагаться на любом участке кожного покрова и может иметь различную площадь, от незначительной до обширной. В большинстве случаев изменения носят косметический характер, но при расположении в заметных участках, например, на лице, данное образование может причинять значительный психологический дискомфорт. С данным заболеванием родители могут обратиться к различным специалистам: педиатрам, дерматологам, детским хирургам. При наличии определенного опыта ведения таких больных, диагноз уже можно поставить при первичной консультации, основываясь на данных анамнеза и клинических проявлениях заболевания. Однако в ряде случаев под «маской» КМ могут скрываться другие сосудистые патологии, которые требуют другого подхода в диагностике и в лечении, например младенческие гемангиомы.

Цели и задачи. Целью нашей работы был ретроспективный анализ анамнеза пациентов с КМ различной локализации, которые обратились за лечением в Центр сосудистой патологии, и выявление случаев несоответствия первичного и клинического диагноза.

Материалы и методы выполнения. Проведен ретроспективный анализ анамнеза первичных случаев обращения пациентов с капиллярной мальформацией, которые находились на консультации или лечении в Центре сосудистой патологии (Москва) за период январь 2019 г. – август 2019 г. При сборе анамнеза обращалось внимание на диагноз, который был установлен ранее, и проводимое лечение. За указанный период в Центр сосудистой патологии обратилось 94 первичных пациента с диагнозом «Капиллярная мальформация». Возраст пациентов составил от 1 мес. до 38 лет.

Полученные результаты. Из общего количества пациентов (94), которые обратились в Центр сосудистой патологии, правильный диагноз – капиллярная мальформация установлен только у 25 пациентов (26,5%). 43 пациентам (45,7%) установлен диагноз «Гемангиома», у 15 пациентов (16%) был диагностирован «Сосудистый невус» и рекомендована тактика ожидания. У 11 пациентов (11,8%) был поставлен диагноз «младенческая гемангиома» и им проводилось необоснованное лечение бета-адреноблокаторами. При первичном осмотре в Центре сосудистой патологии проводилась дифференциальная диагностика КМ с младенческой или врожденной гемангиомой, венозной мальформацией, артериовенозной мальформацией. Клиническими критериями капиллярной мальформации является данные анамнеза (появление уже при рождении, отсутствие активного роста и пульсации), данные клинического осмотра (расположение на уровне и в пределах дермы; цвет пятна – от бледно-розового до багрово-фиолетового; наличие незначительной локальной гипертермии), данные УЗИ (нормальное эхографическое строение подкожно-жировой клетчатки, без патологических сосудистых образований и сосудов).

Выводы. В нашем наблюдении почти у большинства пациентов, выставлен неверный первичный диагноз, что привело в некоторых случаях (11,8%) к неоправданному назначению системной медикаментозной терапии бета-адреноблокаторами, 61,7% пациентам предложено наблюдение без проведения лазерных коррекций. Понимание особенностей клинического проявления КМ врачами первичного звена (педиатрами, дерматологами, детскими хирургами), знание особенностей анамнеза и клинических проявлений (осмотра и диагностики), поможет избежать подобных ошибок и позволит направлять к профильным специалистам для подбора квалифицированной медицинской помощи.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ГЕНИТАЛИЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Хамаганова И.В., Кашеваров Д.Ф.

Кафедра кожных болезней и косметологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

Склероатрофический лихен в настоящее время признается одной из разновидностей ограниченной склеродермии. Одна из возможных локализаций как у мужчин, так и у женщин – область гениталий.

Под нашим наблюдением находилось 14 пациентов в возрасте от 18 до 82 лет, в том числе 2 мужчин, 12 женщин. У женщин в области вульвы имелись белесоватые очаги поражения, частично имеющие вид гофрированной бумаги, окруженные пурпурным, фиолетовым или розовым тонким ободком. Частично был выражен гиперкератоз. Мы не наблюдали описываемые в литературе структурные изменения больших и малых половых губ, клитора, сужение входа во влагалище.

У мужчин процесс характеризовался поражением головки пениса и внутренней поверхности крайней плоти. Первые клинические проявления протекали с повышением сухости кожного покрова, снижением эластичности. Постепенно разрастались пятна и папулы белесоватого цвета, частично сопровождавшиеся возникновением телеангиэктазий.

Как женщины, так и мужчины предъявляли жалобы на периодические приступы зуда.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что у всех 14 пациентов имел место сопутствующая эндокринологическая патология: у 11 – сахарный диабет второго типа, у 3 – гипотиреоз.

Таким образом, имеются достаточные основания для дальнейшего изучения эндокринологических изменений у пациентов со склероатрофическим лихеном и их влияние на клиническое течение дерматоза.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОНИХОДИСТРОФИЙ

Юцковский А.Д., Черненко О.А., Леонтьев В.А.

Клиника профессора Юцковской, Москва

Аннотация. В данной работе поднимаются актуальные проблемы современной дерматологии и других смежных специальностей – синдромом возрастной стопы, ониходистрофии и микотических поражения ногтей. Представлен комплексный протокол работы дерматологов, микологов, косметологов и подологов.

Abstract: this article raises the urgent problems of modern dermatology and other related specialties – syndrome of the age foot, onychodystrophy and mycotic diseases of the nails. A comprehensive protocol of the work of dermatologists, mycologists, cosmetologists and podologists is presented.

Современная дерматокосметология является одной из самых прогрессивных, развивающихся медицинских отраслей. Возможно, это обусловлено активным внедрением в практику специалистов эстетической косметологии междисциплинарного подхода. Во время работы с пациентами наше внимание привлекла одна из важных проблем современной эстетической медицины – синдром возрастной стопы (СВС), встречающийся более чем у 80% людей в возрасте после 60 лет (Процаев К., 2014). В настоящее время уже разработана адресная вторичная профилактика СВС в практике специалистов антивозрастной медицины (Резник А.В. и др. 2017). Ее анализ свидетельствует, что речь идет не только о категории возрастных лиц, но и лиц молодого возраста. В развитии СВС принимают участие как местные факторы – нарушение кровообращения в области дистальных отделов конечностей, остеоартроз мелких суставов стопы, возрастное снижение чувствительности кожи и прочие, так и общесоматические заболевания. Между тем, не вызывает сомнения, что постоянным спутником СВС является грибковая инфекция, обусловленная дерматомицетами *T. rubrum* и *T. interdigitale* с поражением кожи и ногтей. Естественно, при этом необходимо участие дерматомикологов для проведения диагностики и эффективной терапии. Причем, по нашему мнению, такая деятельность должна проводиться в контакте со специалистами по медицинскому уходу за стопой (подологами). В этой связи, целью нашего исследования стала разработка протоколов программы «Эстетическая стопа» (ЭС). В нашей практике встречаются как дерматологические больные, имеющие изменения ногтей (псориафическая ониходистрофия), так и пациенты с дефицитными состояниями, приводящими к ониходистрофиям (авитаминозы, анемии). Нередки случаи, когда ониходистрофия является «случайной находкой» на косметологическом приеме. Для конкретной реализации поставленной цели была организована группа из специалистов «Клиники профессора Юцковской»: дерматолога, миколога, косметолога, подолога. Каждому специалисту по разработанному протоколу была определена функция, направленная на эффективное решение проблем с ногтевыми пластинами, по поводу которых обращались пациенты. Она включала оценку причин изменения ногтевой пластины, постановку диагноза при выявлении ми-

котического или бактериального поражения, назначение терапии. При деформациях пластин без инфекционного поражения, подологом производится коррективная пластика, косметолог назначает соответствующие наружные косметические средства на кожу нижних конечностей, стоп, ногтевых пластин, с одновременным проведением микроотоковой терапии и прессотерапии. Под наблюдением было 35 пациентов с деформациями ногтевых пластин (32 – женщины, 3 – мужчины), в возрасте от 35 до 60 лет. У 5 – процесс был обусловлен инфекцией *T. rubrum*, они находятся на лечении и диспансерном наблюдении. У 26 выявлены изменения в уровне микроэлементов, недостаточность периферического кровоснабжения нижних конечностей, а у 4 пациентов – псориаз ногтевых пластин. В результате комплексного подхода каждого специалиста по протоколу у 26 из 30 достигнут хороший терапевтический эффект. У пациентов с псориазом ногтевых пластин продолжается терапия с участием всех специалистов. Итак, внедрение нашей программы «ЭС» позволило оказать эффективную терапию деформированных ногтевых пластин, выявить пациентов с инфекционными поражениями ногтей, назначив квалифицированную терапию, и псориазическим поражением, обеспечив наблюдение до достижения эффекта.

РАЗДЕЛ II. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИСА В СОВРЕМЕННОМ МЕГАПОЛИСЕ, ЖДАТЬ ЛИ ЭПИДЕМИИ?

Волкова С.Б., Новожилова О.Л., Поршина О.В.

Инфекции, передаваемые половым путем, являются актуальной проблемой общественного здравоохранения в различных регионах мира. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передающимся половым путем (ИППП) в стране в значительной мере зависит от системы медицинского контроля за группами повышенного социального «риска» заражения ИППП (потребители психоактивных веществ, мужчины, практикующие секс с мужчинами, люди, вовлеченные в оказание коммерческих секс-услуг), число которых возросло в переходный период социально-экономических преобразований. Особую роль играет в распространении болезней увеличение количества и насыщенности миграционных потоков. Рост значимости данных групп в эпидемиологии ИППП требует определенных подходов к профилактической работе с ними. Наиболее значимым, как медико-социальная проблема, является сифилис. Заболевание служит своеобразным индикатором эпидемиологического благополучия общества. С 2008 года заболеваемость сифилиса в городе Москве имеет стойкую тенденцию к снижению и может оцениваться как стабильная (заболеваемость ниже среднероссийского уровня с ежегодным ее снижением). Основным резервуаром сохранения инфекционного агента в популяции являются лица с поздними, скрытыми, неуточненными формами сифилиса. Именно данная категория среди вновь заболевших составляет 70–80%. В структуре регистрируемой заболеваемости мигранты с сифилисом составляют около 50% от всех заболевших. Особое эпидемиологическое значение на современном этапе приобретает целенаправленный скрининг конкретного контингента населения. В 2015 году создана и внедрена в практическое здравоохранение в городе Москве эффективная современная организационная модель медицинского обследования трудовых мигрантов – Государственное бюджетное учреждение «Многофункциональный Миграционный Центр», которая позволила на государственном уровне осуществлять контроль за обследованием и выявлением больных сифилисом среди иностранных граждан, пребывающих в нашем государстве, в целях своевременного принятия мер должного реагирования. Данная мера привела в 2015 году к приросту абсолютного числа выявленных больных в 5,6 раза и снижению числа выявленных в 2018 году в 1,3 раза по сравнению с предыдущим годом. В рамках исполнения приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 21.12.2016 г. № 1023 «О совершенствовании мероприятий по раннему выявлению сифилиса у

населения города Москвы» с 2017 года проводится целенаправленное обследование населения на сифилис при массовом скрининге, при скрининге в особых целевых группах, при скрининге по клиническим показаниям. Таким образом, сочетание всех уровней профилактических мероприятий позволяет наиболее полно выявлять заболевших, тем самым прервать цепочку распространения инфекции, и как результат – предотвратить эпидемию.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И ТИПА МУТАЦИЙ M. GENITALIUM В ДИНАМИКЕ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА ЗА ПЕРИОД 2014–2018 ГОДА

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

Московский научно-практический центр дерматовенерологии
и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, Москва,

Введение. *Mycoplasma genitalium* – облигатный патоген, способный приводить к развитию воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы и формированию резистентности к антимикробным препаратам. Цель. Оценить частоту и характер мутаций *M. genitalium* в динамике у пациентов московского региона за период 2014–2018 гг. Задачи исследования: 1. Установить частоту мутантных штаммов *M. genitalium* и изучить тип мутаций, определяющих развитие устойчивости к макролидам и фторхинолонам. 2. Провести анализ динамики выявления изолятов, содержащих мутации за период 2014–2018 года.

Материалы и методы. Изучены образцы биологического материала 645 пациентов с *M. genitalium*-инфекцией. Использовался метод ПЦР с количественной оценкой содержания микроорганизмов, секвенирование домена V23S rRNA *M. genitalium*, пиросеквенирование *M. genitalium* к антибактериальным препаратам, определение генетических мутаций, ассоциированных с резистентностью *M. genitalium* к антибактериальным препаратам. Результаты. При изучении мутаций, ассоциированных с развитием резистентности к макролидам, количество «диких» штаммов составило 597 (92,6%), количество мутантных штаммов за весь период наблюдения составило 48 (7,4%). Установлено, что мутации *M. genitalium* были связаны с нуклеотидными заменами в V домене гена 23S rRNA в позициях A2058, A2059 и A2062, которые определяют резистентность к макролидам. В исследовании наиболее частыми были мутации в позициях A2058 (37,5%) и A2059 (50%); более редко встречались мутации в позиции A2062 (12,5%). При изучении мутаций, ассоциированных с развитием резистентности к фторхинолонам, количество «диких» штаммов составило 582 (90,2%), количество мутантных штаммов за весь период наблюдения составило 63 (9,8%). Мутации, ассоциированные с резистентностью к фторхинолонам, локализовались в гене ParC *M. genitalium* и распределялись следующим образом: позиция A247 – 4 образца (6,4%); позиция G248 – 24 образца (38,1%); позиция T249 – 1 образец (1,55%); позиция T250 – 2 образца (2/63=3,2%); позиция G259 – 31 образец (49,2%); позиция A260 – 1 образец (1,55%). Ген ParC *M. genitalium*, кодирует фермент ДНК-гиразу. ДНК-гираза относится к семейству ДНК-топоизомераз II и является одним из ключевых ферментов репликации ДНК. В ходе исследования выявлены штаммы *M. genitalium*, содержащие одновременно мутации устойчивости к макролидам и фторхинолонам. Количество таких мутантных изолятов за весь период наблюдения составило 13 (2%). Типы мутаций в мультирезистентных штаммах распределялись следующим образом: позиции A2058G+G259A – 7 образцов (53,9%); позиции A2059G+G248T – 2 образца (15,4%); позиции A2059G+G259A – 2 образца (15,4%); позиции A2058G+G248A – 1 образец (7,7%); позиции A2059G+A247C – 1 образец (7,7%). Анализ результатов исследования образцов, собранных в течение 4-х разных временных периодов показал, что в 1-й период сбора образцов ДНК *M. genitalium* (2014–2015 годы) мутации, ассоциированные с резистентностью *M. genitalium* к макролидам, регистрировались в 6,02% образцов; во 2-й период (2016 год) – в 6,52% образцов; в 3-й период (2017 год) – в 7,89% образцов; 4-й период (2018 год) – в 15,69% образцов. То есть в сравнении с 1-м периодом периодом к 4-му периоду наблюдения частота мутантных штаммов *M. genitalium* выросла в 2,6 раза. Мутации, ассоциированные с резистентностью *M. genitalium* к фторхинолонам, в период 2014–2015 годов регистрировались в 7,14% образцов; в период 2016 года – в 9,42% образцов; в период 2017 года – в 12,63% образцов; в период 2018 года – в 13,73%. Таким образом, в сравнении

с 1-м периодом периодом к 4-му периоду наблюдения частота выявления мутантных штаммов *M. genitalium* выросла в 1,9 раз.

Выводы. Мутации *M. genitalium* к макролидам были связаны с нуклеотидными заменами в V домене гена 23S рРНК в позициях A2058, A2059 и A2062. Наиболее частыми были мутации в позициях A2058 (37,5%) и A2059 (50%). Мутации, ассоциированные с резистентностью к фторхинолонам, локализовались в гене ParC *M. genitalium* в позициях A247, G248, T249, T250, G259 и A260. Наиболее частыми были мутации в позициях G248 (38,1%) и G259 (49,2%). Изучение частоты мутаций *M. genitalium* в динамике, в период с 2014 по 2018 годы, показало увеличение числа мутаций *M. genitalium*, ассоциированных с резистентностью к макролидам, в 2,6 раза, к фторхинолонам – в 1,9 раза, что говорит о необходимости продолжения проведения мониторинга и применения рациональных схем этиотропной терапии *M. genitalium* инфекции, соответствующей мировым стандартам.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА СИФИЛИС У БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Шульгина И.Г., Ягунова Ю.М.

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

В научной литературе имеются данные о случаях склеродермии, развившихся на фоне клещевого боррелиоза (болезни Лайма), возбудитель которого, *Borrelia burgdorferi*, относится к классу спирохет. Мы наблюдали случаи очаговой склеродермии у пациентов, в большинстве случаев имевших контакт с возбудителем сифилиса, *Treponema pallidum*, также являющейся спирохетой. Под нашим наблюдением находились 5 пациентов с очаговой склеродермией и положительными серологическими реакциями на сифилис: 1 мужчина, 4 женщины в возрасте от 45 до 65 лет. Очаговая склеродермия выявлена в 2018 году у 2 женщин с диагнозом «сифилис скрытый поздний» от 2018 года и 1 мужчины с сифилисом в анамнезе от 2001 года. 2 женщины 45 и 60 лет наблюдались по поводу очаговой склеродермии с 2016 года и сифилисом в анамнезе от 2004 года, и с 2013 года и биологическими ложноположительными серологическими реакциями на сифилис соответственно. Пациентка П., 45 лет, выявлена в сентябре 2018 года при прохождении медицинского осмотра для трудоустройства в частном медицинском центре. Дообследована в филиале «Первомайский» (16.09.2018): РМП 4+ 1:16; РПГА 4+ 1:2560; ИФА суммарные антитела обнаружены, КП=15.0, РИФ 4+/4+, РИБТ 65%. В анамнезе: лечение экстенциллином (3 инъекции) по поводу сифилиса в 2000 году в КВД г. Смоленска, снята с учета. В 2017 году обследовалась на сифилис, со слов, анализы были отрицательными. Соматически неотягощена. Единственный половой партнер в течение 10 лет – муж, – обследован, здоров. При осмотре специфических кожных и неврологических симптомов не выявлено. На коже живота под левой молочной железой определяются 2 очага в виде округлых синюшных пятен с инфильтрацией размерами 3,0 и 4,0 см в диаметре (пациентка высыпаний не замечала). Была консультирована в Городском центре по снятию с учета (ГЦСУ), от люмбальной пункции отказалась. Диагноз: сифилис скрытый поздний (A52.8), очаговая склеродермия (L94.0). Пациентка Е., 65 лет, выявлена хирургом ГП при обследовании по поводу подготовки к плановой операции по удалению паховой грыжи. Дообследована в филиале «Первомайский» (23.11.2018): РМП 2+, РПГА 4+, ИФА суммарные антитела выявлены, КП=13.7, РИФ 4+/4+, РИБТ 59%. В анамнезе сифилис отрицает. Сопутствующие заболевания: ИБС, ГБ 2Б стадия. Половой жизнью не живет с 2000 года. При осмотре специфических кожных и неврологических симптомов не выявлено. В области молочных желез выявлены 5 округлых очагов синюшного цвета, с уплотненными краями, просветлением и атрофией в центре, размерами от 3 до 5 см в диаметре, безболезненные при пальпации (высыпания пациентка заметила в мае 2018 года). Была консультирована в ГЦСУ, от люмбальной пункции отказалась. Диагноз: сифилис скрытый поздний (A52.8), очаговая склеродермия (L94.0). Обе пациентки получили специфическое противосифилитическое лечение пенициллином в соответствии с действующим протоколом лечения сифилиса. Лечение очаговой склеродермии проводится в соответствии с действующим стандартом.

Выводы. 1. Скрининговое обследование на сифилис 100% пациентов дерматовенерологического профиля, обратившихся в кожно-венерологическое учреждение, является оправданным. 2. Возможно, в ряде случаев *Treponema pallidum* при воздействии на организм человека способствует развитию аутоиммунных процессов, одним из проявлений которых является склеродермия.

РАЗДЕЛ III. КОСМЕТОЛОГИЯ

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖИ, ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ

Безуглый А.П., Белков П.А.

Академия постдипломного образования «Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России», Москва; клиника АНТА-Мед, Москва

Введение дермальных филлеров является одним из самых популярных методов коррекции маркеров старения кожи. В некоторых случаях использование филлеров приводит к определенным осложнениям. Целью исследования было выявление ультразвуковых признаков побочных эффектов после введения филлеров, а также количественное определение размеров, глубины и границ патологических очагов в мягких тканях. Под нашим наблюдением находились 18 пациентов с осложнениями после введения филлеров. Применяли высокочастотное ультразвуковое сканирование на частоте 33 МГц и 75 МГц с разрешением 48 и 21 мкм. У всех пациентов удалось определить размеры, глубину расположения и границы патологических очагов в пределах окружающих тканей. Часть осложнений диагностирована при проведении высокочастотной ультразвуковой диагностики перед повторным введением филлеров. Выявлены ультразвуковые признаки филлеров на основе гиалуроновой кислоты, силикона и полиметилакрилата. При анализе клинической картины и данных высокочастотного ультразвукового исследования выявлены три основных типа изменений в тканях: воспалительно-экссудативные, гранулематозные и микросклеротические. При помощи высокочастотной ультразвуковой диагностики 22 и 75 МГц нам удалось определить точную локализацию и размеры патологических очагов в дерме и подкожной клетчатке. Предварительное измерение толщины дермы перед введением филлеров с целью определения индивидуальной глубины введения препарата может значительно уменьшить количество осложнений.

УЧЕТ АНИЗОТРОПНЫХ СВОЙСТВ КОЖИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Бычкова Н.Ю.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, главный специалист-эксперт Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по косметологии, Президент Ассоциации «Секция эстетической медицины», Ижевск

В последнее время в мире все большее распространение получает новая модель здравоохранения, основанная на идеологии индивидуального подхода к пациенту, основной задачей которой является доклиническое выявление заболеваний и разработка комплекса профилактических мероприятий. Появляются новые диагностические инструменты, включающие генетическую диагностику с возможностью прогнозирования отдаленных изменений, эффективности и безопасности планируемых коррекционных мероприятий. Наряду с лабораторно-диагностическими и генетическими методами, большое значение имеет совершенствование клинических методов,

которые могут применяться для прогнозирования развития индивидуальных возрастных изменений, разработки профилактической терапии и мониторинга ее эффективности. Результаты ряда исследований позволяют утверждать, что на современном этапе возможно корректировать действие регуляторных систем клеток и систем обмена информацией между ними. Межклеточный матрикс и клетки дермы находятся в непрерывном взаимодействии, оказывая друг на друга взаимное влияние, формируя сложную многокомпонентную «экологическую систему». Но свойства кожи обусловлены не только клеточным составом и межклеточным взаимодействием, они определяются пространственной архитектурой структурных компонентов дермы, в первую очередь – соединительно-тканых волокон. Установлено, что кожа обладает анизотропными свойствами, претерпевает постоянные изменения за счет процессов роста, старения, протекающих в организме патологических процессов, растягивается и удлиняется, испытывая большие деформации. Первые анизотропия кожи была описана в работе Карла Лангера в 1861 году. Анизотропия кожи лица позволяет оценивать возрастные изменения. Они являются максимально выраженными в участках с большей динамической нагрузкой, где раньше наблюдаются структурные нарушения архитектуры волокон дермы. Локализация этих зон не всегда совпадает с направлением морщин, и в ряде случаев предшествует их появлению. Предложенная нами методика «Дермальный лифтинг» (зарегистрирована заявка на изобретение № 2019122925 от 16.07.2019) предлагает доступный способ оценки биомеханических (анизотропных) свойств кожи, путем определения силовых линий при помощи пальпации. Этот метод позволяет решать практические задачи о распределении напряжений в коже лица и шеи, определять участки, где возрастные изменения выражены максимально, и проводить персонализированную терапию с учетом выявленных областей максимальной дезорганизации (ОМД), уменьшая внешние признаки старения. Для подтверждения эффективности и безопасности применения предложенной нами методики «Дермальный лифтинг» применялась технология эластографии сдвиговой волны (Shear Wave Elastography, SWE), реализованная в системе Aixplorer (SuperSonic Imagine, Франция) с технологиями ShareWave и Q-Box, позволяющими провести двумерное цветовое картирование упругости исследуемых тканей. Для интерпретации полученных результатов мы использовали среднее значение (Emean) и стандартное отклонение (SD) модуля Юнга. Применение данной технологии позволило подтвердить наличие областей максимальной дезорганизации (ОМД) структурных компонентов дермы и оценить динамику этих изменений в ходе проводимой коррекции. Предлагаемая методика имеет ряд преимуществ: Малоинвазивность – быстрота выполнения, повышение переносимости процедуры, не требуется анестезия, снижены риски появления петехий и гематом, не требуется ограничений социальной активности. Индивидуальность (персонализированность) – повышение эффективности с учетом индивидуальной архитектуры силовых линий лица. Возможность предотвратить развитие возрастных изменений воздействуя на участки вероятного образования морщин и заломов. Результативность – возможность избирательно воздействовать на соединительно-тканый каркас дермы, повышая плотность и упругость кожи в областях максимально выраженных инволюционных изменений (ОМД). Метод «Дермальный лифтинг» может использоваться в качестве подготовки к инъекционным (ботулинотерапия, контурная пластика, тредлифтинг) и аппаратным процедурам или в качестве самостоятельного этапа комплексной коррекции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

Карпова Е.И., Демина О.М., Данищук О.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Москва

Введение. Акне – многофакторный хронический дерматоз, наиболее часто встречающийся у 60–85% лиц в подростковом и юношеском периоде. Нередко тяжелые персистирующие формы дерматоза завершаются формированием

рубцов, существенно искажающих внешность пациента. В комплексной эстетической коррекции постакне рубцов применяют химические пилинги, дермабразию, дермальные филлеры и скинбустеры, лазерные процедуры и хирургические методы. Однако все перечисленные технологии направлены на коррекцию уже имеющихся постакне рубцов, т.е. тяжелых осложнений основного процесса. Кроме того методики трудоемки, другие могут вызывать побочные реакции и снизить социальную активность пациентов.

Целью исследования: оценить эффективность комбинированной фракционной лазерной терапии и препаратов гиалуроновой кислоты в коррекции рубцов постакне.

Материалы и методы. Пациенты с атрофическим рубцами постакне с тяжелым течением акне, наличием наследственной детерминированности по постакне рубцам (у более 65% 1 или 2 близких родственника имели рубцы постакне), длительным течением (более 10 лет) и неадекватной и агрессивной терапией акне (травматизация кожи агрессивными косметологическими процедурами). Среди общесоматической коморбидной патологии были диагностированы дисфункция коры надпочечников, гиперфункция щитовидной железы и вторичная иммунологическая недостаточность. Всем пациентам были проведены 2–5 процедур фракционной лазерной терапии, с последующим курсовым введением препаратов гиалуроновой кислоты. Для оценки результатов проводилась клиническая оценка, гистологическое исследование биоптатов кожи. Результаты. По клинической оценке у всех пациентов отмечено улучшение состояния кожи (11% – значительное, 67% – немного лучше и 22% – лучше). По данным гистологического исследования комбинированная терапия (фракционная лазерная терапия и препарат гиалуроновой кислоты) вызвала увеличение клеточной пролиферации, увеличение числа и толщины коллагеновых волокон, увеличение числа и длины эластиновых волокон. Выводы. Комбинированная терапия (фракционная лазерная терапия и препараты гиалуроновой кислоты) обладает высокой клинической эффективностью, улучшает текстуру и тонус кожи. Данные гистоморфологического исследования позволяют предположить, что фракционная лазерная терапия вызывает изменения в эпидермисе и на поверхности срединного слоя дермы, тогда как препарат гиалуроновой кислоты оказывает влияние на более глубоко расположенные ткани дермы.

Таким образом, комбинация двух терапевтических методов приводит к заметному улучшению результатов по сравнению с использованием каждого из этих методов по отдельности, поскольку фибробласты, отвечающие за производство коллагена, получают два потенциально взаимодополняющих стимула: микротермальное воздействие и натяжение. Кроме того, оптимальный водный баланс во внеклеточном матриксе дермы создает благоприятные условия для активации фибробластов и последующего ремоделирования волокон коллагена.

РОБОТИЗИРОВАННЫЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЛИЦА (ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА) И ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР ВРАЧАМИ КОСМЕТОЛОГАМИ, ПЛАСТИЧЕСКИМИ ХИРУРГАМИ И ДРУГИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

Мынбаев О.А., Макаров В.В., Шумеев Д.В., Мынбаева М., Сохацкий С.П., Алиев У.К., Залесский А.Ю., Абдрахман Р., Лошкарев Н.А., Цабари А.

Московский физико-технический институт (МФТИ), Москва

Форма выступления: Мастер-класс с прототипом робота-тренажера.

Целевая аудитория: Специалисты, выполняющие инъекционные процедуры, врачи косметологи, дерматологи, пластические хирурги, медицинские сестры, студенты и курсанты медицинских учебных заведений.

Предназначение роботизированного тренажера: Роботизированный тренажер может быть рекомендован в качестве учебного и мануально-тренировочного пособия, а также экзаменационного оборудования для одновременного тестирования теоретических знаний и мануальных навыков экзаменуемых, как в учебных заведениях, так и в сертификационных центрах. Тренажер может быть использован медицинскими работниками для индивидуального обучения в программах непрерывного профессионального образования. Абстракт: Необходимость стандартизированного подхода к обучению топографической анатомии специалистами в области эстетической медицины

очевидна, о чем свидетельствует проведенный нами обзор и анализ мировой литературы. Аналитические исследования ученых – специалистов в этой области свидетельствуют о низкой квалификации косметологов в большинстве стран, причина которой кроется в отсутствии стандартизированного подхода к обучению топографической анатомии лица человека. Стандартный метод обучения анатомии и технике выполнения косметологических инъекционных процедур включает в себя использование неинтерактивных манекенов, трупных материалов или проведение процедур на добровольцах, которые соглашаются в качестве демонстрационной модели на такие процедуры. Однако обучение с использованием трупных материалов является сложным и дорогостоящим, а приглашение моделей на обучающие курсы – неэтичным. Манекены, которые не имеют интерактивной связи с обучающимися, не дают полную информацию о корректности выполненной манипуляции. Причем эти методы не дают как ни немедленного визуального эффекта, так и правильного выполнения инъекции в анатомическую структуру, ни интерактивного сигнала о возможных осложнениях. Исходя из вышеизложенного, нами разработан роботизированный тренажер для проведения учебно-экзаменационных курсов, мастер-классов по изучению топографической анатомии лица для профессионалов в области эстетической медицины, косметологии, пластической хирургии и других отраслей медицины. Данный тренажер предназначен для одновременного тестирования и тренинга специалистов в области эстетической медицины на знание топографической анатомии и аккуратности выполнения топических инъекций в мышцы лица. Роботизированный тренажер представляет собой бокс-трансформер в виде чемодана на колесиках в собранном виде, превращающегося в демонстрационно-тренинговый стол, в крышку которого (с внутренней стороны) вмонтирован монитор. В центре рабочей части бокса располагается анатомический объект и шприц с иглой. Эти элементы тренажера соединены с электронной платой и компьютером. Далее данные через Ethernet или USB-модем передаются на сервер. Фото- и видеодокументация тренинга и тестирования осуществляется с помощью трех видеокамер. Анализ результатов обучения и тестирования проводится с помощью специальных программ.

Заключение: Таким образом, представленный роботизированный тренажер уникален, не имеет аналогов в мире по функциональным возможностям, может быть использован для одновременного тестирования и тренинга с целью проведения учебно-экзаменационных курсов, а также мастер-классов по интерактивной топографической анатомии для профессионалов в области эстетической медицины (врачей-косметологов, пластических хирургов и других специалистов). Оценка и отработка психомоторных и сенсомоторных навыков достигается за счет комбинации теоретических знаний и практических навыков, включающих топографическую анатомию, использования принципов последних достижений в области науки и технологий (робототехника, электроника, программное обеспечение и др.). Аналогичные интерактивные тренажеры, разработанные для других специалистов, позволят повысить эффективность обучения студентов в медицинских учебных заведениях, врачей и медицинских сестер на курсах повышения квалификации и могут быть использованы в качестве экзаменационно-тестового оборудования в медицинских учебных заведениях, симуляционно-тренинговых и сертификационных центрах и т.п.

ДИСТАНЦИОННАЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ СТУДИЯ ДИЗАЙНА ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЭТАЛОНА КРАСОТЫ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ, АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ, А ТАКЖЕ РАСОВЫХ И ЭТНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ/КЛИЕНТОВ ЦЕНТРОВ/САЛОНОВ КРАСОТЫ

Шумеев Д.В., Мынбаева М., Хафизова А.А., Макаров В.В., Залесский А.Ю., Синева И.М., Абдрахман Р., Зимина С.Н., Сохакций С.П., Лошкарев Н.А., Алиев У.К., Цабари А., Негашева М.А., Мынбаев О.А.

Московский физико-технический институт (МФТИ) и Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва

Форма выступления: Стендовый доклад.

Целевая аудитория. Врачи косметологи, пластические хирурги, другие профессионалы и специалисты в области эстетической медицины, косме-

тологии и индустрии красоты, а также студенты и курсанты медицинских учебных заведений, работники салонов красоты (дизайнеры-визажисты, парикмахеры), в том числе пациенты/клиенты центров/салонов красоты. **Абстракт.** С древних времен для поддержания красоты тела использовали различные средства, что привело к формированию косметологии как отрасли науки, производства и услуг. Представители древних цивилизаций внесли существенный вклад в развитие этой отрасли. Голливуд, телевидение и современные средства социальных коммуникаций (Интернет) и цифровые технологии стимулировали современную индустрию красоты, таким образом были сформированы сегодняшние принципы современной жизни («modern lifestyle»). В результате имеем повышенный спрос на услуги в области красоты тела, бурный рост медико-фармацевтической индустрии красоты и развитие эстетической медицины как мультидисциплинарной отрасли медицинской науки и здравоохранения. Согласно официальным статистическим данным, ежегодные расходы на косметологические услуги среднестатистического жителя многих стран растут в геометрической прогрессии. В то же время, осложнения, вызываемые различными косметологическими процедурами, имеют драматические последствия для их пользователей, вплоть до наступления летальных исходов. Осложнения после косметологических процедур различны: слепота, паралич мышц лица, образование незаживающих ран, гранулем, формирование фистул или свищей, накопление жидкости, вторичный капиллярный тромбоз, окклюзия сосудов с тромбообразованием в крупных и мелких сосудах, инфекционные осложнения с некрозом кожи и т.п. Исходя из вышеизложенного, предлагается минимизировать излишние косметологические процедуры и подчеркнуть естественную красоту, принимая во внимание индивидуальные антропометрические, анатомо-физиологические параметры, а также расовые и этнические особенности организма конкретного индивида при отсутствии медицинских показаний для коррекции внешности. Будут представлены основные принципы разработки новой технологии, а также ожидаемые медико-социальные и экономические выгоды для пациентов/клиентов и специалистов в области индустрии красоты.

Предназначение предлагаемой технологии. Технология с использованием серийного сканирования лица и тела человека с последующей компьютеризированной обработкой полученных снимков и создания оптимального имиджа для конкретного индивидуума с учетом индивидуальных антропометрических, анатомо-физиологических параметров, а также расовых и этнических особенностей позволит минимизировать ненужные и излишние косметологические процедуры и вмешательства, исключив, таким образом, возможные негативные осложнения. Предлагаемая дистанционная экспериментальная студия может быть установлена в любом центре/салоне красоты, где каждый пациент/клиент сможет увидеть свой оптимальный образ. Специалист выполнит косметологическую процедуру/услугу согласно выбранному пациентом/клиентом модели с учетом индивидуальных антропометрических, анатомо-физиологических параметров, расовых и этнических особенностей данного индивида. Таким образом, снизятся навязываемые стереотипные образы, которые имеют далекие от данного индивида антропометрические, анатомо-физиологические параметры, а также расовые и этнические особенности. Все это дает возможность исключить излишние косметологические процедуры и большие затраты, и в результате данная технология способствует снижению возможности возникновения негативных осложнений.

Заключение. Использование дистанционной студии дизайна тела человека по формированию индивидуализированного эталона красоты с учетом индивидуальных антропометрических, анатомо-физиологических параметров, а также расовых и этнических особенностей конкретного индивида позволит снизить излишние косметологические процедуры и вмешательства наряду с положительным экономическим эффектом для пользователей данных услуг.

СОДЕРЖАНИЕ СБОРНИКА ТЕЗИСОВ

РАЗДЕЛ I. ДЕРМАТОЛОГИЯ

<i>Авезова Д.М., Ким В.В., Попов И.В., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф.</i> КОНФЛИКТНЫЙ ДИАГНОЗ ЭКЗЕМЫ У ПОДРОСТКА	35
<i>Александрова А.К., Смольяникова В.А.</i> ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКА Р63 У ПАЦИЕНТОВ С СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	35
<i>Безуглый А.П.</i> ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ КОЖИ, АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСНОВНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ	35
<i>Биткина О.А., Варенова Т.Н., Удалова Е.С., Альмендрас К., Перетягин П.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ И ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ОЗОТЕНС-ТЕРАПИИ В ТРИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	36
<i>Возницын Л.В., Калинина С.А., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н., Яковлев С.В., Макеев А.В.</i> НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ	36
<i>Волкова О.С., Павлов В.И., Орджоникидзе З.Г., Бадтиева В.А., Дьячкова А.А., Гвинианидзе М.В., Демидов Н.А.</i> ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННОМ СПОРТЕ	37
<i>Волнухин В.А., Кузьмина Л.А., Васильева В.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СКЛЕРОДЕРМОПОДОБНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ «ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА»	37
<i>Гурьянова Н.Е., Иванова М.А.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ	37
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Денисова Е.В., Чистова О.Ю.</i> НАБЛЮДЕНИЕ НАД ИЗМЕНЕНИЕМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ В ТЕРАПИИ ДАПСОН	38
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Оленич И.В., Аветикян С.С.</i> ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТОЧЕЧНЫМ ПОРОКЕРАТОЗОМ МАНТУ	38
<i>Жукова О.В., Маляренко Е.Н., Чистова О.Ю., Второва Е.С.</i> НАБЛЮДЕНИЕ В ДИНАМИКЕ ЗА ПЕЧЕНОЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ – ОБЩИЙ БИЛИРУБИН И ПРЯМОЙ БИЛИРУБИН В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОНИХОМИКОЗОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЯЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ТЕРБИНАФИН	39
<i>Жучков М.В., Большакова Е.Е.</i> ВРОЖДЕННЫЕ НЕВУСЫ: НУЖНА ЛИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА?	39

<i>Касихина Е.И., Валитова И.В.</i> БЛЕСТЯЩИЙ ЛИШАЙ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ.	39
<i>Каткова К.В., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.</i> ИНДУЦИРОВАННЫЙ ПАТОМОРФОЗ	40
<i>Корнят М.С., Негашева Е.С., Пилявская С.О., Валитова И.В., Заторская Н.Ф.</i> УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ КАК ВАЖНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ УРОВНЕ	40
<i>Лахтин М.В., Лахтин В.М.</i> РАСПОЗНАЮЩАЯ ГЛИКОКОНЪЮГАТЫ СУПЕРСИСТЕМА В ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВОЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ	40
<i>Лысенко О.В.</i> ПСОРИАЗ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	41
<i>Львов А.Н., Терещенко А.В., Романов Д.В., Бобко С.И.</i> ГЛОССАЛГИЯ	41
<i>Миченко А.В., Дмитриева А.С.</i> СИНДРОМ ГОРЛИНА–ГОЛЬЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НА СТЫКЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	42
<i>Мухамадеева О.Р., Магазова Р.А., Хабибуллин А.Ш., Загидуллина Р.Р., Габдрахманова Л.Р., Юсупова А.А.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСОРИАЗОМ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН	42
<i>Петунина В.В.</i> СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ. СИСТЕМА БАЛЛОВ НМО, ДОПУСК К ПРОФЕССИИ – АКТУАЛЬНО НА 2019 ГОД	43
<i>Платонова Д.В., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.</i> КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: РЕДКИЕ ФОРМЫ И СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ	43
<i>Плиева К.Т., Денисова Е.В., Хамаганова И.В., Маляренко Е.Н., Жукова О.В.</i> КОМОРБИДНОСТЬ ДЕРМАТОЗОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА НА ПРИМЕРЕ СКЛЕРОДЕРМИИ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	44
<i>Порошина Л.А., Рублевская Е.И.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ	44
<i>Потекаев Н.Н., Заторская Н.Ф., Негашева Е.С., Валитова И.В., Проскурина М.И.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ГБУЗ МНПЦДК ДЗ	45
<i>Потекаев Н.Н. (1, 2), Корсунская И.М. (3), Косталевская А.В. (2), Невозинская З.А. (1, 2)</i> РЕДКИЕ ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА	45
<i>Потекаев Н.Н., Кочетков М.А., Волнухин В.А., Петров В.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВИЗУАЛИЗАЦИИ КОЖИ В УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ СВЕТЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ	46

Потекаев Н.Н., Новожилова О.Л., Фриго Н.В., Скворцова А.И., Захарова А.Б., Мельниченко О.О.
ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ В ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ» 46

Потекаев Н.Н., Петунина В.В.
ВИТИЛИГО: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПОД НОВЫМ УГЛОМ РАССМОТРЕНИЯ 46

Рождественская Е.А., Попов И.В., Пилявская С.О., Заторская Н.Ф., Гребенюк В.Н.
НОВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ (СОЧЕТАНИЕ ОБЛУЧЕНИЙ УЗКОПОЛОСНОЙ СВЕТОТЕРАПИЕЙ УФБ 311 И АППАРАТНОГО ЛИМФОДРЕНАЖНОГО МАССАЖА) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ. 47

Романов Д.В., Сафин Д.А., Брылеева А.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХВОЛНОВОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ КАПИЛЛЯРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ 47

Романова Ю.Ю. (1), Ротанов С.В. (1), Бражников А.Ю. (2), Романов Д.В. (2), Львов А.Н. (1)
СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА РОСТА НЕРВОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 48

Ромашкина А.С.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОЖИ В МЕЖРЕЦИДИВНЫЙ ПЕРИОД ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И СУКЦИНАТА НАТРИЯ 48

Сафин Д.А., Романов Д.В., Брылеева А.А.
ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАПИЛЛЯРНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ. 49

Хамаганова И.В., Кашеваров Д.Ф.
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ГЕНИТАЛИЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ 49

Юцковский А.Д., Черненко О.А., Леонтьев В.А.
АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОНИХОДИСТРОФИЙ 49

РАЗДЕЛ II. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Волкова С.Б., Новожилова О.Л., Поршина О.В.
СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИСА В СОВРЕМЕННОМ МЕГАПОЛИСЕ, ЖДАТЬ ЛИ ЭПИДЕМИИ? 50

Романова И.В., Кисина В.И., Гуцин А.Е., Жукова О.В.
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И ТИПА МУТАЦИЙ M. GENITALIUM В ДИНАМИКЕ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА ЗА ПЕРИОД 2014–2018 ГОДА. 50

Шульгина И.Г., Ягунова Ю.М.
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА СИФИЛИС У БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ 51

РАЗДЕЛ III. КОСМЕТОЛОГИЯ

Безуглый А.П., Белков П.А.

**ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖИ, ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА
ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ 51**

Бычкова Н.Ю.

УЧЕТ АНИЗОТРОПНЫХ СВОЙСТВ КОЖИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ 51

Карпова Е.И., Демина О.М., Данищук О.И.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ
КИСЛОТЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ 52**

*Мынбаев О.А., Макаров В.В., Шумеев Д.В., Мынбаева М., Сохацкий С.П., Алиев У.К., Залесский А.Ю., Абдрахман Р.,
Лошкарев Н.А., Цабари А.*

**РОБОТИЗИРОВАННЫЙ ТРЕНАЖЕР ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ
АНАТОМИИ ЛИЦА (ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА) И ТЕХНИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР
ВРАЧАМИ КОСМЕТОЛОГАМИ, ПЛАСТИЧЕСКИМИ ХИРУРГАМИ И ДРУГИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ
В ОБЛАСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. 52**

*Шумеев Д.В., Мынбаева М., Хафизова А.А., Макаров В.В., Залесский А.Ю., Синева И.М., Абдрахман Р., Зимица С.Н.,
Сохацкий С.П., Лошкарев Н.А., Алиев У.К., Цабари А., Негашева М.А., Мынбаев О.А.*

**Дистанционная экспериментальная студия дизайна тела человека по формированию
индивидуального эталона красоты с учетом индивидуальных антропометрических, анатомо-
физиологических параметров, а также расовых и этнических особенностей пациентов/клиентов
центров/салонов красоты 53**

КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ
СБОРНИК ТЕЗИСОВ

IX Межрегиональный форум
дерматовенерологов и косметологов

3–4 октября 2019 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:
ООО «КСТ Интерфорум»

Сдан в набор 25.09.2019. Подписано в печать 25.09.2019. Бум.офсет 205x290x8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420, Москва, ул. Обручева, 30/1, стр. 2, тел. +7 (495) 419-08-68