

Международный научно-практический журнал

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ КОСМЕТОЛОГИЯ

2023, том 9, №1

Dermatovenereology. Cosmetology

International Scientific Journal

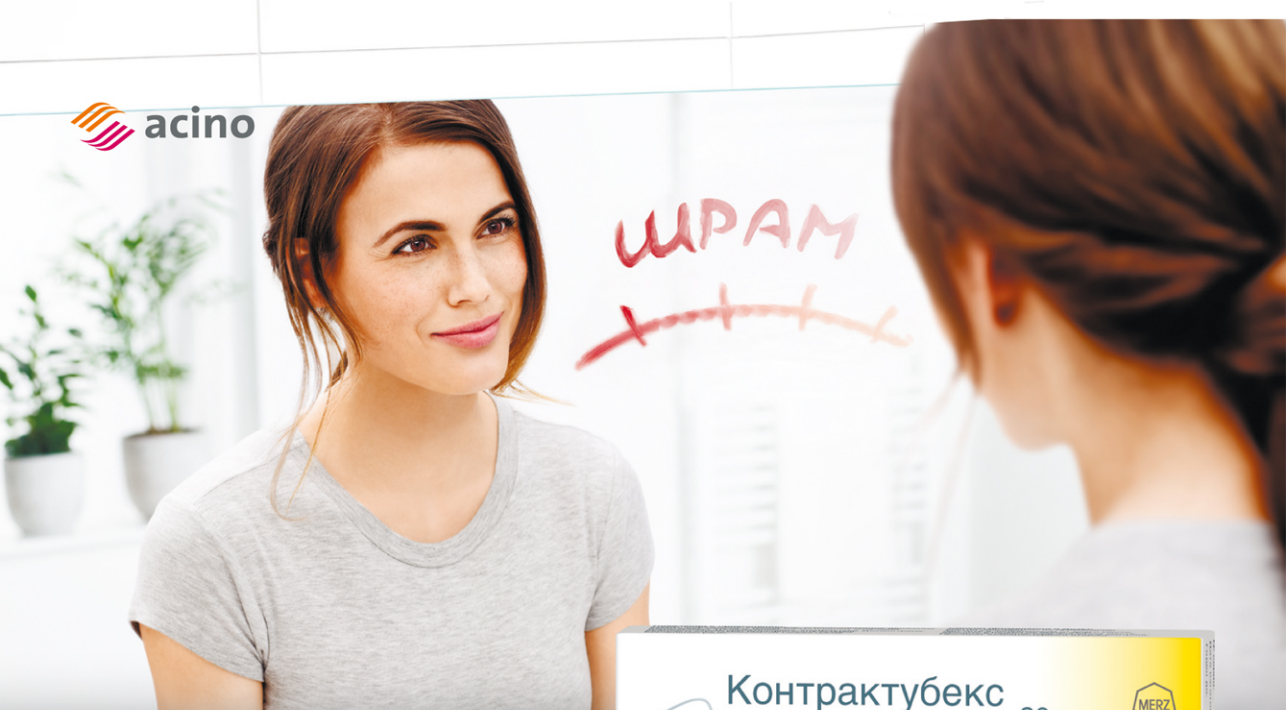
2023 Volume 9 Number 1



ISSN 2411-8982 (print)
ISSN 2414-3707 (online)



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ



Контрактубекс

Хорошо, когда шрам заживает красиво!

- ① Замедляет рост
- ② Уменьшает воспаление
- ③ Размягчает ткани

ШРАМОВ
И РУБЦОВ¹

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Контрактубекс

Торговое название: Контрактубекс. **Лекарственная форма:** гель для наружного применения. **Состав.** Действующие вещества: 1 г геля содержит: жидкий экстракт лука Allium сера (1,75:1) - 100 мг; экстрагент: этанол/вода (1:6); гепарин натрия - 50 МЕ; аллантоин - 10 мг. **Фармакотерапевтическая группа:** прочие ранозаживляющие средства. **Фармакологические свойства.** Препарат оказывает антипролиферативное, противовоспалительное и размягчающее действие на рубцовую ткань. Экстракт лука оказывает противовоспалительное действие путем угнетения высвобождения медиаторов воспаления. Гепарин оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, антипролиферативное действие, повышает гидратацию тканей и оказывает разрыхляющий эффект на коллагеновую структуру. Аллантоин способствует заживлению ран, оказывает эпителизирующее действие и повышает способность ткани к связыванию воды. **Показания к применению.** Гипертрофические, келоидные, ограничивающие движение рубцы, возникающие после хирургических операций, ампутаций, ожогов и травм; контрактуры (травматические сухожильные контрактуры, контрактура Дюпюитрена); рубцовые стриктуры (атрофические рубцы). Контрактубекс применяется только после заживления раны. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к действующим веществам (экстракт лука, гепарин натрия или аллантоин), а также вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. **Способ применения и дозы:** наносит 2-3 раза в сутки необходимое количество геля и осторожно втирать в рубец до полного впитывания. При плотных рубцах можно оставить гель под повязкой на ночь. В зависимости от размера и толщины рубца лечение длится от нескольких недель до нескольких месяцев. Длительность курса лечения определяется врачом с учетом особенностей заболевания, достигнутого эффекта и переносимости лекарственного препарата. **Применение во время беременности и в период грудного вскармливания.** Лекарственный препарат не рекомендован для применения женщинам во время беременности и кормления грудью. **Побочное действие:** наиболее распространенными побочными эффектами являются местные реакции в месте нанесения. Частыми побочными реакциями являются также зуд, эритема, телеангиэктазии, атрофия рубцов. **Меры предосторожности.** Не наносить на открытую рану. При попадании в глаза промыть теплой водой. Контрактубекс содержит метилпарагидроксибензоат, который может вызвать аллергические реакции (возможно отсроченные). Контрактубекс содержит сорбиновую кислоту, которая может вызвать местную кожную реакцию по типу дерматита. **Условия отпуска:** без рецепта. **Производитель** «Мерц Фарма ГмбХ и Ко КГаА» D-60318, Германия, Франкфурт-на-Майне. Адрес организации, принимающей претензии от потребителей по качеству продукции (товара) на территории Республики Беларусь: Представительство акционерного общества «Acino Pharma AG», Республика Беларусь, 220062, г. Минск, пр-т Победителей, 104-210, тел. +375 (17) 319 91 41. Адрес электронной почты: safety_by@acino.swiss. **Перед применением лекарственного препарата необходимо ознакомиться с полной версией инструкции по медицинскому применению, размещенной на сайте:** https://www.rceth.by/Ndfiles/instr/5092_01_03_06_08_11_16_s.pdf Регистрационное удостоверение Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 5092/01/03/06/08/11/16 от 05.10.2016, действует бессрочно.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ И ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ.

На правах рекламы. Применение препарата не рекомендовано при беременности и в период грудного вскармливания. Производитель «Мерц Фарма ГмбХ и Ко КГаА» D-60318, Германия, Франкфурт-на-Майне. РУ № 5092/01/03/06/08/11/16 от 05.10.2016, действует бессрочно. BY-CONT-DIC-012022-011

1. Инструкция по применению лекарственного препарата Контрактубекс

ЦИТЕАЛ

Хлоргексидин, гексамидин, хлорокрезол

мягкая пена
с силой 3-х антисептиков

**Стартовая терапия
при инфекциях кожи и слизистых оболочек у взрослых и детей**

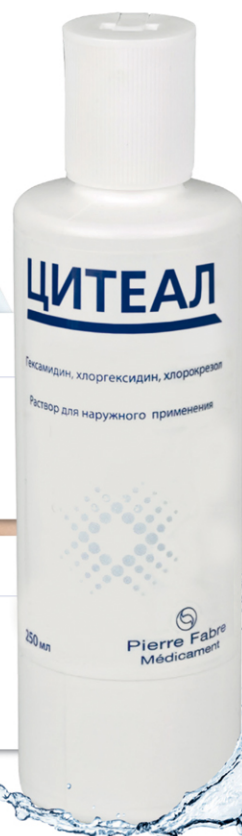


АНТИСЕПТИК

- 0,1 % Хлоргексидин
- 0,1 % Гексамидин
- 0,3 % Хлорокрезол

ПЕНА

- Тщательное очищение кожи и слизистых оболочек
- Безопасная дезинфекция
- Ощущение свежести



РЕКЛАМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА.

ЦИТЕАЛ, раствор для наружного применения. **Терапевтические показания.** Антисептическая обработка кожи и слизистых оболочек при бактериальных и грибковых инфекциях, при склонности к развитию суперинфекций. **Способ применения и режим дозирования.** Используется как жидкое мыло в неразведенном или разведенном (1:10) виде. После применения препарата необходимо обильное ополаскивание водой места его нанесения. **Беременность.** В качестве меры предосторожности рекомендуется избегать использования во время беременности. **Побочные эффекты.** Частота неизвестна: контактный дерматит; риск развития генерализованной аллергической реакции на хлоргексидин, способной привести к анафилактическому шоку; местные реакции непереносимости: ощущение покалывания, зуд, жжение, сухость и покраснение кожи, особенно при многократном применении; при попадании в глаза вызывает раздражение. **Есть противопоказания и меры предосторожности.** Отпускается без рецепта. **Владелец РУ:** ПЬЕР ФАБР МЕДИКАМЕНТ, 45, ПЛАС АБЕЛЬ ГАНС 92100 БУЛОНЬ ФРАНЦИЯ. Номер РУ в РБ 776/94/99/04/10/15/17/20/21: 250 мл во флаконе (из полиэтилена). Имеются противопоказания и нежелательные реакции.

EUROMEDEX

Представительство АО «Euromedex France» Франция в РБ

Разрешение от 10 февраля 2022 г. № 622 действительно с 16 марта 2022 г. по 15 марта 2025 г.

220092 Минск, ул. Бельского, д. 15, офис. 107, тел: +375 17 355 18 15

отдел фармаконадзора: тел/факс +375 17 3 945 945, pharmacovigilance_by@euromedex.com

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

Международный научно-практический журнал

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ КОСМЕТОЛОГИЯ

venera.recipe.by

2023, том 9, № 1

Основан в 2015 г.

Учредители:

УП «Профессиональные издания».
Белорусская общественная организация дерматовенерологов и косметологов.

Журнал зарегистрирован

Министерством информации Республики Беларусь.
Регистрационное свидетельство № 1749.

Адрес редакции:

220049, ул. Кнорина, 17, г. Минск,
Республика Беларусь
Тел.: (017) 322-16-85, 322-16-78
e-mail: venera@recipe.by
www.recipe.by

Директор Евтушенко Л.А.

Заместитель главного редактора Дроздов Ю.В.

**Руководитель службы рекламы
и маркетинга** Коваль М.А.

Технический редактор Каулькин С.В.

Подписка

В каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь): индивидуальный индекс – 00248; ведомственный индекс – 002482.

В электронных каталогах на сайтах агентств:

ООО «Прессинформ», ООО «Кризитив Сервис Бэнд», ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс».

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию в Минске.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Цена свободная.

Подписано в печать: 24.03.2023

Тираж 1000 экз.

Заказ №

Формат 70х100 1/16. Печать офсетная.

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие

«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,

распространителя печатных изданий №2/18 от 26.11.2013.

пл. Свободы, 23-103, г. Минск. ЛП №02330/54 от 12.08.2013.

© «Дерматовенерология. Косметология»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов издания возможно только с письменного разрешения редакции с обязательной ссылкой на источник.

© УП «Профессиональные издания», 2023

© Оформление и дизайн УП «Профессиональные издания», 2023

НА ПЕРВУЮ

НА СЛЕДУЮЩУЮ

НА ПРЕДЫДУЩУЮ

К СОДЕРЖАНИЮ

Беларусь

Главный редактор

Лукьянов Александр Михайлович, д.м.н., проф., Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова (Минск)

Редакционная коллегия:

Адаскевич В.П., д.м.н., проф., Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет (Витебск)
Барabanов А.Л., к.м.н., доц., Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Бич Т.А., к.м.н., доц., Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Василевский И.В., д.м.н., проф., Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Доценко М.Л., д.м.н., проф., Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Зыкова О.С., к.м.н., доц., Витебский государственный медицинский университет (Витебск)
Луцкая И.К., д.м.н., проф., Белорусская медицинская академия последипломного образования (Минск)
Можейко Л.Ф., д.м.н., проф., Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Музыченко А.П., к.м.н., доц., Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Панкратов О.В., д.м.н., проф., Белорусская медицинская академия последипломного образования (Минск)
Сорока Н.Ф., д.м.н., проф., Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Тагиева Ф.Р., к.м.н., доц., Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Хворик Д.Ф., д.м.н., проф., Гродненский государственный медицинский университет (Гродно)
Шиманская И.Г., к.м.н., доц., Белорусская медицинская академия последипломного образования (Минск)

Россия

Главный редактор

Заславский Денис Владимирович, д.м.н., проф., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Санкт-Петербург)

Редакционная коллегия:

Баранова А.Н., д.м.н., проф., Центр семейной медицины Мечникова (Санкт-Петербург)
Иванов А.М., член-корр. РАН, д.м.н., проф., Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова (Санкт-Петербург)
Круглова Л.С., д.м.н., проф., Центральная государственная медицинская академия (Москва)
Мордовцева В.В., д.м.н., проф., Институт аллергологии и клинической иммунологии (Москва)
Олисова О.Ю., член-корр. РАН, д.м.н., проф., Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Москва)
Охлопков В.А., д.м.н., проф., Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии (Москва)
Снарская Е.С., д.м.н., проф., Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Москва)
Смирнова И.О., д.м.н., проф., Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)
Сухарев А.В., д.м.н., проф., Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова (Санкт-Петербург)
Таганов А.В., д.м.н., проф., Российский университет дружбы народов (Москва)
Тамразова О.Б., д.м.н., доц., Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (Москва)
Хлебникова А.Н., д.м.н., проф., Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского (Москва)
Чеботарева Н.В., д.м.н., доц., Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Москва)
Шлишко И.Л., д.м.н., проф., Приволжский исследовательский медицинский университет (Нижний Новгород)
Яковлев А.Б., к.м.н., доц., поликлиника № 3 (Москва)

Казахстан

Главный редактор

Батпеннова Гульнар Рыскельдыевна (CV), д.м.н., проф., Медицинский университет Астана (Астана)

Редакционная коллегия:

Аскарова Г.К. д.м.н., проф., Казахский медицинский университет непрерывного образования (Алматы)
Ахметова А.К., к.м.н., доц., Государственный медицинский университет города Семей (Семей)
Баев А.И., к.м.н., Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний (Алматы)
Бейсебаева У.Т., к.м.н., доц., Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова (Алматы)
Жуматова Г.Г., д.м.н., проф., Казахский медицинский университет непрерывного образования (Алматы)
Котлярова Т.В., д.м.н., проф., Медицинский университет Астана (Астана)
Таркина Т.В., д.м.н., доц., Медицинский университет Астана (Астана)
Толыбекова А.А., к.м.н., доц., Казахстанский-Российский медицинский университет (Алматы)
Цой Н.О., к.м.н., доц., Медицинский университет Астана (Алматы)

Узбекистан

Главный редактор

Вайсов Адхам Шавкатович, д.м.н., проф. Ташкентская медицинская академия (Ташкент)

Редакционная коллегия:

Абдуллаев М.И., д.м.н., проф., Ташкентский медицинский педиатрический институт (Ташкент)
Азизов Б.С., д.м.н., Ташкентский государственный стоматологический институт (Ташкент)
Вайсов И.А., д.м.н., Клиника «MShifo» (Ташкент)
Мавлянова Ш.З., д.м.н., РНПЦ «Дерматовенерология и косметология» МЗ Республики Узбекистан (Ташкент)
Маннанов А.М., д.м.н., профе., Ташкентский медицинский педиатрический институт (Ташкент)
Порсохонова Д.Ф., д.м.н., Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии «Дерматовенерология и косметология» (Ташкент)
Рахматов А.Б., д.м.н., проф., Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии (Ташкент)
Сабиров У.Ю., д.м.н., проф., Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии (Ташкент)
Садиков А.А., д.м.н., проф., Республиканский научно-практический центр спортивной медицины (Ташкент)
Сыдинов А.А., д.м.н., Управление развития науки Минздрава Республики Узбекистан (Ташкент)
Ташкенбаева У.А., д.м.н., Ташкентская медицинская академия (Ташкент)
Хайтов К.Н., д.м.н., проф., Ташкентский медицинский педиатрический институт (Ташкент)

Грузия

Главный редактор

Галдава Г. Гурамович, д.м.н., проф., Национальный центр дерматологии и венерологии «Канвени» (Тбилиси)

Редакционная коллегия:

Берая Э., д.м.н., проф., клиника «Кани» (Поти)
Дурглишвили Г., д.м.н., национальный центр дерматологии и венерологии «Канвени» (Тбилиси)
Дурглишвили Н., д.м.н., проф., национальный центр дерматологии и венерологии «Канвени» (Тбилиси)
Китуашвили Т., д.м.н., проф., научно-исследовательский национальный центр дерматологии и венерологии (Тбилиси)
Квливидзе О., д.м.н., проф., национальный центр дерматологии и венерологии «Канвени» (Тбилиси)
Квирквелия В., д.м.н., проф., национальный центр дерматологии и венерологии «Канвени» (Тбилиси)
Леонидзе Ц., д.м.н., проф., национальный центр дерматологии и венерологии «Канвени» (Тбилиси)
Лилуашвили С., д.м.н., проф., национальный центр дерматологии и венерологии «Канвени» (Тбилиси)
Матошвили М., д.м.н., проф., Тбилисский государственный медицинский университет (Тбилиси)
Сулаберидзе М., д.м.н., проф., национальный центр дерматологии и венерологии «Канвени» (Тбилиси)
Цагареишвили К., д.м.н., проф., медицинский центр Цагареишвили (Кутаиси)
Цинцадзе Р., д.м.н., Государственный университет им. Шота Руставели (Батуми)

Рецензируемое издание

Журнал включен в базы данных Ulrich's Periodicals Directory, EBSCO, РИНЦ, CNKI.

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований. Приказ ВАК от 18.04.2016 № 107.

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.

Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точки зрения автора.

Ответственность за содержание рекламных материалов и публикаций с пометкой «На правах рекламы» несут рекламодатели.

International Scientific Journal
DERMATOVENEREOLOGY COSMETOLOGY
DERMATOVENEROLOGIYA KOSMETOLOGIYA

venera.recipe.by

2023 Volume 9 Number 1

Founded in 2015

Founders:

UE "Professional Editions";
Belarusian Public Organization of Dermatologists and Cosmetologists.

The journal is registered in the Ministry of information of the Republic of Belarus.
Registration certificate № 1749.

Address of the editorial office:

220049, Minsk, Knorin str., 17, Republic of Belarus
phone: (017) 322-16-78, 322-16-85
e-mail: venera@recipe.by

Director Evtushenko L.

Deputy editor-in-chief Drozdov Yu.

Head of advertising and marketing Koval M.

Technical editor Kaulkin S.

Subscription:

In the Republican unitary enterprise "Belposhta" individual index – 01293; departmental index – 012932.

In the electronic catalogs on web-sites of agencies:

"Pressinform" LLC, "Kriativ Servis Bend" LLC, "Ekaterinburg-OPT" LLC, "Globalpress" LLC.

For information about purchasing please contact our office in Minsk.

The frequency of journal is 1 time in 3 months.

The price is not fixed.

Sent for the press 24.03.2023

Circulation is 1000 copies.

Order №

Format 70x100 1/16. Litho.

Printed in printing

© "Dermatovenereology Cosmetology"

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition is possible only with written permission of edition with an obligatory reference to the source.

© "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2023

© Design and decor of "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2023

Belarus

Editor-In-Chief

Aliaksandr M. Lukyanau, Doctor of Medical Sciences, Professor, Republican Scientific and Practical Center of Oncology and Medical Radiology named after N.N. Alexandrov

Editorial Board:

Vladimir P. Adaskevich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk)

Andrei L. Barabanov, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Tatyana A. Bich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Marina L. Dotsenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Dmitry F. Khvorik, Doctor of Medical Sciences, Professor, Grodno State Medical University (Grodno)

Irina K. Lutskaia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education (Minsk)

Ludmila F. Mozheiko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Anna P. Muzychenka, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Oleg V. Pankratov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education (Minsk)

Irina G. Shimanskaya, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education (Minsk)

Nikolai F. Soroka, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Faryda R. Tahiyeva, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Igor V. Vasilevsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Olga S. Zykava, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University (Vitebsk)

Russia

Editor-In-Chief

Denis V. Zaslavsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, St. Petersburg State Pediatric Medical University

Editorial Board:

Anna N. Barinova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Mechnikov Family Medicine Center (Saint Petersburg)

Natalia V. Chebotareva, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow)

Andrey M. Ivanov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Kirov Military Medical Academy (Saint Petersburg)

Albina N. Khlebnikova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky (Moscow)

Larisa S. Kruglova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Central State Medical Academy (Moscow)

Veronika V. Mordovtseva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Institute of Allergy and Clinical Immunology (Moscow)

Vitaly A. Okhlopov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Federal Research and Clinical Center of Resuscitation and Rehabilitation (Moscow)

Olga Y. Olisova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow)

Irena L. Shlivko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Privolzhsky Research Medical University (Nizhny Novgorod)

Irina O. Smirnova, Doctor of Medical Sciences, Professor, St. Petersburg State University (Saint Petersburg)

Elena S. Snarskaya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow)

Alexey V. Sukharev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Kirov Military Medical Academy (Saint Petersburg)

Alexey V. Taganov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Peoples' Friendship University of Russia (Moscow)

Olga B. Tamrazova, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Lomonosov Moscow State University (Moscow)

Alexey B. Yakovlev, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Polyclinic № 3 (Moscow)

Kazakhstan

Editor-In-Chief

Gulnar R. Batpenova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Astana Medical University (Astana)

Editorial Board:

Almira K. Akhmetova, PhD, Associate Professor, Semey State Medical University (Semey)

Gulsum K. Askarova, MD, Professor, Kazakh Medical University of Continuing Education (Almaty)

Asylzhan I. Baev, PhD, Kazakh Scientific Center of Dermatology and Infectious Disease (Almaty)

Ulzhan T. Beisebayeva, PhD, Associate Professor, Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov (Almaty)

Tatyana V. Kotlyarova, MD, Professor, Astana Medical University (Astana)

Tatyana V. Tarkina, MD, Associate Professor, Astana Medical University (Astana)

Alima A. Tolybekova, PhD, Associate Professor, Kazakhstan-Russian Medical University (Almaty)

Natalia O. Tsoi, PhD, Associate Professor, Astana Medical University (Almaty)

Gulnar G. Zhumatova, MD, Professor, Kazakh Medical University of Continuing Education (Almaty)

Uzbekistan

Editor-In-Chief

Adham S. Vaisov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Tashkent Medical Academy (Tashkent)

Editorial Board:

Mirsalim I. Abdullayev, MD, Professor, Tashkent Medical Pediatric Institute (Tashkent)

Bahodir S. Azizov, MD, Tashkent State Dental Institute (Tashkent)

Kakhramon N. Khaitov, MD, Professor, Tashkent Medical Pediatric Institute (Tashkent)

Abdushukur M. Mannanov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Tashkent Medical Pediatric Institute (Tashkent)

Shakhnoza Z. Mavlyanova, MD, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenerology and Cosmetology (Tashkent)

Delya F. Porsokhonova, MD, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenerology and Cosmetology (Tashkent)

Akram B. Rakhmatov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenerology and Cosmetology (Tashkent)

Ulugbek Y. Sabirov, MD, Professor, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenerology and Cosmetology (Tashkent)

Abdushukur A. Sadikov, MD, Professor, Republican Scientific and Practical Center of Sports Medicine (Tashkent)

Akmal A. Sydykov, MD, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (Tashkent)

Umida A. Tashkenbayeva, MD, Tashkent Medical Academy (Tashkent)

Iskandar A. Vaisov, MD, MShifo Clinic (Tashkent)

Georgia

Editor-In-Chief

George G. Galdava

Doctor of Medical Sciences, Professor, Kanveni – National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Editorial Board:

Beraia E., PhD in Medicine, Professor, Clinic "Kani" (Poti)

Durglishvili G., PhD in Medicine, Kanveni – National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Durglishvili N., PhD in Medicine, Professor, Kanveni – National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Kituashvili T., PhD in Medicine, Professor, Research National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Kvirkvelia V., MD, Assistant Professor, Kanveni – National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Kvlividze O., PhD in Medicine, Professor, Kanveni – National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Leonidze T., PhD in Medicine, Professor, Kanveni – National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Liluashvili S., PhD in Medicine, Professor, Kanveni – National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Matoshvili M., PhD in Medicine, Professor, Tbilisi State Medical University (Tbilisi)

Sulaberidze M., PhD in Medicine, Professor, Kanveni – National Center of Dermatology and Venereology (Tbilisi)

Tsagareishvili K., PhD in Medicine, Professor, Tsagareishvili Medical Center (Kutaisi)

Tsintsadze R., PhD in Medicine, Batumi Shota Rustaveli State University (Batumi)

Peer-reviewed edition

The magazine is included in the databases Ulrich's Periodicals Directory, EBSCO, RSCI, CNKI.

The journal is included into a List of scientific publications of the Republic of Belarus for the publication of the results of the dissertation research (HCC board decision of 18.04.2016, protocol No. 107).

Responsibility for the accuracy of the given facts, quotes, own names and other data, and also for disclosure of the classified information authors bear.

Editorial staff can publish articles as discussion, without sharing the point of view of the author.

Responsibility for the content of advertising materials and publications with the mark "On the Rights of Advertising" are advertisers.

Уважаемые коллеги!

Сто лет тому назад было принято решение об организации кафедры кожных и венерических болезней на базе медицинского факультета Белорусского государственного университета. Позднее был открыт Минский государственный медицинский институт, который был переименован в Белорусский государственный университет, но название кафедры осталось прежним, и, поверьте, уважаемые читатели, в этом есть определенный символизм и верность научным и клиническим традициям.

Имена основателей белорусской дерматологии – профессора Мранговиуса В.Ю. и академика Прокопчука А.Я. – неразрывно связаны с моментом становления и развития кафедры. Все, кто так или иначе имеет отношение к кафедре, могут с гордостью причислять себя к продолжателям традиций этих великих людей.

В разные годы на кафедре работали профессоры Сосновский А.Т., Яговдик Н.З., доценты Певзнер Е.С., Ябленик Б.С., Богданович И.И., Дыло В.П., Федорова Л.Г., Хомич Ф.А., Еременко С.А., ассистенты Энтин Н.Я., Гилевская В.Ф., Комов О.П., Кладницкая Т.Л., Корсун В.Ф., Лисицин Н.А., Дюба В.М., Ситкевич А.Е., Зелюткин В.П., Комиссаров С.И., Федорович Э.И. и др.

Современная история кафедры неразрывно связана с именами доцентов Панкратова В.Г., Хилькевича Н.Д., Качук М.В., Навроцкого А.Л., Белугиной И.Н., Барабанова А.Л., Музыченко А.П.

Редакция журнала желает всему коллективу кафедры, всем ее воспитанникам крепкого здоровья, счастья и творческих успехов!

Кружковец СНК,
клинический ординатор,
аспирант,
докторант,
ассистент,
доцент,
профессор,
заведующий кафедрой кожных и венерических
болезней УО «БГМУ»,
а ныне главный научный сотрудник РНПЦ ОМР
им. Н.Н. Александрова Лукьянов А.М. – главный
редактор журнала «Дерматовенерология.
Косметология»



Оригинальные исследования

Лукьянов А.М., Шедько В.В., Бич Т.А.
Может ли дермоскопический
критерий рассматриваться
как дополнительная опция
в диагностике ранних стадий
грибовидного микоза? 10

Сятковский В.А., Азарова Л.А.,
Белугина И.Н., Яговдик Н.З.,
Белугина О.С., Марискевич В.А.
Психодинамические аспекты
в исследовании структуры
личности пациентов
с псориатической болезнью 29

Инояттов А.Ш., Джаббаров М.М.,
Рахматов А.Б., Алимухамедова Ю.А.
Диагностика и лечение красного
плоского лишая 40

Практикующему врачу

Журавская С.Ю., Поплавская Н.Б.,
Семерник М.Ю.
Возможности визуализации
временных дермальных
наполнителей (филлеров)
с помощью ультразвуковой
визуализации и магнитно-
резонансной томографии 48

Музыченко А.П., Качук М.В.
Дерматологические проявления
при ревматических заболеваниях 58

Клинический случай

Матылевич О.П., Гришель А.С.,
Ровский Д.В., Бакиновская И.Е.,
Доломанова Е.В., Копшай П.А.
Опухоль Бушке – Лёвенштейна
вульвы у пациентки с ВИЧ-
положительным статусом:
общие сведения и описание
клинического случая 66

Обзоры

Катина М.А.
Локализованная склеродермия:
клинико-диагностические
особенности, принципы лечения
различных клинических форм 75

История медицины

Заславский Д.В., Белова Л.В.
Врачи-подвижники в борьбе с
сифилисом, заразными кожными
болезнями и лепрой в России
(конец XIX – начало XX в.).
Взгляд из XXI в. 92

Юбилейные даты

Музыченко А.П.
Кафедре кожных и венерических
болезней УО «Белорусский
государственный медицинский
университет» 100 лет 108

Коваленко Е.В., Лебедевская А.А.
История организации
и деятельности кожно-
венерологического диспансера
г. Минска (к 100-летию со дня
образования: 1923–2023 гг.) 119

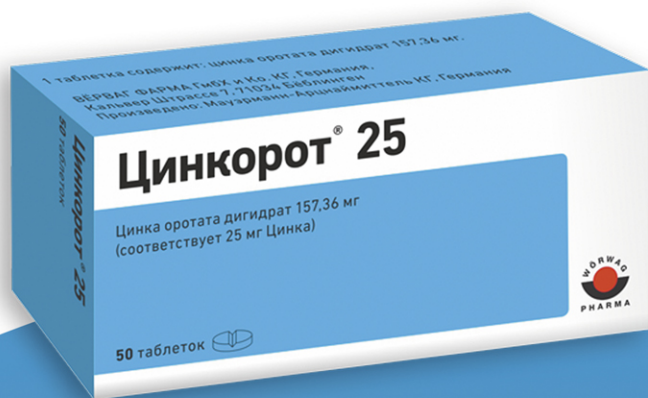
ЦИНКОРОТ® 25

цинка оротат

Проявления дефицита цинка:

Цинк, который лечит!

woerwagpharma.by



ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

Имеются медицинские противопоказания и нежелательные реакции. Перед применением лекарственного препарата в период беременности или кормления грудью необходимо проконсультироваться с врачом.

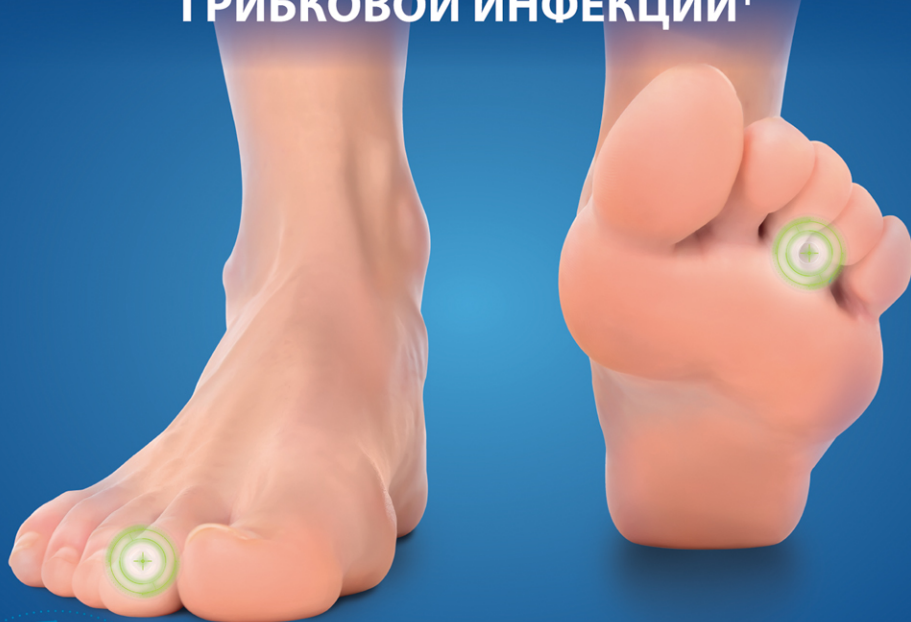
Вёрваг Фарма ГмбХ и Ко. КГ, Германия. Произведено Мауэрманн Арцнаймитель КГ, Германия.

На правах рекламы.

Экзодерил®



КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ
ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ¹



ТРОЙНОЙ
ЭФФЕКТ²

ПРОТИВ

ГРИБКА
БАКТЕРИЙ
ВОСПАЛЕНИЯ



ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

Действующее вещество: нафтифина гидрохлорид. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Применение препарата не рекомендуется во время беременности и в период грудного вскармливания. Безопасность и эффективность у детей и подростков до 18 лет не доказана. Предназначен только для наружного применения на коже или ногтях. Производитель раствора: Глобофарм фармацевтише Прдуктьонс унд Хандельсгезеллшафт мбХ, Австрия. Производитель крема: Мерк КГаА и Ко. Верк Шлитталь, Австрия. Представительство АО "Sandoz Pharmaceuticals d.d." (Словения) в Республике Беларусь 220141, Минск, ул. Академика Купревича, 3, пом. 49. Информацию о нежелательных реакциях можно сообщить по адресу drugsafety.cis@novartis.com. На правах рекламы. BY2211176560

1. Лыкова С.Г. Местная антимикотическая терапия: подробные ответы на актуальные вопросы. РМЖ. №9. 2015

2. Инструкция по применению Экзодерил® крем

SANDOZ A Novartis
Division

Original Research

Lukyanau A., Shedko V., Bich T.
Can Dermoscopic Criterion Be
Considered as an Additional Option
in the Mycosis Fungoides Early
Stages Diagnosis? 11

*Siatkovski V., Azarova L., Belugina I.,
Yagovdik N., Belugina O., Mariskevich V.*
Psychodynamic Aspects of
Personality Structure Study of
Patients with Psoriasis 30

*Inoyatov A., Jabbarov M.,
Rakhmatov A., Alimukhamedova Yu.*
Diagnosis and Treatment of Lichen
Planus 40

Practitioner

*Zhurauskaya S., Poplaskaya N.,
Semernik M.*
Possibilities for Visualization
of Dermal Fillers Using Ultrasonic
Imaging and Magnetic Resonance
Imaging 49

Muzychenka H., Kachuk M.
Dermatological Manifestations
in Rheumatic Diseases 58

Clinical Case

*Matylevich O., Grishel A., Rouski D.,
Bakinouskaya I., Dalamanava A., Kopshaj P.*
Buschke – Löwenstein Tumor
of the Vulva in a Patient with HIV-
positive Status: General Information
and Description of a Clinical Case 67

Reviews

Katsina M.
Localized Scleroderma: Clinical-
Diagnostic Features, Principles of
Various Clinical Forms Treatment 76

History of Medicine

Zaslavsky D., Belova L.
Doctors-Advocates in the Fight
against Syphilis, Contagious Skin
Diseases and Leprosy in Russia
(Late 19th – Early 20th Centuries).
A View from the Twenty-First Century 93

Anniversaries

Muzychenka H.
The Department of Skin and
Venereal Diseases of the Belarusian
State Medical University
is 100 Years Old 108

Kovalenko E., Lebedevskaya A.
History of Organization and Activity
of the Dermatovenereologic
Dispensary in Minsk (to the 100th
Anniversary of its Foundation:
1923–2023) 119



Лукьянов А.М.¹ ✉, Шедько В.В.¹, Бич Т.А.²

¹ Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Может ли дермоскопический критерий рассматриваться как дополнительная опция в диагностике ранних стадий грибовидного микоза?

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: написание текста, сбор и обработка данных – Лукьянов А.М.; обработка данных – Шедько В.В., Бич Т.А.

Подана: 13.03.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: alexlukyanau@gmail.com

Резюме

Грибовидный микоз (ГМ) – классический и наиболее распространенный тип первичных Т-клеточных лимфом кожи (ПТКЛ), на долю которого приходится 50–60% всех регистрируемых случаев. Заболевание обычно развивается у лиц старшей возрастной группы (средний возраст 55–60 лет) и характеризуется вялотекущим, медленно прогрессирующим течением [18–20]. Кожные проявления на ранних стадиях включают пятна и тонкие бляшки, на поздних стадиях формируются диссеминированные поражения в виде инфильтрированных бляшечных элементов, опухолевых инфильтратов, в некоторых случаях может развиваться картина универсального поражения всего кожного покрова (эритродермия).

Диагностика заболевания на ранних стадиях представляет собой большие трудности из-за клинико-морфологического сходства с хроническими воспалительными заболеваниями кожи. Верификация неоплазии требует от клинициста системного анализа всех доступных на сегодняшний день диагностических критериев: клинического, морфологического, иммуногистохимического, молекулярного. В этой связи любой новый критерий/метод, расширяющий возможности диагностического поиска, трудно переоценить. За последние 5–8 лет появилось несколько публикаций, которые вселяли определенный оптимизм из-за возможного внедрения в практику ранней диагностики ГМ дермоскопического метода. Следует отметить, что большинство наблюдений – это отчеты о случаях / сериях случаев с уровнем доказательности III–V, не имеющих контрольной группы для уточнения диагностической ценности наблюдаемых признаков [9].

Настоящее исследование выполнено в формате клинического обсервационного ретроспективного сравнительного диагностического наблюдения «случай – контроль» и посвящено эффективности использования дермоскопической визуализации первичных элементов (пятно, тонкая бляшка) у пациентов с ранними стадиями грибовидного микоза (IA–IIA).

Авторами проведена оценка специфичности и чувствительности таких дермоскопических признаков, как короткие линейные сосуды, ветвящиеся сосуды, точечные

ФУНГИСТОП

для здоровой кожи стоп



**МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ
КОЖИ СТОПЫ**

Не следует применять во время беременности и в период грудного вскармливания.
Для предотвращения рецидивов инфекции следует продолжать применять препарат не
менее 2 недель после клинического излечения.
Производитель: Ядран Галенски Лаборатории, Хорватия.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции.

сосуды (равномерно/регулярно расположенные), точечные сосуды (неравномерно/нерегулярно расположенные), желто-коричневые пятна. Ни один из вышеперечисленных признаков не имеет статистически значимого преимущества.

На данный момент нет оснований считать, что дермоскопический критерий может рассматриваться в качестве дополнительной опции в диагностике ранних стадий грибовидного микоза.

Ключевые слова: грибовидный микоз, дермоскопия

Lukyanau A.¹ ✉, Shedko V.¹, Bich T.²

¹ N.N. Alexandrov National Cancer Center of Belarus, Minsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Can Dermoscopic Criterion Be Considered as an Additional Option in the Mycosis Fungoides Early Stages Diagnosis?

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: text writing, data collection and processing – Lukyanau A.; data processing – Shedko V., Bich T.

Submitted: 13.03.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: alexlukyanau@gmail.com

Abstract

Mycosis fungoides (MF) is the classic and most common type of primary cutaneous T-cell lymphoma (PTCL), accounting for 50–60% of all reported cases. The disease usually develops in people of the older age group (mean age 55–60 years) and progresses in a sluggish, slowly progressive course [18–20]. Skin manifestations at the initial stage include spots and plaques, in the later stages disseminated manifestations appear in the form of infiltrated plaque elements, tumors, in some cases the entire skin gets affected (erythroderma).

Diagnosis of diseases in the initial stages is very difficult due to clinical and morphological similarities with chronic inflammatory diseases of the skin. Verification of neoplasia requires the doctor to systematically analyze all currently available diagnostic criteria: clinical, morphological, immunohistochemical, and molecular. In this regard, any new criterion/method that expands the possibilities of diagnostic search can hardly be overestimated. Over the past 5–8 years, several publications have appeared that inspire some optimism due to the possible use of the dermoscopic method in the practice of early diagnosis of MF. It should be noted that most of them were case/series reports with evidence levels III–V, with no control group to clarify the diagnostic significance of observed symptoms [9].

The present study was performed as part of a standard retrospective case-control diagnostic observation and was devoted to evaluating the effectiveness of using early-stage dermoscopic primary elements (macules, thin plaque) in patients with early stages of mycosis fungoides (IA–IIA).

The authors assessed the specificity and sensitivity of such dermoscopic signs as short linear vessels, branching vessels, dotted vessels (evenly/unevenly spaced), yellow-brown spots. None of the above signs has a statistical record.

At the moment, the dermoscopic criterion cannot be used as an additional option in the diagnosis of mycosis fungoides in early stages.

Keywords: mycosis fungoides, dermoscopy

■ ВВЕДЕНИЕ

Количество исследований, посвященных возможности использования дермоскопии при грибовидном микозе (ГМ), в последние несколько лет стремительно растет (табл. 1) [1–8].

В одной из первых статей (исследование «случай – контроль»; 32 пациента с классическим вариантом течения ГМ; 2013) сообщалось, что наиболее распространенными дермоскопическими признаками ГМ были тонкие короткие линейные сосуды (30/32; 93,8%) и оранжево-желтоватые пятнистые участки (29/32; 90,6%). Авторами описан характерный подтип линейных сосудов, которые из-за своего строения (специфическая сосудистая структура, состоящая из точечного и короткого изогнутого сосуда) получили название сперматозооподобных, частота регистрации этого признака составила 50% (16/32). Все указанные структуры достоверно чаще встречались при ГМ по сравнению с экзематозными поражениями, которые и составили контрольную группу (n=35). У пациентов с дерматитами визуализировались пунктирные сосуды, белые и желтые чешуйки [3].

Более позднее исследование (поперечное исследование; 7 пациентов с ГМ; 2018) также показало, что преобладающими дермоскопическими структурами у пациентов с ГМ являются бесструктурные участки (7/7), тонкие короткие линейные сосуды (5/7), сперматозооподобные структуры и белые чешуйки (оба признака присутствовали в 4/7 случаев) [10].

В китайской популяции (исследование «случай – контроль»; 31 пациент с классическим вариантом течения ГМ; 2019) вышеописанные дермоскопические признаки ГМ регистрировались несколько чаще: линейные сосуды и оранжево-желтоватые пятна присутствовали в 28/31 случая (90,3%); сперматозооподобные структуры выявлялись у 23/31 (74,2%). Авторы предположили, что сперматозооподобные структуры коррелируют с капиллярами, которые пролиферируют вдоль дермальных сосочков и горизонтально в субпапиллярной дерме, обнаружив в большинстве случаев их правильное расположение при оценке их распределения (21/31; 67,7%) [2].

Исследование также подтвердило полезность дермоскопии для дифференциальной диагностики хронического дерматита и бляшечного псориаза со сходными клиническими проявлениями. По мнению авторов, хронический дерматит в большинстве случаев представлен точечными сосудами (35/36; 97,2%) с пятнистым расположением (24/36; 51,1%) на тускло-красном фоне (24/36; 66,7%), а также с желтыми чешуйками (23/36; 63,9%). При псориазе, напротив, чаще всего проявляются регулярно расположенные точечные сосуды (33/34; 97,1%) на светло-красном фоне (24/44; 70,6%) и белые чешуйки (24/34; 79,6%) [2].

Таблица 1
Дерматоскопические признаки грибовидного микоза [3, 8, 10–17]
Table 1
Dermoscopic signs of fungal mycosis [3, 8, 10-17]

ГМ, классический вариант течения				
Ссылка	Дерматоскопические признаки (количество)	Дизайн исследования	Количество пациентов	Уровень доказательности*
Lallas A et al. Dermoscopy of early stage mycosis fungoides. <i>J Eur Acad Dermatol Venereol.</i> 2013	- тонкие, короткие, линейные сосуды (30/32) - оранжево-желтоватые пятнистые участки (29/32) - точечные сосуды (18/32) - сперматозооподобные структуры (16/32) - белые чешуйки (6/32)	ИСК ¹	32	III
Ghahramani GK, Goetz KE, Liu V. Dermoscopic characterization of cutaneous lymphomas: a pilot survey. <i>Int J Dermatol.</i> 2018	- бесструктурные пятна (7/7) - тонкие короткие линейные сосуды (5/7) - сперматозооподобные структуры (4/7) - белые чешуйки (4/7) - тусклый красный фон (4/7) - точечные сосуды (2/7) - кристаллические структуры (2/7) - оранжево-желтоватые пятнистые участки (1/7) - светло-красный фон (1/7)	ПИ ³	7	III
Xu C, Liu J, Wang T et al. Dermoscopic patterns of early-stage mycosis fungoides in a Chinese population. <i>Clin Exp Dermatol.</i> 2019	- линейные сосуды (28/31) - оранжево-желтоватые пятнистые участки (28/31) - тусклый красный фон (26/31) - сперматозооподобные структуры (23/31) - точечные/гломерулярные сосуды (21/31) - сосуды в виде колец/шпилек (3/31) - белые чешуйки (1/31)	ИСК ¹	31	IV
Ozturk MK, Zindanci I, Zemheri E. Dermoscopy of stage IIA mycosis fungoides. <i>North Clin Istanbul.</i> 2019	- оранжево-желтые пятна (15/17) - тонкие короткие линейные сосуды (14/15) - геометрические белые чешуйки (12/17) - перифолликулярные белые чешуйки (8/17) - пурпурные точки (6/17) - белые чешуйки в виде воротничка (6/17) - белые пятна (6/17) - сперматозооподобные структуры (5/17) - Y-образные древовидные сосуды (5/17) - пунктирные сосуды (5/17) - диффузные пластинчатые белые чешуйки (1/17) - точечные и шаровидные сосуды (1/17)	ИСК ¹	17	IV
Bilgic SA, Cicek D, Demir B. Dermoscopy in differential diagnosis of inflammatory dermatoses and mycosis fungoides. <i>Int J Dermatol.</i> 2020	- светло-красный фон (9/20) - желто-оранжевый фон (7/20) - желтый фон (2/20) - тусклый красный фон (2/20) - точечные и линейные сосуды (13/20) - пунктирные сосуды (7/20) - распределение сосудов: пятнистое (16/20), регулярное (3/20), групповое (1/20) - белые чешуйки (16/20) - желто-белые чешуйки (1/20) - распределение чешуек: очаговое (11/20), диффузное (5/20), периферическое (1/20)	ИСК ¹	20	V

Может ли дермоскопический критерий рассматриваться как дополнительная опция в диагностике ранних стадий грибвидного микоза?

Продолжение таблицы 1

ГМ, пойкилодермический вариант течения				
Xu P, Tan C. Dermoscopy of poikilodermatous mycosis fungoides (MF). <i>J Am Acad Dermatol</i> . 2016	– полигональные структуры из белых ярусных полос с точечными и похожими на шпильки сосудами – септы из коричнево-серых точек, пересекающих полигональные структуры – красные и желтые пятна (эрозии/корки)	KC ²	1	V
Nojima K et al. A case of CD8 ⁺ and CD56 ⁺ cytotoxic variant of poikilodermatous mycosis fungoides: Dermoscopic features of reticular pigmentation and vascular structures. <i>Australas J Dermatol</i> . 2018	– ретикулярные коричневые участки на розовато-белом фоне – точечные и гломерулярные сосуды	KC ²	1	V
ГМ, эритродермический вариант течения				
Errichetti E, Piccirillo A, Stinco G. Dermoscopy as an auxiliary tool in the differentiation of the main types of erythroderma due to dermatological disorders. <i>Int J Dermatol</i> . 2016	– точечные и серпигинозные сосуды (сперматозоидная форма) – беловато-розоватый фон – белые чешуйки	KC ²	1	V
ГМ, фолликулотропный вариант				
Tonicic RJ et al. Early dermoscopic sign of folliculotropism in patients with mycosis fungoides. <i>Dermatol Pract Concept</i> . 2018	– белый ореол вокруг волосяных фолликулов	KC ²	1	V
Ghahramani GK, Goetz KE, Liu V. Dermoscopic characterization of cutaneous lymphomas: a pilot survey. <i>Int J Dermatol</i> . 2018	– перифолликулярная акцентуация (5/5) – белая шкала (5/5) – тусклый красный фон (5/5) – бесструктурные пятна (3/5) – комедоноподобные отверстия (3/5) – тонкие короткие линейные сосуды (2/5) – точечные сосуды (2/5) – кристаллические структуры (2/5) – сперматозооподобные структуры (1/5) – светло-красный фон (1/5) – желтая ульцерация (1/5)	ПИ ³	5	III
Caccavale S et al. Dermoscopic characterization of folliculotropic mycosis fungoides selectively localized on trunk and limbs. <i>Int J Dermatol</i> . 2019	– перифолликулярная эритема – комедоноподобные участки – белые бесструктурные участки, замещающие утраченные волосяные фолликулы – тонкие короткие линейные, гломерулярные и точечные сосуды	KC ²	1	V

Окончание таблицы 1

Geller S, Rishpon A, Myskowski PL. Dermoscopy in folliculotropic mycosis fungoides-A possible mimicker of follicle-based inflammatory and infectious disorders. <i>J Am Acad Dermatol</i> . 2019	– чешуйки (2/3) – сломанные волосы (2/3) – оранжево-розовые перифолликулярные комки (1/3) – перифолликулярные ореолы (1/3) – мелкие сосуды (1/3) – желтоватый фон (1/3) – центральные ороговевшие пробки (1/3)	CC ⁴	3	V
--	--	-----------------	---	---

Примечания:
* для определения уровня доказательности проведенного исследования пользовались шкалой The Oxford 2011 Levels of Evidence [9]:
I – систематический обзор перекрестных исследований с последовательно применяемым эталонным стандартом и ослеплением;
II – индивидуальные перекрестные исследования с последовательно применяемым эталонным стандартом и ослеплением;
III – непоследовательные исследования или исследования без последовательно применяемых эталонных стандартов (систематический обзор, как правило, лучше, чем отдельное исследование);
IV – исследования типа «случай – контроль» или «плохой или зависимый референс-стандарт» (систематический обзор, как правило, лучше, чем отдельное исследование);
V – рассуждение на основе механизма.
¹ ИСК – исследование «случай – контроль» (CCS – case-control study).
² КС – клинический случай (CR – case report).
³ ПИ – поперечное исследование (CS study – cross-sectional study).
⁴ СС – серия случаев (CS – case series).

В сравнительном исследовании (исследование «случай – контроль»; 17 пациентов с классическим вариантом течения ГМ, стадия IIA, без подробной информации о клинической морфологии поражений; группа контроля – 17 пациентов с вульгарным псориазом; 2019) наиболее распространенными дермоскопическими признаками ГМ были оранжево-желтые пятна (15/17; 88,2%), короткие тонкие линейные сосуды (14/17; 82,3%) и геометрические белые чешуйки (12/17; 70,5%), у пациентов с псориазом преобладали точечные сосуды (16/17; 94,1%), диффузные пластинчатые белые чешуйки (15/17; 88,2%) и точечные/глобулярные сосуды (12/17; 70,5%) [11]. В отличие от предыдущих исследований, авторы наблюдали относительно высокую распространенность чешуек у пациентов с ГМ – геометрические белые чешуйки (12/17), перифолликулярные белые чешуйки (8/17), воротничковые белые чешуйки (6/17) и диффузные ламеллярные белые чешуйки (1/17) [11].

Одно из последних исследований (исследование «случай – контроль»; 20 пациентов с классическим вариантом течения ГМ; 50 пациентов с вульгарным псориазом; 30 пациентов с Lichen planus; 30 пациентов с Pityriasis rosea; 30 пациентов с нумулярной экземой; 2020) было призвано подтвердить полезность дермоскопии для дифференциальной диагностики ГМ с некоторыми воспалительными дерматозами неинфекционной природы в широком клиническом контексте. Чаще других дермоскопических признаков у пациентов с ГМ наблюдали присутствие белых чешуек (16/20; 80,0%), точечных и линейных сосудов (13/20; 65,0%) с регулярным или очаговым распределением [8].

Пойкилодермический вариант рассматривается как подтип стадии пятна с более низким риском прогрессирования заболевания и лучшей выживаемостью по сравнению с другими вариантами ГМ. К настоящему времени в доступной литературе есть

только 2 источника с описанием дермоскопически-гистологической корреляции при этой форме ГМ. Таким дермоскопическим признакам, как точечные и гломерулярные сосуды или точечные сосуды и сосуды в виде шпилек на фоне ретикулярных коричневых областей на розовато-белом/белом фоне, могут соответствовать расширенные кровеносные сосуды в папиллярной и ретикулярной дерме, отложение базального пигмента, а также наличие меланофагов в верхних слоях дермы [12, 13].

Эритродермический вариант ГМ клинически характеризуется наличием диффузной эритемы, занимающей более 80% поверхности кожи, при этом диагностические критерии синдрома Сезари должны быть негативными. Этот вариант – один из самых проблемных в диагностике, поскольку симптоматика универсального воспаления кожи при различных заболеваниях (псориаз, дерматиты, красный волосяной лишай, лекарственные реакции и др.) не имеет никаких визуальных отличий. Для постановки диагноза могут потребоваться множественные биопсии кожи и другие диагностические тесты, поскольку гистология кожи также чаще неспецифическая. Дермоскопически при эритродермическом варианте ГМ выявляют наличие точечных и серпигинозных сосудов (сперматозоидной формы) на беловато-розовом фоне, белые чешуйки [14].

Фолликулотропный ГМ представляет собой особый вариант неоплазии, на долю которого приходится около 10% всех случаев. Он имеет клинико-патологические особенности, отличающие его от классического варианта: сгруппированные фолликулярные папулы, акнеформные высыпания и алопеция. Преимущественная локализация – область головы и шеи. При использовании дермоскопических методик на ранних стадиях фолликулотропного варианта ГМ можно обнаружить перифолликулярную акцентуацию, которая выглядит как белый ореол вокруг волосяных фолликулов. Этот признак принято связывать с фолликулотропизмом при расположении процесса во фронтальной зоне лица. Выбор области биопсирования предложено делать под контролем дермоскопии, поскольку перифолликулярная акцентуация коррелирует с наличием атипичных лимфоцитов вокруг волосяных фолликулов [15].

В других публикациях, посвященных особенностям дермоскопии у пациентов с фолликулотропным вариантом ГМ, упоминались следующие структуры: перифолликулярная акцентуация, белые чешуйки, комедоновые отверстия, бесструктурные пятна, кристаллические структуры [10]. Сообщалось также о перифолликулярной эритеме, окружающей комедоподобные поражения, белых бесструктурных областях, замещающих потерянные волосяные фолликулы, и мелких коротких линейных, клубочковых и точечных сосудах у пациентов с преимущественной локализацией кожной неоплазии на туловище и конечностях [16]. Geller S. et al. (2019) на серии случаев показали, что гетерогенные дермоскопические проявления при фолликулотропном варианте ГМ могут с равным успехом наблюдаться и при других лимфопролиферативных заболеваниях, а также воспалительных и инфекционных заболеваниях волосяных фолликулов кожи [17].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение эффективности некоторых дермоскопических признаков в диагностике ранних стадий (IA–IIA) грибовидного микоза.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты с хроническими воспалительными дерматозами, плохо отвечающие / не отвечающие на проводимую терапию и направленные врачами-дерматовенерологами для дообследования и исключения первичных кожных лимфом в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова. При формировании базы данных учитывался окончательный клинический диагноз, выставленный пациенту по итогам обследования в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова.

В табл. 2 приведены критерии включения (исключения) в (из) исследование.

Первичное обследование предполагало сбор анамнестической информации, оценку локального статуса и площади поражения (BSA, CTCL-SI – Cutaneous T-cell Lymphoma Severity Index), проведение тестирования с оценкой качества жизни пациента по валидированным шкалам-опросникам, фотодокументирование патологического процесса (картирование) и дермоскопию патологических очагов [21–23].

Дермоскопические изображения были получены при помощи хэндископа 3Gen DermLite4 (30 mm Ø; 10×), установленного на цифровую камеру Sony Cyber-shot DSC-W810 (6×). Если чешуйки препятствовали визуализации подлежащих сосудистых структур, их аккуратно соскабливали краем лезвия скальпеля и исследовали с применением 70% спирта. Все изображения после захвата переносились в цифровую среду и оценивались постоянной группой исследователей. Дермоскопические признаки в исследовательской и контрольных группах оценивали по следующим критериям:

- короткие линейные сосуды;
- ветвящиеся сосуды;
- точечные сосуды, равномерно/регулярно расположенные;
- точечные сосуды, неравномерно/нерегулярно расположенные;
- желто-коричневые пятна.

В зависимости от преобладания того или иного признака исследователями были выделены следующие дермоскопические паттерны:

- точечный сосудистый;
- линейный сосудистый;
- ветвящийся сосудистый;
- смешанный;
- бесструктурный;
- отсутствие паттерна.

На фото 1, 2 приведены примеры клинико-дермоскопической оценки очагов поражения пациентов ГМ на ранних стадиях.

Таблица 2
Критерии включения (исключения) в (из) исследование
Table 2
Inclusion/exclusion criteria in/out of the study

Критерии включения	Критерии исключения
— пациенты, с клинической симптоматикой грибовидного микоза — пациенты с клинической симптоматикой параспориоза	— отсутствие согласия пациента или его законного представителя на участие в исследовании или невозможность его участия по объективным причинам

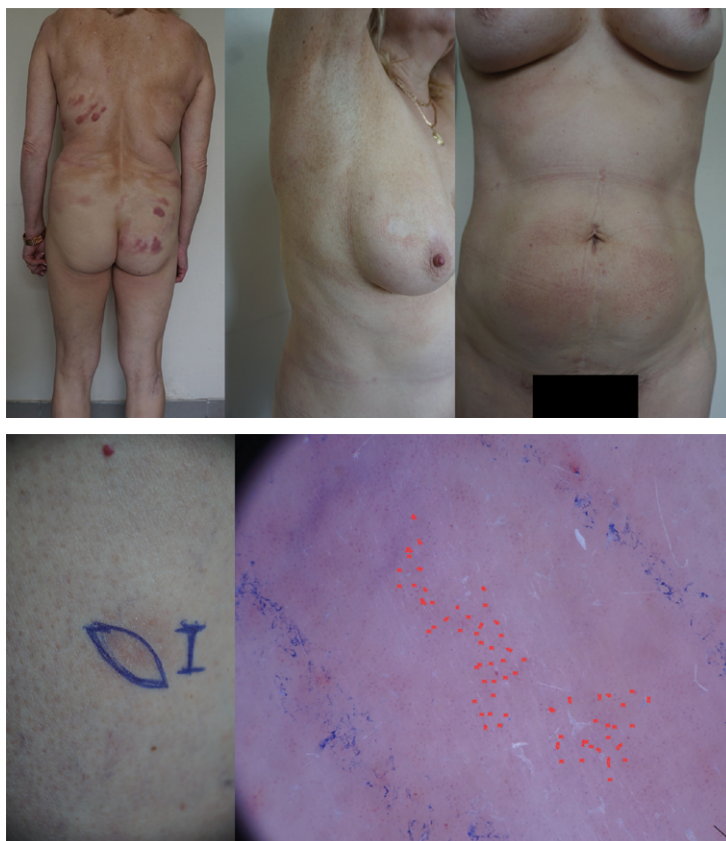


Фото 1. Пациентка К., 55 лет, грибовидный микоз, IB стадия; ведущие клинические проявления: пятно + тонкая бляшка, площадь поражения более 10%; дермоскопическая картина сосудистого точечного равномерного паттерна. Наблюдение профессора Лукьянова А.М., ассистента Малютина В.А.

Foto 1. Patient K., 55 years old, stage IB fungal mycosis; leading clinical manifestations stain+ thin plaque, lesion area over 10%; dermoscopic picture of vascular spot and thin plaque. Smear + thin plaque; dermoscopic picture of a vascular point-like uniform pattern. Observation of Prof. Lukyanau A., assistant Malutin V.

Инцизионная биопсия (участок кожи с подлежащими тканями, выделенный 2 полукруглыми разрезами, размерами до 5–10×25–30 мм) выполнялась следующим этапом в строгом соответствии с отмеченными ранее участками, в которых была проведена дермоскопия (фото 1, 2).

У всех обследованных (кроме 1 случая) были проведены одномоментные инцизионные биопсии не менее чем из 2 сайтов (1 сайт / 2 сайта / 3 сайта / 4 сайта): в группе ППс – 0/12/9/0; в группе ГМрс – 1/11/9/5; в группе ГМпс – 0/9/5/0. У лиц, имевших в локальном статусе более чем 1 морфологический элемент, биопсии проводились с учетом разнородности морфологической характеристики кожных сыпей (пятно + тонкая бляшка, пятно + бляшка и другие вариации). Локализация взятых биоптатов

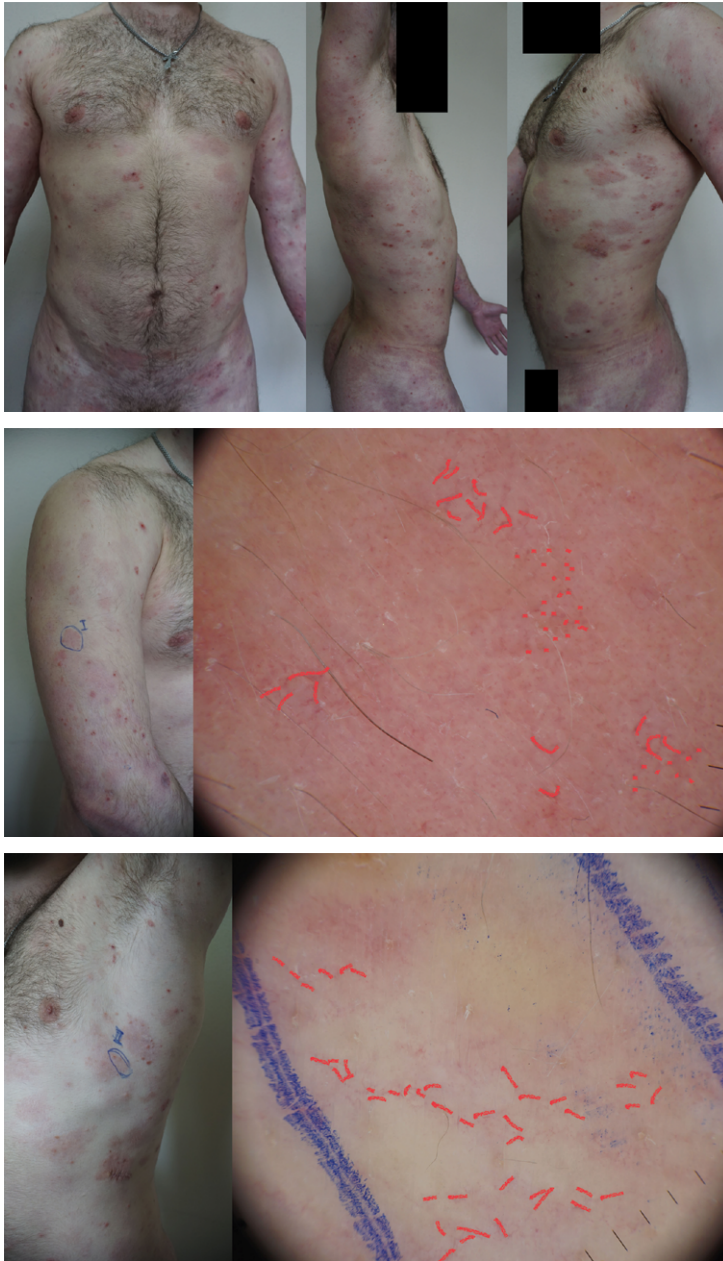


Фото 2. Пациент М., 22 года, грибовидный микоз, IIA стадия; ведущие клинические проявления: тонкая бляшка, площадь поражения более 60%; дерматоскопическая картина сосудистого смешанного паттерна (короткие линейные сосуды + ветвящиеся сосуды + точечные сосуды), желто-коричневого пятна. Наблюдение профессора Лукьянова А.М., ассистента Малутина В.А.
Foto 2. Patient M., 22 years old, Fungal mycosis, stage IIA; leading clinical manifestations Thin plaque, lesion area over 60%; the dermoscopic picture of vascular mixed pattern (short linear vessels + branching vessels + point vessels), yellow-brown stain. Observation by Prof. Lukyanau A., assistant Malyutin V.

кожи (шея / верхние конечности / туловище / нижние конечности) в группах выглядела следующим образом: ППс – 0/4/16/5; ГМрс – 1/12/42/14; в группе ГМпс – 0/6/18/14.

Для изготовления гистологических препаратов биопсийный материал фиксировали в 10% растворе нейтрального забуференного формалина, затем заливали в парафиновый блок с последующей микротомией в виде серийных срезов толщиной 3–4 мкм на предметном стекле и рутинной окраской гематоксилином и эозином. Критерии включения гистологических препаратов: правильная ориентация кусочков ткани, отсутствие артифициальных изменений, достаточное количество материала для изготовления серийных срезов.

Гистологические препараты оценивали по признакам, которые были разделены на 2 группы: эпидермальные и дермальные. Эпидермальные признаки включали в себя: выраженность эпидермотропизма, спонгиоза, паракератоза, наличие или отсутствие микроабсцессов Потрие. Дермальные признаки включали: степень дермального/папиллярного фиброза, интенсивность дермального инфильтрата, полуколичественную оценку атипичных клеток, вовлеченность в процесс придатков кожи.

Для выполнения иммуногистохимического (ИГХ) исследования из нескольких биоптатов, взятых у пациента, отбирался 1, где выраженность гистологических изменений была наибольшей. Затем из парафиновых блоков изготавливали серийные срезы, которые помещали на предметные стекла с адгезивным покрытием. Окраска гистологических препаратов осуществлялась в ручном режиме. Иммуногистохимическое исследование осуществляли с применением антител к CD3, CD4, CD7, CD8, CD20, CD30 и Ki67. Характеристика использованных антител и условия их применения представлены в табл. 3.

Биологическим материалом для проведения молекулярно-генетических исследований послужила опухолевая ткань кожи, фиксированная формалином и заключенная в парафин. Для выделения ДНК использовали диагностический набор QIAamp DNA FFPE Tissue Kit (Qiagen, Германия). Клональность Т-лимфоцитов определяли по реаранжировкам генов Т-клеточного рецептора В (T-cell receptor beta; TCRB) и Т-клеточного рецептора G (T-cell receptor gamma; TCRG). Для амплификации генов TCRB и TCRG применяли коммерческий набор реагентов IdentiClone TCRB + TCRG Gene Clonality Assay – ABI Fluorescence Detection (Invivoscribe Technologies, США).

Таблица 3
Характеристика использованных антител и условия их применения
Table 3
Characteristics of the antibodies used and their conditions

Первичное антитело, происхождение	Производитель	Разведение первичных антител	Система визуализации комплекса антиген – антитело
CD3, mouse monoclonal	BioCare	1:100	Универсальная полимерная система визуализации MACH-3 (BioCare)
CD4, mouse monoclonal	Biogenex	1:50	
CD7, mouse monoclonal	Leica	RTU	
CD8, mouse monoclonal	BioCare	1:100	
CD20, rabbit monoclonal	Ventana	RTU	
CD30, rabbit monoclonal	Ventana	RTU	
Ki67, rabbit monoclonal	Ventana	RTU	

Таблица 4
Половые и возрастные характеристики исследуемой группы (ГМрс) и групп сравнения (ППс и ГМпс)

Table 4

Gender and age characteristics of the study group (MFes) and comparison groups (PSd and MFIs)

Характеристика	Другие дерматозы, n=13	Парапсориаз (ППс), n=20	ГМ, ранние стадии (ГМрс), n=26	ГМ, поздние стадии (ГМпс), n=14
Средний возраст М + Ж	54,4±6,6 (40,0–68,8)	41,7±2,6 (36,2–47,2)	50,0±3,3 (43,2–56,8)	55,2±2,7 (49,–361,0)
М : Ж	5:8	11:9	16:10	6:8

Примечание: возраст пациентов указан на момент появления первых клинических признаков заболевания, а не на момент включения в исследование; данные по характеристике «средний возраст» представлены в виде среднего ± стандартная ошибка среднего (доверительный интервал, $p < 0,05$).

Общее количество пациентов, прошедших первичное обследование, – 107. Проведенная клинико-морфологическая корреляция позволила отобрать данные 73 пациентов для последующего анализа.

Объект исследования – пациенты с ранними стадиями ГМ (ГМрс) «С84.0 Грибовидный микоз» IA–IIA. Группы сравнения сформированы из пациентов с морфологически верифицированными диагнозами «L41.3 Мелкобляшечный парапсориаз» и поздними стадиями ГМ (ГМпс) «С84.0 Грибовидный микоз» IIB–IVB. Половые и возрастные характеристики исследуемой группы пациентов с ГМрс ($n=26$) и групп сравнения – пациентов с ППс ($n=20$) и ГМпс ($n=14$) представлены в табл. 4.

Полученные данные были проанализированы с использованием программного обеспечения Statistical Package for Social Sciences (SPSS) для Windows 22.0. Категориальные данные представлены в виде числа и процента, а числовые данные – в виде среднего значения и стандартного отклонения. Тест χ^2 использовали для сравнения категориальных переменных между группами. U-критерий Манна – Уитни применяли для сравнения числовых данных без нормального распределения между группами. Различия, для которых $p < 0,05$, принимались как статистически значимые.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Достоверных различий по возрастному критерию старта клиники у женщин во всех 3 группах (ГМрс, ППс, ГМпс) не выявлено, на момент начала заболевания большинство из них находилось в 5–6-й декадах жизни. У мужчин клиника стартовала раньше во всех группах по сравнению с женщинами, при этом ППс чаще выявлялся у лиц 4-й декады, тогда как грибовидный микоз манифестировал на 10 лет позже (рис. 1).

До включения в исследование биопсии были выполнены 31 пациенту (42,5%) из 73. В группе ППс биопсия проводилась у 3 респондентов из 20, во всех случаях диагноз лимфомы кожи не был выставлен. В группе ГМрс биопсия была взята в 15 случаях из 26, при этом диагноз был подтвержден в 5 случаях, еще в 2 он был выставлен под вопросом. В группе ГМпс предшествующие биопсии были выполнены 12 пациентам, диагноз был подтвержден у 3 пациентов, у 2 диагноз был выставлен под вопросом.

В группе ГМрс среднее время ожидания морфологической верификации заболевания ($n=26$) составило $5,29 \pm 1,03$ (min/max=1/22) года. Постановка диагноза ($n=14$) в группе ГМпс занимала $3,19 \pm 0,92$ (min/max=1/11) года (рис. 2).

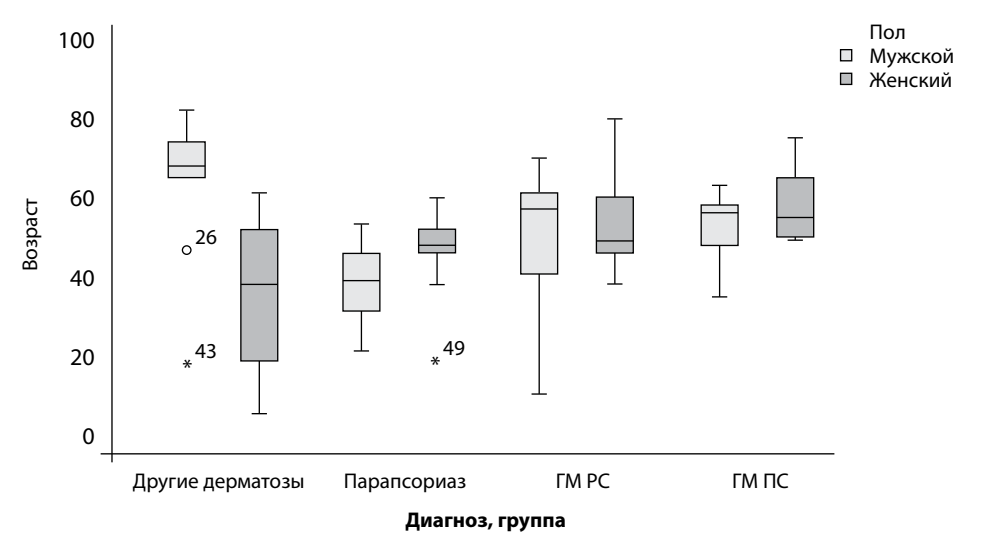


Рис. 1. Возраст пациентов в группах при появлении первых клинических признаков заболевания
Fig. 1. Age of patients in the groups at the appearance of the first clinical signs of the disease

Ведущий клинический признак у пациентов с ППс – воспалительные пятна, которые более чем у половины сопровождались зудом. Симптоматика у пациентов на ранних стадиях ГМ была более разнообразной, и, несмотря на то, что в 100% случаев мы фиксировали пятнистые высыпания, в 50% локальный статус имел полиморфный характер с постепенной трансформацией пятна в тонкую и далее в толстую бляшку. Очень часто первичные морфологические признаки дополнялись

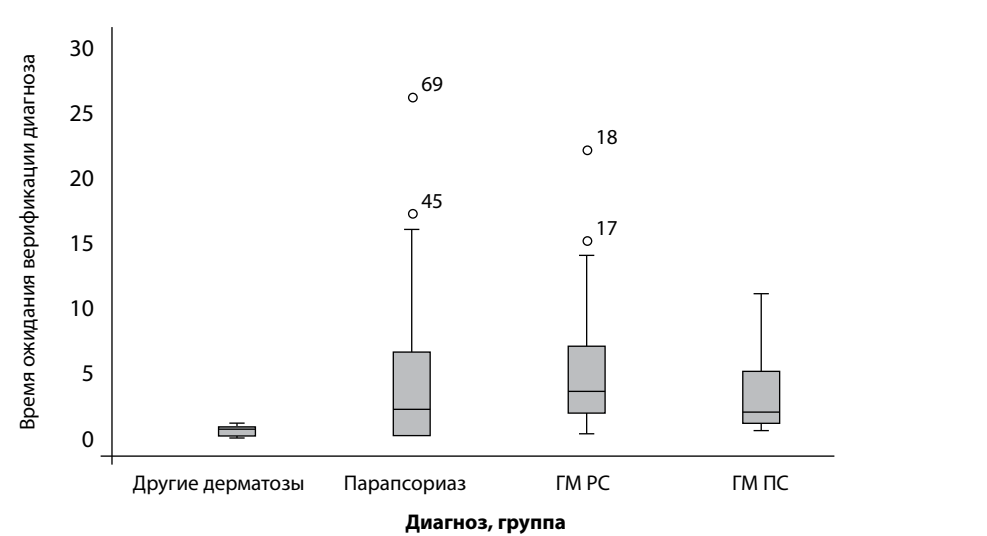


Рис. 2. Среднее время ожидания морфологической верификации диагноза «Грибовидный микоз» (ГМРС, ГМПс)
Fig. 2. Average waiting time of morphological verification of the diagnosis of fungal mycosis (MFes, MFIs)

Таблица 5
Ведущие клинические признаки в исследуемых группах
Table 5
Leading clinical signs in the study groups

Клинический признак	ППс, n=20, % (абс.)	ГМрс, n=26, % (абс.)	ГМпс, n=14, % (абс.)
Эритродермия	0 (0)	0 (0)	7,1 (1)
Шелушение	0 (0)	53,8 (14)	57,1 (8)
Пятна	100 (20)	73,1 (19)	0 (0)
Бляшки	0 (0)	26,9 (7)	71,4 (10)
Узлы	0 (0)	0 (0)	28,6 (4)
Язвы	0 (0)	0 (0)	28,6 (4)
Зуд	55,0 (11)	96,2 (25)	100 (14)

вторичными – более чем у 50% пациентов ГМрс на поверхности патологических элементов визуализировалось шелушение. Практически все пациенты (96,2%) предъявляли жалобы на зуд кожи разного суточного ритма и интенсивности в пораженных местах (табл. 3).

Как видно из табл. 6, достоверно большая распространенность патологических очагов у пациентов с ГМ (и ранние, и поздние стадии) по сравнению с группой ППс сопровождала процессу трансформации пятно → тонкая бляшка → толстая бляшка → опухолевый узел. Показатели площади патологически измененной кожи (BSA) у пациентов группы ППс колебались в значительных пределах (min/max=1/100), при этом не превышая в общей массе 39,5%. Значения BSA в группах ГМрс и ГМпс были более однородными и в среднем составляли 28,5 и 70,6% соответственно.

У мужчин распространенность патологического процесса при ГМ была всегда выше по сравнению с женщинами; при ППс эта зависимость была обратной (рис. 3).

Тенденции в колебаниях индекса CTCL-SI в рассматриваемых выборках имели схожий с BSA характер, при этом его значения в группе ГМрс возрастали в 1,5 раза, а в группе ГМпс – в 3 раза по сравнению с ППс. Гендерные различия индекса особенно хорошо выделялись у пациентов с поздними формами ГМ, где его показатели были более высокими, ухудшая перспективные прогнозы для пациентов (рис. 4).

Дермоскопические признаки в патологических очагах фотофиксировали в строгом соответствии с маркировками мест, откуда впоследствии были взяты инцизионные биопсии. Таким образом, у 40 пациентов с ГМ оценивали 107 мест визуализаций, в группе контроля (ППс + другие дерматозы) у 33 пациентов – 76 мест визуализаций.

Специфических признаков дермоскопической визуализации при ГМ не было выявлено, все возможные описанные ранее паттерны (точечный, линейный, ветвящийся и смешанный сосудистые, бесструктурный) встречались у пациентов с клиникой дерматозов – имитаторов грибовидного микоза (рис. 5).

Вместе с тем следует отметить, что точечный сосудистый рисунок – наиболее характерный для ранних стадий ГМ (стадия пятна / тонкой бляшки); для сравнения: у пациентов с ППс ведущий сосудистый паттерн смешанный. Почти в 4% случаев паттерн у пациентов с ГМрс вообще не читался (отсутствие паттерна) (рис. 6).

Таким образом, исследователь, выполняющий дермоскопию очага у пациента с предполагаемым диагнозом ранних стадий ГМ, обязан рассматривать в порядке убывания следующие наиболее часто встречающиеся паттерны: точечный сосудистый

Таблица 6
Стадирование пациентов с ГМ и ведущий тип морфологических элементов на коже
Table 6
Staging of patients with GM and leading type of morphological elements on the skin

Стадия	Другие дерматозы ¹ (n=13)	ППс (n=20)	ГМрпс (n=26)	ГМпс (n=14)
нет опухоли	13	20		
IA			7	
IB			11	
IIA			8	
IIB				3
III				8
IVA				3
IVB				–
BSA ²	39,5±8,8 (20,4–58,5)	12,2±5,1 (1,6–22,8)	28,5±4,3 (19,6–37,4)	70,6±7,8 (54,0–87,3)
СТС-SI ³	10,1±1,2 (7,43–12,7)	5,25±1,4 (2,3–8,2)	8,4±0,9 (6,6–10,2)	18,5±1,9 (14,4–22,6)
Ведущий тип эффлоресценции ⁴				
пятно	1,5±0,1 (1,2–1,7)	1,1±0,1 (1,0–1,3)	1,4±0,1 (1,3–1,6)	2,1±0,2 (1,2–1,7)
тонкая бляшка	5		19	
толстая бляшка	3	20	7	1
узел	2			9
				4

Примечания:
¹ В группу «Другие дерматозы» вошли лица с правильными диагнозами «Грибовидный микоз?», «Парапсориаз?», у которых по результатам клинико-морфологического обследования были установлены следующие диагнозы: контактный дерматит (3), васкулит, ограниченный кожей (1), эксфолиативный дерматит (3), псевдолимфома кожи (2), подострая красная волчанка (1), паранеопластическая кожная реакция (1), буллезный пемфигоид (1), атопический дерматит (1).
² BSA – значения представлены в виде: среднее ± стандартная ошибка среднего (доверительный интервал, p<0,05).
³ СТС-SI – значения индекса представлены в виде: среднее ± стандартная ошибка среднего (доверительный интервал, p<0,05).
⁴ Ведущий тип эфлоресценций оценивали как: 1 – пятно, 2 – тонкая бляшка, 3 – толстая бляшка, 4 – узел; значения представлены в виде среднего ± стандартная ошибка среднего (доверительный интервал, p<0,05).

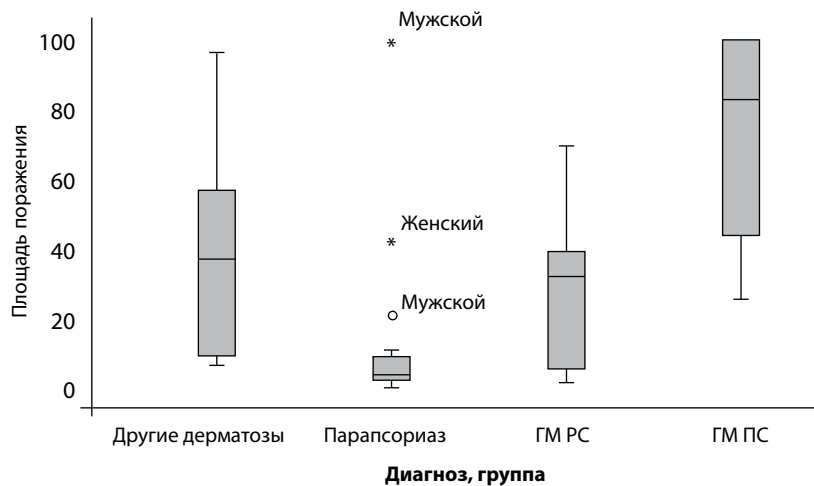


Рис. 3. Площадь вовлеченной в патологический процесс кожи в группах по BSA
Fig. 3. Area of skin involved in the pathological process in the BSA groups

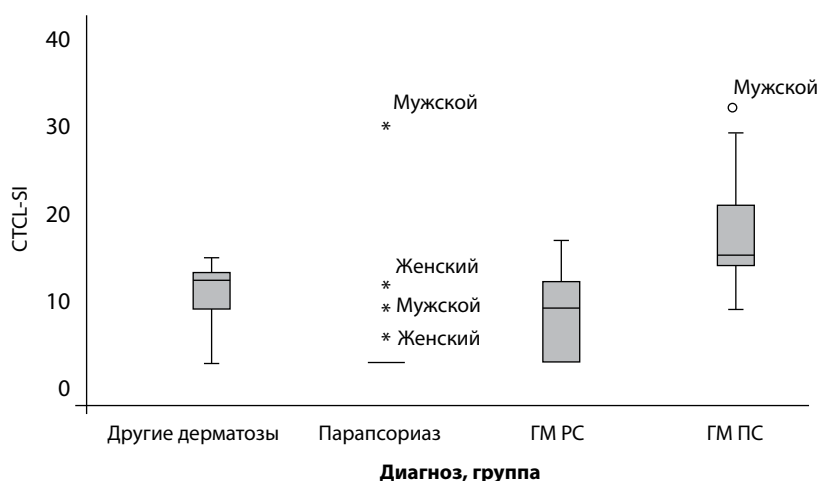


Рис. 4. Индекс CTCL-SI в группах с учетом пола обследованных
Fig. 4. CTCL-SI index in groups according to the gender of the examined patients

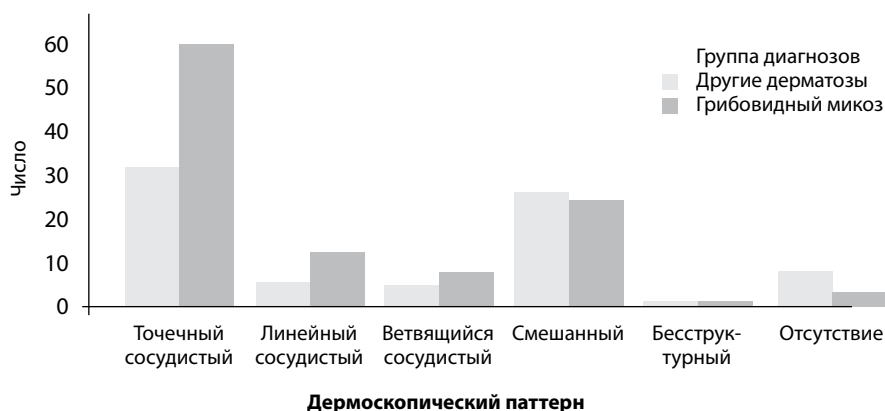


Рис. 5. Дерматоскопические паттерны в группах ГМ и дерматозов-симуляторов
Fig. 5. Dermoscopic patterns in the MF and dermatosis-simulant groups

(48%), смешанный (27%), линейный сосудистый (13%), ветвящийся сосудистый (7%), отсутствие паттерна (4%), бесструктурный паттерн (1%).

Такой дерматоскопический признак, как желто-коричневые пятна, также можно причислить к наиболее вероятным находкам (60% и выше) при обследовании пятен/бляшек при ГМрс, однако подобные изменения с высокой долей вероятности (до 40%) можно наблюдать в ближайшей группе сравнения – у пациентов с ППс (рис. 7).

Специфичность и чувствительность ведущих для ГМрс паттернов (сосудистый равномерный точечный, сосудистый неравномерный точечный, сосудистый ветвящийся, короткие линейные сосуды, желто-коричневые пятна) были недостаточными.

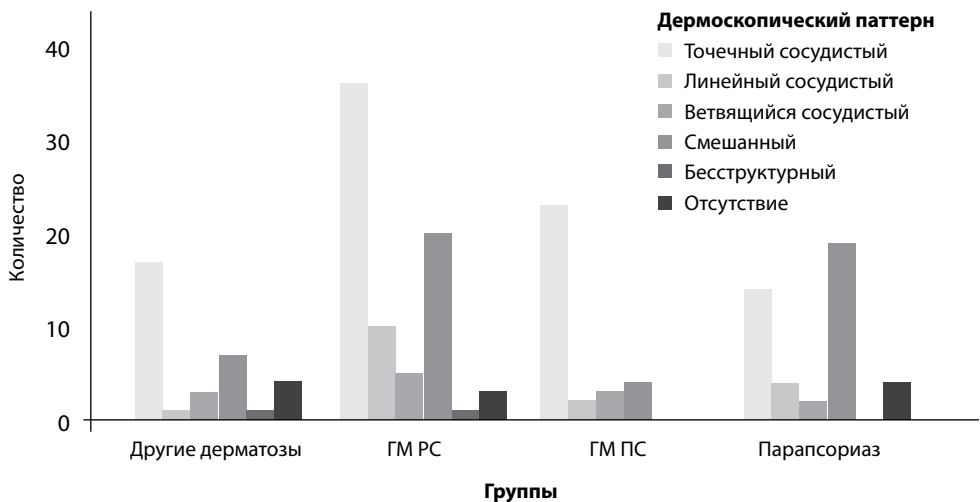


Рис. 6. Дермоскопические паттерны пациентов ГМРС и групп сравнения
Fig. 6. Dermoscopic patterns of MFes patients and comparison groups

Наибольшее отклонение от референтных значений при анализе ROC-кривых наблюдали у сосудистого равномерного паттерна, однако при дальнейшем анализе выяснилось, что специфичность у него также невысокая из-за «статистического шума» (рис. 8).

Роль дермоскопии в диагностике кожных лимфом ранних стадий как метода, несомненно, подлежит дальнейшей критической оценке, нуждается в наборе фактического материала, особенно при тех вариантах ГМ, визуальная картина которых описана в литературе в одном или единичных случаях. Прицельная биопсия с разметкой биоптата позволит проводить оценку специфичности и чувствительности каждого

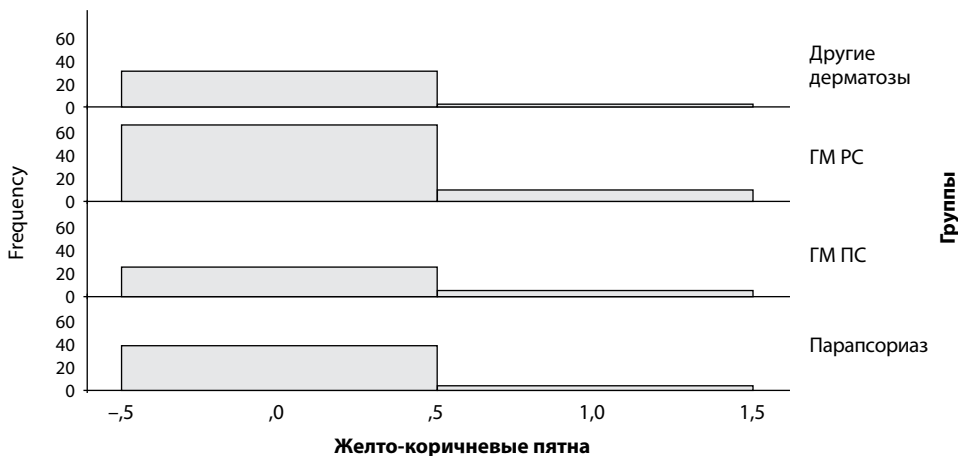


Рис. 7. Частота выявления признака «желто-коричневые пятна» в группах сравнения
Fig. 7. Frequency of detection of the «yellow-brown spots» sign in the comparison groups

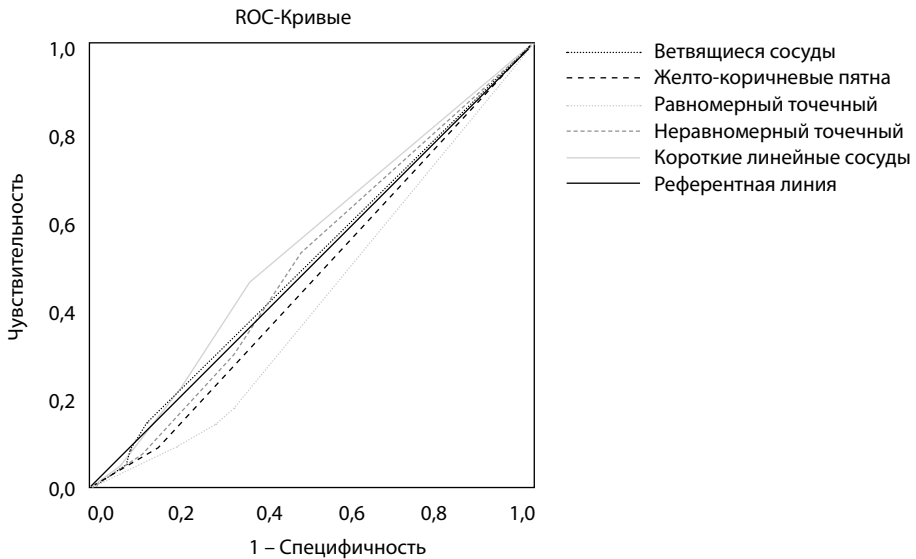


Рис. 8. Чувствительность и специфичность основных дерматоскопических паттернов ГМрс
Fig. 8. Sensitivity and specificity of the main dermoscopic patterns of MFrc

из дерматоскопических признаков (сосудистый паттерн, цвет фона патологического образования) ранних стадий ГМ при условии обязательности унификации/стандартизации методических подходов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностическая ценность дерматоскопии при грибовидном микозе – вопрос неоднозначный. В доступной литературе количество исследований, посвященных этой проблеме, не превышает 10. Большинство из них не могут претендовать на какую-либо доказательную объективность из-за малого количества наблюдений в выборках и отсутствия релевантных контрольных групп, между тем это имеет критическую значимость для уточнения диагностической ценности наблюдаемых признаков. Проблема малого количества выборок может быть решена только за счет мультицентровых исследований.

Уже сейчас понятно, что дерматоскопия не может заменить необходимость гистологического исследования и проведения тщательной клинко-морфологической корреляции в диагностическом алгоритме ранних стадий грибовидного микоза. Вместе с тем метод может быть весьма полезным вспомогательным инструментом для проведения дифференциальной диагностики грибовидного микоза с хроническими воспалительными дерматозами на начальных этапах, а также правильного выбора мест биопсирования.

Основной дерматоскопический паттерн, который необходимо оценивать при подозрении на ГМ – сосудистый (линейные нерегулярные сосуды, сперматозооподобные сосуды); очень важна оценка окружающего фона, на котором он располагается (оранжево-желтые пятнистые области, чешуйки), комедоноподобных признаков, дерматоскопических признаков атрофии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakyriou E, Karatolias A, Lefaki I, Sotiriou E, Ioannides D, Argenziano G, Zalaudek I. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol*. 2012 Jun;166(6):1198–205. doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.10868.x.
2. Xu C, Liu J, Wang T, Luo Y, Liu Y. Dermoscopic patterns of early-stage mycosis fungoides in a Chinese population. *Clin Exp Dermatol*. 2019 Mar;44(2):169–175. doi: 10.1111/ced.13680.
3. Lallas A, Apalla Z, Lefaki I, Tzellos T, Karatolias A, Sotiriou E, Lazaridou E, Ioannides D, Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy of early stage mycosis fungoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 May;27(5):617–21. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04499.x.
4. Navarini AA, Feldmeyer L, Töndury B, Fritsche P, Kamarashev J, French LE, Braun RP. The yellow clod sign. *Arch Dermatol*. 2011 Nov;147(11):1350. doi: 10.1001/archdermatol.2011.297.
5. Bosseila M, Sayed K, El-Din Sayed SS, Abd El Monaem NA. Evaluation of Angiogenesis in Early Mycosis Fungoides Patients: Dermoscopic and Immunohistochemical Study. *Dermatology*. 2015;231(1):82–6. doi: 10.1159/000382124.
6. Suh KS, Park JB, Yang MH, Choi SY, Hwangbo H, Jang MS. Diagnostic usefulness of dermoscopy in differentiating lichen aureus from nummular eczema. *J Dermatol*. 2017 May;44(5):533–537. doi: 10.1111/1346-8138.13701.
7. Vázquez-López F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol*. 2004 Feb;150(2):226–31. doi: 10.1111/j.1365-2133.2004.05753.x.
8. Bilgic SA, Cicek D, Demir B. Dermoscopy in differential diagnosis of inflammatory dermatoses and mycosis fungoides. *Int J Dermatol*. 2020 Jul;59(7):843–850. doi: 10.1111/ijd.14925.
9. Available at: <https://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-Introduction-2.1.pdf/> (accessed 08.07.2022).
10. Ghahramani GK, Goetz KE, Liu V. Dermoscopic characterization of cutaneous lymphomas: a pilot survey. *Int J Dermatol*. 2018 Mar;57(3):339–343. doi: 10.1111/ijd.13860.
11. Öztürk MK, Zindancı I, Zemheri E. Dermoscopy of stage IIA mycosis fungoides. *North Clin Istanbul*. 2019 Oct 8;7(2):174–179. doi: 10.14744/nci.2019.02439.
12. Xu P, Tan C. Dermoscopy of poikilodermatous mycosis fungoides (MF). *J Am Acad Dermatol*. 2016 Mar;74(3):e45–7. doi: 10.1016/j.jaad.2015.10.031.
13. Nojima K, Namiki T, Miura K, Tanaka M, Yokozeki H. A case of CD8⁺ and CD56⁺ cytotoxic variant of poikilodermatous mycosis fungoides: Dermoscopic features of reticular pigmentation and vascular structures. *Australas J Dermatol*. 2018 Aug;59(3):e236–e238. doi: 10.1111/ajd.12809.
14. Errichetti E, Piccirillo A, Stinco G. Dermoscopy as an auxiliary tool in the differentiation of the main types of erythroderma due to dermatological disorders. *Int J Dermatol*. 2016 Dec;55(12):e616–e618. doi: 10.1111/ijd.13322.
15. Tonic RJ, Drvar DL, Bradamante M, Rados J, Jerkovic-Gulin S, Caccavale S, Argenziano G. Early dermoscopic sign of folliculotropism in patients with mycosis fungoides. *Dermatol Pract Concept*. 2018 Oct 31;8(4):328–329. doi: 10.5826/dpc.0804a17.
16. Caccavale S, Vitiello P, Franco R, Panarese I, Ronchi A, Sica A, Jurakic Tonic R, Alfano R, Argenziano G. Dermoscopic characterization of folliculotropic mycosis fungoides selectively localized on trunk and limbs. *Int J Dermatol*. 2019 Oct;58(10):e187–e189. doi: 10.1111/ijd.14490.
17. Geller S, Rishpon A, Myskowski PL. Dermoscopy in folliculotropic mycosis fungoides-A possible mimicker of follicle-based inflammatory and infectious disorders. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Sep;81(3):e75–e76. doi: 10.1016/j.jaad.2019.04.063.
18. Criscione VD, Weinstock MA. Incidence of cutaneous T-cell lymphoma in the United States, 1973–2002. *Arch Dermatol*. 2007 Jul;143(7):854–9. doi: 10.1001/archderm.143.7.854.
19. Lukyanau A, Maliutvin V, Shimanets S. Mycosis Fungoides: Assessment of the quality of life, anxiety, depression and pruritus severity. *Dermatovenereology Cosmetology*. 2022; 8(1):51–62.
20. Lukyanau A, Maliutvin V, Kisilev P, Shedko V. Mycosis Fungoides: Clinicopathologic correlations and early verification. *Dermatovenereology Cosmetology*. 2021;7(4):278–307.
21. Evans KG, Troxel AB, DeNardo BJ, Introcaso CE, Rook AH, Kim EJ. Validity assessment of the cutaneous T-cell lymphoma severity index to predict prognosis in advanced mycosis fungoides/Sézary syndrome. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2011;64(4):682–689.
22. Klemke CD, Mansmann U, Poenitz N, Dippel E, Goerd S. Prognostic factors and prediction of prognosis by the CTCL Severity Index in mycosis fungoides and Sézary syndrome. *British Journal of Dermatology*. 2005;153(1):118–124.
23. Scarisbrick JJ, Morris S. How big is your hand and should you use it to score skin in cutaneous T-cell lymphoma? *British Journal of Dermatology*. 2013;169(2):260–265.



Сятковский В.А.¹, Азарова Л.А.¹, Белугина И.Н.² ✉, Яговдик Н.З.², Белугина О.С.²,
Марискевич В.А.²

¹ Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Психодинамические аспекты в исследовании структуры личности пациентов с псориатической болезнью

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования – Сятковский В.А., Яговдик Н.З., Белугина И.Н.; сбор материала – Белугина И.Н., Марискевич В.А., Белугина О.С.; статистическая обработка данных – Азарова Л.А., Сятковский В.А.; написание текста – Сятковский В.А., Азарова Л.А.; редактирование, окончательное одобрение варианта статьи для опубликования – Сятковский В.А., Белугина И.Н., Белугина О.С.

Подана: 16.02.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: irina.belugina@mail.ru

Резюме

Введение. Доказательство роли нервной системы в этиопатогенезе псориаза (нервная теория) позволило многим авторам относить псориаз к заболеваниям психосоматического характера. Вследствие этого не ослабевают интерес исследователей к изучению психологических особенностей личности и психоэмоционального статуса пациентов с псориазом, что отражается в росте числа публикаций психодиагностического характера и, наконец, в попытках определить эффективность применения психофармакотерапии и различных психотерапевтических подходов в комплексе лечебных мероприятий у пациентов с псориазом.

Цель. Сравнительное изучение возможности применения комплекса психодиагностических методик для выявления наличия проблем психодинамического характера в структуре личности пациентов с псориатической болезнью.

Материалы и методы. Было обследовано 29 пациентов с псориазом в возрасте от 30 до 62 лет (средний возраст составил 48,9 года), в т. ч. 13 женщин и 16 мужчин. Обследовано также 26 условно здоровых лиц того же возраста (средний возраст составил 49,3 года), не страдающих хроническими заболеваниями, – 14 женщин и 12 мужчин. Для проведения исследования применялись следующие психодиагностические методики: 1) Тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантелеева; 2) Интегративный тест тревожности (ИТТ) для структурной диагностики ситуативной (СТ-С) тревоги и личностной (СТ-Л) тревожности; 3) общая самооценка (СО) как важный компонент самосознания личности.

Результаты проведенных исследований обработаны статистически: U-критерий Манна – Уитни, коэффициент корреляции Пирсона, с расчетом достоверности различий между группами сравнения по данным показателям ($p < 0,05$).

Заключение. В соответствии с поставленной в работе целью представилось возможным сформулировать следующие положения: 1. Диагностика системы параметров самоотношения как важного конструкта самосознания человека значима для анализа

структуры личности пациентов с псориазом в психодинамическом плане. 2. Параметры тревоги/тревожности и самооценки имеют многочисленные корреляционные связи между собой и системой параметров самоотношения, что также значимо для анализа структуры личности пациентов. 3. Применение методов психодиагностики, не отражающих общее значение того или иного определяемого показателя, а позволяющих характеризовать компоненты, его составляющие (в нашем случае 12 шкал для параметра тревоги/тревожности и 12 шкал теста самоотношения), создает предпосылки для углубления анализа структуры личности конкретного пациента. 4. Затронутость глубинных конструктов личности у пациентов с псориазом в определенной мере свидетельствует о потенциальной обоснованности и возможности оптимизации психотерапевтической помощи пациентам с псориазом на базе техник психодинамического подхода в комплексе проводимых лечебных мероприятий.

Ключевые слова: псориаз, психодинамический подход, психодиагностика, самоотношение, личностная тревога, ситуационная тревожность, самооценка

Siatkovski V.¹, Azarova L.¹, Belugina I.² ✉, [Yagovdik N.²](#), Belugina O.², Mariskevich V.²

¹ Belarusian State University, Minsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Psychodynamic Aspects of Personality Structure Study of Patients with Psoriasis

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of the study – Siatkovski V., Yagovdik N., Belugina I.; collection of material – Belugina I., Mariskevich V., Belugina O.; statistical data processing – Azarova L., Siatkovski V.; writing the text – Siatkovski V., Azarova L.; editing, final approval of the version of the article for publication – Siatkovski V., Belugina I., Belugina O.

Submitted: 16.02.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: irina.belugina@mail.ru

Abstract

Introduction. The proof that nervous system involved in the etiopathogenesis of psoriasis has allowed many authors to refer psoriasis to psychosomatic diseases.

There is a growing number of publications about psychodiagnostics, psychological characteristics of personality and psychoemotional state of patients with psoriasis. Also, there is an increasing number of attempts to determine the efficacy of psychopharmacotherapy and various psychotherapeutic approaches in management patients with psoriasis.

The purpose. To study possibility of psychodiagnostic instruments use in order to detect psychodynamic problems in the patients with psoriasis.

Materials and methods. 29 patients with psoriasis (female=13 and male=16) and 26 healthy controls (female=14 and male=12) were enrolled in the study. The average age of patients with psoriasis = 48.9 years, healthy controls = 49.3 years.

1. Self-attitude was assessed by V.V. Stolin and S.R. Pantileev's test. 2. Situational and personality anxiety were assessed by Integrative anxiety test. 3. Self-awareness of the individual was assessed by General self-esteem test.

Statistical analyses: Mann – Whitney U-test and correlation matrix. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Conclusions. 1. Self-attitude (an important part of individuals self-consciousness) is significant for the personality structure analyses of patients with psoriasis in psychodynamic terms. 2. Anxiety and self-esteem parameters have numerous correlations between each other and the self-attitude parameters, which is also significant for the analysis of the personality structure in patients with psoriasis. 3. Psychodiagnostic methods allow to analyze more deeply personality structure of each patient. 4. The involvement of deep personality constructs in patients with psoriasis indicates the potential validity and possibility of psychotherapeutic care improvement for patients with this pathology.

Keywords: psoriasis, psychodynamic approach, psychodiagnostics, self-attitude, personal anxiety, situational anxiety, self-esteem

■ ВВЕДЕНИЕ

Доказательства роли нервной системы в этиопатогенезе псориаза (нервная теория) – симметричность поражения кожи по ходу нервных стволов, важная роль стрессовой реакции, острого или длительного психоэмоционального напряжения – позволили многим авторам относить псориаз к заболеваниям психосоматического характера [1–4].

Следствие этого не ослабевает интерес исследователей к изучению психологических особенностей личности и психоэмоционального статуса пациентов с псориазом и, соответственно, росту числа публикаций психодиагностического характера [3, 5, 6] и попыток ряда исследователей не ограничиться общими рекомендациями, а определить эффективность применения психофармакотерапии и различных психотерапевтических подходов в комплексе лечебных мероприятий у пациентов с псориазом [7–9].

Результаты исследований в этом направлении на сегодняшний день не столь многочисленны и в целом не позволяют говорить о зримых результатах применения психотерапии в лечении заболевания, но и не отрицают целесообразность применения психотерапии в комплексе лечебных мероприятий [7, 10, 11].

При этом важно отметить, что развитие психологии, психотерапии и психиатрии в России и странах СНГ в XX и начале XXI века характеризовалось рядом существенных особенностей, обусловленных как объективными тенденциями развития научной мысли, так и известными субъективными факторами мировоззренческого характера, последствия которых не преодолены до настоящего времени [12–14].

Также необходимо констатировать, что в Российской Федерации за последние 30 лет предпринят ряд знаковых шагов по изменению сложившейся ситуации. Так, в самом начале 1990 года воссоздана Российская психоаналитическая ассоциация, которая основала первый в истории России психоаналитический журнал – «Российский психоаналитический вестник» и получила официальный статус под эгидой международной психоаналитической ассоциации [12].

В 1991 году в Санкт-Петербурге основан Восточно-европейский институт психоанализа ВЕИП, а 28.03.1997 открыт Московский институт психоанализа, в которых осуществляют подготовку специалистов из РФ и стран СНГ.

С 2006 года выходит одобренный ВАК журнал «Психосоматические расстройства в общей медицине». В 2012 г. в Москве в структуре ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова организован Научно-образовательный клинический центр «Психосоматическая медицина» [15].

Опыт многолетних исследований сотрудников кафедр психиатрии и психосоматики, кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств научного центра психического здоровья позволил сформулировать клиническую концепцию генеза психической патологии в дерматологической практике (А.Б. Смуглевич, Д.В. Романова, А.Н. Львова и др.), в структуре которой важное место уделено психоаналитическим концепциям (Battegay R., 1992; Weisi S.L., 2001; Bisi R., 1956; Kahn L.R., 1869 и др.) [16].

В Республике Беларусь в 1998–2001 годах коллективом сотрудников кафедры кожных и венерических болезней (Н.З. Яговдик, И.Н. Белугина), группы психосоматической патологии ЦНИЛ (В.А. Сятковский, Л.А. Азарова), кафедры психиатрии и медицинской психологии (Ф.М. Гайдук) Белорусского государственного медицинского университета на базе клиники и психотерапевтического кабинета кожно-венерологического диспансера г. Минска проводилось комплексное изучение влияния психологических и патохарактерологических особенностей личности на течение псориаза и нейроаллергодерматозов. К сожалению, исследование не получило дальнейшего организационного развития, заложив, однако, основу для многолетних систематических исследований социально-психологических аспектов псориазической болезни [17–19], ранее уже начатых в республике [20].

Диапазон подходов к этиопатогенезу псориаза – от ортодоксально соматических до психоаналитических [3, 8, 21, 22]. Отличаются взвешенным конструктивизмом подходы, основанные на механизмах образования вариантов «порочного круга» или «порочной спирали» [9, 23, 36]. В частности, Ю.Н. Кошевенко акцентирует внимание на образовании в организме пациента «патологического порочного круга» из имеющихся в организме патогенетических изменений (психоэмоциональных, вегетативных, иммунных, эндокринных и др.), которые, будучи тесно связанными между собой и стимулируя друг друга, способствуют возникновению весьма стойкого патологического процесса в коже [9].

За рубежом в течение многих лет существуют и совершенствуются методы групповых психотерапевтических школ по разным заболеваниям, в том числе по атопическому дерматиту, псориазу и др., основанных на использовании психоанализа [8]. В данном ряду стоит и опыт работы «Школы здоровья», организованной в Санкт-Петербурге [23].

Анализ работ отечественных исследователей за период после 1951 года (14) позволил констатировать, что количество работ, выполненных в ключе классического психоаналитического и ряда последующих подходов психодинамического характера, продолжает оставаться незначительным. Этот факт имеет вполне объективные причины как исторического характера – превалирование в отечественной науке физиологического подхода к изучению параметров личности человека, так и научно-организационного, обусловленного трудностями в подготовке необходимого числа квалифицированных специалистов-психоаналитиков [12].

В этой связи обоснованы усилия для развития и большей сбалансированности подходов к изучению эффективности психотерапии в комплексе лечебных

мероприятий при псориазической болезни, в частности углубления психодиагностического процесса в ключе психодинамического подхода.

Ряд известных методов психодиагностического тестирования (психодиагностики), тем более при их комплексном применении, позволяет включить в психодиагностический процесс определенную степень психодинамического подхода.

В этом плане представляется возможным говорить об исследовании самоотношения, самооценки, которые являются важными компонентами самосознания личности, а также тревожности как фундаментальной составляющей личностной типологии и многих других параметров.

Самоотношение личности к самой себе, собственному «Я» по определению Н.И. Сарджвеладзе – это «отношение субъекта потребности к ситуации ее удовлетворения, которое направлено на самого себя» [24].

Психологически система самоотношения не аддитивна, а построена по принципу динамической иерархии, который заключается в том, что та или иная особенная модальность эмоционального отношения может выступить в качестве ядерной структуры системы, занимая ведущее место в иерархии других аспектов самоотношения и фактически определяя содержание и выраженность обобщенного устойчивого самоотношения [25, 37].

Тревога как эмоциональное состояние и тревожность как фундаментальная составляющая личностной типологии анализируются и учитываются во многих сферах деятельности и состояниях условно патологического типа, к которым относятся нарушения психической адаптации, клиническая диагностика которых вызывает существенные трудности, особенно у врачей общего профиля, имеющих дело с психосоматическими и соматопсихическими расстройствами [26].

Самооценка – субъективная оценка индивидом самого себя, собственных действий, качеств, чувств и достоинств – важный компонент самосознания. Человек как личность – самооценивающее существо. В качестве основного критерия оценивания выступает система ценностей индивида. Адекватное или неадекватное отношение к себе ведет либо к гармоничности «духа», обеспечивающей разумную уверенность в себе, либо к постоянному конфликту, в итоге доводящему человека до невротического состояния [27, 28].

Параметры самосознания, самоотношения, самооценки и тревожности в значимой степени сопряжены в структуре личности, во многом определяя протекающие в центральной нервной системе процессы психодинамического характера. «Любой клиницист может быть заинтересован в лучшем понимании и применении психодинамической психотерапии, использовании ее в качестве дополнения к своему терапевтическому инструментарию» [12].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительное изучение возможности применения комплекса психодиагностических методик для выявления наличия проблем психодинамического характера в структуре личности пациентов с псориазической болезнью.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 29 пациентов с псориазом в возрасте от 30 до 62 лет (средний возраст составил 48,9 года, женщин – 13, мужчин – 16), которые находились

на лечении в УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии». В основном это были жители города – 27 пациентов.

Критериями включения являлись: пациенты обоих полов с верифицированным диагнозом L40.0 – псориаз обыкновенный, распространенная форма вульгарного псориаза, психическая состоятельность пациента и его согласие на проведение исследования.

Критериями исключения являлись: психическая несостоятельность пациента, беременность, пациенты с тяжелыми соматическими расстройствами в стадии декомпенсации, нарушение режима лечения.

Отягощенность наследственного анамнеза по псориазу выявлена у 18 (59%) пациентов. Стационарная стадия псориаза диагностирована у 11 пациентов, прогрессирующая – у 15. Недифференцированная форма псориаза установлена у 10, зимняя – у 9, летняя – у 3 человек.

Среди сопутствующей патологии наблюдалась артериальная гипертензия – 16 пациентов, сахарный диабет – 4, заболевания ЖКТ в виде гастрита/язвы – 3 человека.

Триггерами, способствующими обострению и ухудшающими течение псориаза, чаще были стресс (19 пациентов) и прием алкоголя (10 человек).

Обследовано также 26 условно здоровых лиц того же возраста (средний возраст составил 49,3 года), не страдающих хроническими заболеваниями, 14 женщин и 12 мужчин.

Обследованные пациенты с псориазом для процесса анализа подразделялись на три группы: № 1 – общая группа, № 3 – мужчины, № 5 – женщины. Контрольный контингент обследованных подразделялся аналогично также на три группы: № 2 – общая группа, № 4 – мужчины, № 6 – женщины.

Для проведения исследования применялись следующие психодиагностические методики:

1. Тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантелеева [25], построенный в соответствии с иерархической моделью структуры самоотношения и включающий 5 основных шкал: шкала S – измеряет интегральное чувство «за» или «против» собственного «Я» испытуемого; шкала I – самоуважение, шкала II – аутосимпатия, шкала III – ожидание положительного отношения от других, шкала IV – самоинтерес, а также 7 дополнительных шкал, направленных на измерение выраженности установки на те или иные внутренние действия в адрес «Я» испытуемого: шкала 1 – самоуверенность, шкала 2 – отношение других, шкала 3 – самопринятие, шкала 4 – саморуководство, самопоследовательность, шкала 5 – самообвинение, шкала 6 – самоинтерес, шкала 7 – самопонимание.
2. Интегративный тест тревожности (ИТТ) для структурной диагностики ситуативной (СТ-С) тревоги и личностной (СТ-Л) тревожности, в том числе в клинике психосоматических заболеваний [26], включает шкалы общей тревоги/тревожности СТ-С и СТ-Л, которые включают каждая по 5 вспомогательных шкал:
 - шкала «Эмоциональный дискомфорт» (ЭД);
 - шкала «Астенический компонент тревожности» (АСТ);
 - шкала «Фобический компонент» (ФОБ);
 - шкала «Тревожная оценка перспективы» (ОП);
 - шкала «Социальные реакции защиты» (СЗ).

3. Общая самооценка [29] как важный компонент самосознания личности.

Результаты проведенных исследований обработаны статистически: U-критерий Манна – Уитни, коэффициент корреляции Пирсона, с расчетом достоверности различий между группами сравнения по данным показателям ($p < 0,05$).

Полученные данные представлены в табл. 1–4.

Таблица 1
Показатели самоотношения в группах обследованных
Table 1
Indicators of self-attitude in the groups surveyed

Шкалы	Группы					
	1. Псориаз, общая, n=29	2. Контроль, общая, n=26	3. Псориаз, мужчины, n=16	4. Контроль, мужчины, n=12	5. Псориаз, женщины, n=13	6. Контроль, женщины, n=14
Интегральная (S)	78,30±3,99	80,01±3,57	72,69±5,71*	78,64±5,90	85,20±5,03*	81,19±4,49
Самоуважение (I)	69,38±4,74	78,04±3,49	64,17±6,98*	79,72±5,19*	75,80±5,97	76,60±4,86
Аутосимпатия (II)	63,02±4,83	70,31±5,29	57,00±5,88*	68,81±8,88	70,44±7,75*	71,60±6,52
Ожидаемое отношение других (III)	53,41±5,01	55,10±5,12	52,12±7,33	61,36±7,10	55,00±6,91	49,74±7,24
Самоинтересов (IV)	79,63±4,41	76,84±4,86	73,50±6,33*	70,89±8,56	87,17±5,57*	81,95±5,18
Самоуверенности (1)	69,29±4,55	63,62±4,51	65,52±7,11	66,89±6,91	73,92±5,15*	60,81±6,05*
Отношения других (2)	61,53±5,06	55,93±4,96	57,46±6,78	57,97±7,75	66,54±7,68	54,19±6,61
Самопринятия (3)	74,52±4,93*	87,71±4,07*	68,86±6,72*	81,70±8,04*	81,49±7,04*	92,86±2,81
Саморуководства (4)	63,74±4,14*	73,05±3,76*	63,04±6,32	71,58±6,18	64,59±5,28*	74,31±4,74*
Самообвинения (5)	57,36±5,09	51,35±6,17	61,52±6,64	48,92±9,11	52,23±7,95	53,43±8,67
Самоинтересов (6)	75,25±3,73	69,38±4,81	73,31±4,44	65,14±7,47	77,64±6,41	73,02±6,31
Самопонимания (7)	71,04±3,97	69,73±5,00	71,34±4,45	67,36±8,53	70,67±7,16	71,76±5,98

Примечание: * различия достоверны ($p < 0,05$) между группами 1 и 2 (шкала 3, 4), между группами 3 и 5 (шкалы S, II, IV, 3), между группами 3 и 4 (шкалы I, 3), между группами 5 и 6 (шкалы 1, 4).

Таблица 2
Показатели личностной тревожности в группах обследованных
Table 2
Indicators of self-attitude in the groups surveyed

Шкалы	Группы					
	1. Псориаз, общая	2. Контроль, общая	3. Псориаз, мужчины	4. Контроль, мужчины	5. Псориаз, женщины	6. Контроль, женщины
1. Общая тревожность	5,72±0,34	5,62±0,41	5,56±0,45	5,50±0,57	5,92±0,52	5,71±0,61
2. Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	6,69±0,32	5,77±0,39	6,50±0,34*	5,58±0,47*	6,92±0,58	5,93±0,61
3. Астенический компонент тревожности (АСТ)	5,79±0,42	6,42±0,36	5,25±0,63	6,42±0,56	6,46±0,49	6,43±0,50
4. Фобический компонент (ФОБ)	4,03±0,44	3,92±0,47	4,56±0,47	4,08±0,76	3,38±0,78	3,79±0,60
5. Тревожная оценка перспективы (ОП)	4,72±0,52	5,50±0,45	4,63±0,66	5,67±0,64	4,85±0,87	5,36±0,66
6. Социальные реакции защиты (СЗ)	4,10±0,48	4,35±0,48	3,88±0,55	3,00±0,56*	4,38±0,84	5,50±0,61*

Примечание: * различия достоверны ($p < 0,05$) между группами 3 и 4 (шкала ЭД), между группами 4 и 6 (шкала СЗ).

Таблица 3
Показатели ситуационной тревожности в группах обследованных
Table 3
Indicators of situational anxiety in the groups surveyed

Шкалы	Группы					
	1. Псориаз, общая	2. Контроль, общая	3. Псориаз, мужчины	4. Контроль, мужчины	5. Псориаз, женщины	6. Контроль, женщины
1. Общая тревожность	2,03±0,43*	4,46±0,51*	1,50±0,27*	4,42±0,81*	2,69±0,89*	4,50±0,67*
2. Эмоциональный дискомфорт (ЭД)	2,48±0,42*	3,58±0,51*	2,06±0,43*	3,75±0,76*	3,00±0,76	3,43±0,72
3. Астенический компонент тревожности (АСТ)	2,79±0,40*	5,85±0,41*	2,69±0,49*	5,25±0,70*	2,92±0,67*	6,36±0,44*
4. Фобический компонент (ФОБ)	1,86±0,39*	3,15±0,50*	1,31±0,31*	3,67±0,86*	2,54±0,76	2,71±0,58
5. Тревожная оценка перспективы (ОП)	2,62±0,48*	5,27±0,45*	2,06±0,41*	6,25±0,49*	3,31±0,94	4,43±0,66*
6. Социальные реакции защиты (СЗ)	1,90±0,33*	3,85±0,49*	1,69±0,35*	3,25±0,70*	2,15±0,61*	4,36±0,67*

Примечания: различия достоверны (p<0,05) между группами 1 и 2 (по всем шкалам), между группами 3 и 4 (по всем шкалам), между группами 4 и 6 (шкала ОП), группами 5 и 6 (общая тревожность); различия достоверны (p<0,001) между группами 5 и 6 (по шкалам АСТ и СЗ).

Таблица 4
Показатели самооценки в группах обследованных
Table 4
Indicators of self-esteem in the groups surveyed

Показатели	Пациенты с псориазом	Контроль
Общая группа	5,07±0,56	3,77±0,80
Женщины	5,31±0,85	4,50±0,98
Мужчины	4,88±0,76	2,92±1,30

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных позволил констатировать следующее.

По системе шкал самоотношения (табл. 1) выявлен ряд статистически достоверных различий между опытными и контрольными группами. В частности, у пациентов с псориазом имеют место более низкие по сравнению с контролем значения шкал самопринятия (№ 3) (74,52±4,93 и 87,71±4,07 соответственно, U=266,5, p<0,05) и саморуководства (№ 4) (63,74±4,14 и 730,5±3,76 соответственно, U=258,5, p<0,05). Шкалы самопринятия и саморуководства имеют более низкие значения и в группе женщин, и группе мужчин с псориазом по сравнению с контролем, при этом в группе женщин по шкале саморуководства и в группе мужчин по шкале самопринятия различия также статистически достоверны (p<0,05).

В группе мужчин, страдающих псориазом, статистически достоверно ниже значения шкал самоуважения (64,17±6,98 и 79,72±5,19 соответственно, U=60,5, p<0,05) и самопринятия (68,86±6,72 и 81,70±8,04 соответственно, U=46,5, p<0,05) по сравнению с группами контроля. В группе женщин, страдающих псориазом, имеют место более низкие значения по шкале саморуководства (64,59±5,28 и 74,31±4,74

соответственно, $U=38,0$, $p<0,05$). Но по шкале самоуверенности значения параметра выше, чем в контроле ($73,92\pm5,15$ и $60,81\pm6,03$ соответственно, $U=46,5$, $p<0,05$), что позволяет допустить психологически компенсаторный тип реагирования.

При оценке полученных результатов через призму гендерного подхода представляется возможным констатировать, что в группах контроля между женщинами и мужчинами по системе шкал самоотношения статистически достоверных различий не выявлено. В то же время в опытных группах у женщин по сравнению с мужчинами имеют место более высокие значения по интегральной шкале (S) ($85,20\pm5,03$ и $72,69\pm5,71$ соответственно, $U=57,0$, $p<0,05$), шкале самоинтересов – шкала IV ($87,17\pm5,57$ и $73,50\pm6,33$ соответственно, $U=61,5$, $p<0,05$) и шкале самопринятия ($81,49\pm7,04$ и $68,86\pm6,72$ соответственно, $U=62,0$, $p<0,05$).

Анализ результатов, полученных с применением интегративного теста тревожности, позволил отметить ряд значимых отличий в параметрах теста (6 шкал) у пациентов с псориазом по сравнению с контролем (табл. 2, 3). Прежде всего это касается всего блока шкал ситуационной тревоги (табл. 3). В частности, в общей группе пациентов с псориазом выявлены статистически достоверно более низкие значения всех шкал ситуационной тревоги ($p<0,05-0,01$) по сравнению с контролем (табл. 3). Аналогичная картина имела место в группе мужчин, страдающих псориазом, по сравнению с контролем (табл. 3). В группе женщин также все параметры ситуационной тревоги имели более низкие значения по сравнению с контролем, причем по шкалам общей тревожности, АСТ и СЗ отличия были статистически достоверны (табл. 3).

Мы склонны считать, что полученные нами на основании теста ИТТ результаты определения уровня СТ-С могут быть связаны с фактором обследования пациентов в условиях их пребывания в стационаре, которые способствовали формированию у пациентов чувства большей степени социально-психологической защищенности на момент обследования по сравнению с амбулаторными условиями.

Уровень личностной тревожности (табл. 2) был выше во всех группах пациентов с псориазом (общая, женщины, мужчины) по сравнению с контролем, что совпадает с сообщениями других авторов [30, 31], однако эти изменения не были статистически достоверны ($p>0,05$). Повышение уровня тревожности у пациентов с псориазом декларируется во многих работах по психодерматологии [5, 8], но количество работ по оценке этого показателя невелико и констатирует его умеренный (доклинический) уровень [30, 31].

Во всех группах пациентов имел место более высокий уровень эмоционального дискомфорта по сравнению с контролем, причем в группе мужчин это повышение было статистически достоверно ($6,50\pm0,34$ и $5,58\pm0,47$ соответственно; $U=64,0$, $p<0,05$). Уровни остальных дополнительных шкал (АСТ, ФОБ, ОП, СЗ) в группах пациентов носили разнонаправленный характер и не отличались статистически достоверно от групп контроля.

Эти результаты могут являться базой для последующего психодинамического анализа причин личностной тревожности у пациентов с псориазом в соответствии с классификацией причин личностной тревожности [32].

Показатели личностной тревожности сопряжены с параметрами ситуационной тревожности, и более низкий уровень последних в условиях стационара мог способствовать определенному снижению уровня показателей и личностной тревожности у пациентов.

Параметры тревоги/тревожности отрицательно коррелируют с большинством шкал СОТ, и только по шкале 5 (самообвинение) имели место положительные коэффициенты корреляции с большинством параметров теста ИТТ.

При в целом более высоком уровне показателей общей самооценки как среди женщин, так и мужчин опытной группы статистически достоверных различий в уровне общей самооценки у пациентов с псориазом по сравнению с контрольной группой не выявлено (табл. 4). Правомерно допущение, что более высокие показатели общей самооценки во всех группах пациентов носят компенсаторно-защитный по отношению к личностному «Я» характер. Согласно теории метода самоотношения шкала II («Аутосимпатия») в определенной мере сопряжена с уровнем самооценки [25]. Проведенный нами корреляционный анализ по методу Пирсона позволил выявить положительную корреляционную связь параметров общей самооценки и уровня аутосимпатии ($p < 0,01$). Уровень СО положительно коррелирует с большинством шкал СОТ как в контроле, так и у пациентов с псориазом кроме шкалы самообвинения, по которой показатели корреляции имеют отрицательные значения. Уровень СО имеет отрицательные корреляционные связи с большинством параметров теста ИТТ во всех обследованных группах с наиболее высокими значениями отрицательных коэффициентов корреляции СО и фобического компонента как личной, так и ситуационной тревоги, отражая связь такого базового конструкта личности, как СО, с эволюционно одним из древнейших биологических конструктов – чувством страха [33–35].

Характер и выраженность корреляционных отношений всего спектра параметров СО, СОТ и тревоги/тревожности имеет ряд отличий в группах пациентов с псориазом по сравнению с группами контроля и представляет специальный интерес, но не являлся непосредственной задачей подробного анализа в настоящем сообщении.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Не погружаясь в углубленный психологический анализ отмеченных изменений в структуре личности пациентов с псориазом, что не являлось непосредственной задачей настоящей работы, и в соответствии с поставленной в ней целью представляется возможным сформулировать следующие положения:

1. Диагностика системы параметров самоотношения как важного конструкта самосознания человека значима для анализа структуры личности пациентов с псориазом в психодинамическом плане.
2. Параметры тревоги/тревожности и самооценки имеют многочисленные корреляционные связи между собой и системой параметров самоотношения, что также значимо для анализа структуры личности пациентов.
3. Применение методов психодиагностики, не отражающих общее значение того или иного определяемого показателя, а позволяющих характеризовать компоненты, его составляющие (в нашем случае это ЭД, АСТ, ФОБ, ОП, СЗ для параметра тревоги/тревожности и 11 шкал теста самоотношения), создают предпосылки для углубления анализа структуры личности конкретного пациента.
4. Затронутость глубинных конструктов личности у пациентов с псориазом в определенной мере свидетельствует о потенциальной обоснованности и возможности оптимизации психотерапевтической помощи пациентам с псориазом на базе техник психодинамического подхода в комплексе проводимых лечебных мероприятий.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sosnovskij A., Yagovdik N. *Dermatologicheskij spravochnik*. Mn.: Vysh. shk. 1992; 512 p.
2. Topolyanskij V., Strukovskaya M. *Psihosomaticheskie rasstrojstva. Rukovodstvo dlya vrachej. 3-e izd., pererab. i dop.* Moscow: GEOTAR-Media. 2021; 544 p.
3. Krasnova R. *Osnovy psihodermatologii. Izd 2-e, ispr. i dop.* M. LENAND. 2018; 240 p.
4. Raznatovskij K., Terleckij O. *Psoriaticheskaya bolezn. Diagnostika, terapiya, profilaktika*. M.: GEOTAR-Media. 2017; 352 p.
5. Koroleva E. Chto takoe psoriaz s psihologicheskimi pozicij (obzor). *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya. Prilozhenie*. 2017;115–118.
6. Hovorik D. *Dermatovenerologiya: posobie dlya studentov uchrezhdenij vysshego obrazovaniya, obuchayushihya po specialnosti 1-79 01 05 2 Mediko-psihologicheskoe delo*. Grodno: GrGMU. 2021; 448 p.
7. Belugina O., Skugarevskij O., Yagovdik N., Belugina I. Potencialnye misheni psihodiagnostiki i korrekcii u pacientov s psoriazom i atopicheskim dermatitom v usloviyah stressa. *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya*. 2021;7(2):157–158.
8. Tereshin K., Rokickij G. *Klinicheskaya i psihoterapevticheskaya reabilitacija bolnyh psihosomaticheskimi dermatozami. Monografiya*. Habarovsk: Izd-vo KGBUZ «KKPB». 2020; 211 p.
9. Koshevenko Yu. Psihosomaticheskie dermatozy v kosmetologicheskoy praktike. Osobennosti kliniki, patogenez, lecheniya, profilaktiki i reabilitacii. *Ros.zhurn. kozh. i ven. Bol.* 1999;6:60–65.
10. Adaskevich V., Kirpichenko A., Morozova R. Psihodermatologiya kak vazhnyj komponent professionalnoj podgotovki dermatologa. *Psihiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya*. 2019;10(4):741–748.
11. Tukaev R. Dokazatelnye issledovaniya effektivnosti psihoterapii: trendy i rezultaty. *Psihiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya*. 2022;13(3):332–343.
12. Ursano R., Zonnenberg S., Lazar S. *Psihodinamicheskaya psihoterapiya. Per s angl. M., Tipografiya № 8 Mininformpechati*. 1992; 158 p.
13. Neznakov N., Kocubinskij A., Mazo G. *Biopsihosotsialnaya psichiatriya: rukovodstvo dlya vrachej*. Moscow: SIMK. 2020; 904 p.
14. Savenko Yu. 60-letie Pavlovskoj sessii 1951 g. *Nezavisimyj psichiatricheskij zhurnal*. 2011;III:5–7.
15. Smulevich A. (ed.) *Lekcii po psihosomatike*. M.: OOO «Izdatelstvo «meditsinskoje informacionnoje agentstvo». 2014; 352 p.
16. Smulevich A., Romanova D., L'vova A. *Дерматозоыйный бред и ассоциированные расстройства*. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015; 208 p.
17. Yagovdik N., Syatkovskij V., Azarova L., Belugina I., Syatkovskaja N. Sociopsychological peculiarities of personality in patiens with psoriasis. *The World J Biol Psychiatry*. 2001;2, Suppl. 1:369–370.
18. Yagovdik N., Syatkovskij V., Azarova L., Belugina I. Osobennosti socialnoj dezadaptacii i mehanizmy psihologicheskoy zashity lichnosti u bolnyh psoriazom. *Zhurnal «Meditsinskaya panorama»*. 2014;1:9–11.
19. Yagovdik N., Syatkovskij V., Azarova L., Belugina I., Syatkovskaja N., Svidrickaya N. Osobennosti spektra differencialnyh emocij i urovnya socialnoj frustrirovannosti u pacientov s psoriazom, zlouporeblyayushih alkogolem. *Dermaovenerologiya. Kosmetologiya*. 2020;6(1–2):17–25.
20. Papij N. *Kozhnye zabolevaniya: psihodiagnostika i psihokorrekcija*. Mn.: Polymya. 2001; 176 p.
21. Hajrutdinov V., Samcov A. *Psoriaz. Sovremennye predstavleniya o dermatoze: rukovodstvo dlya vrachej*. Moscow: GEOTAR-Media. 2021; 260 p.
22. Rodionov A., Zaslavskij D., Sydikov A. *Klinicheskaya dermatologiya. Illyustrirovannoe rukovodstvo dlya vrachej. 2-e izd. Pererab. i dop.* M.: GEOTAR-Media. 2019; 712 p.
23. Raznatovskij K., Terleckij O. *Psoriaticheskaya bolezn. Diagnostika, terapiya, profilaktika*. M.: GEOTAR-Media. 2017; 352 p.
24. Sardzhelidze N. *Struktura samootnosheniya lichnosti i sociogennye potrebnosti, Problemy formirovaniya sociogennyh potrebnostej. Mater. I Vsesoyuznoj konf.* Tbilisi: Micniera. 1974;134–137.
25. Pantileev S. *Samootnoshenie kak emocionalnoocenochnaya sistema: monografiya*. M.: Izd-vo Moskovskogo un-ta. 1991;29–30.
26. Bizyuk A., Vasserman L., Iovlev B. *Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT). Metod. rekomendacii*. Sankt-Peterburg. 1997;6–7.
27. Stolin V. *Samosoznanie lichnosti*. M., Izdatelstvo Moskovskogo Universiteta. 1983; 284 p.
28. *Samosoznanie i zashitnye mehanizmy lichnosti. Hrestomatiya*. Samara: Izdatelskij dom «BAHRAH». M. 2003; 656 p.
29. Kazanceva G. *Psihologicheskie faktory formirovaniya emocionalnoj struktury lichnosti* (PhD Thesis). Ekaterinburg. 2014.
30. Kim I., Zykova O. Trevoza i akcentuacii haraktera u pacientov s psoriazom. *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya*. 2018;4(3):303–308.
31. Poroshina L. Ocenka psihosomaticheskoy simptomatiki u pacientov s zabolevanijami kozhi. *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya*. 2021;7(2):182–185.
32. Prihozhan A. *Psihologiya trevozhnosti: doskolnyj i shkolnyj vozrast. 2-oe izd.* PITER, SPb. 2009; 119 p.
33. Garbuzov V. *Koncepciya instinktov i psihosomaticheskaya patologiya (Nadnozologicheskaya diagnostika i terapiya psihosomaticheskikh zabolevanij i nevrozov)*. SPb.: «SOTIS». 1999; 320 p.
34. Simonov P. *Emocionalnyj mozg. Izd-vo Piter*. 2021; 360 p.
35. Brustrup C., Nielsen M. Anxiety. *Lancet*. 1982;2(8306):1030–1034.
36. Karvasarskij B. *Psihoterapiya*. M.: Medicina. 1985; 304 p.
37. Kolyshko A. *Psihologiya samootnosheniya: Ucheb. Posobie*. Grodno: GrGU. 2004; 102 p.



Иноятлов А.Ш., Джаббаров М.М. ✉, Рахматов А.Б., Алимухамедова Ю.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Узбекистан

Диагностика и лечение красного плоского лишая

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 06.03.2023
Принята: 20.03.2023
Контакты: jabbarovm85@gmail.com

Резюме

Проведение клинико-лабораторных исследований позволило у 33 из 102 (32,4%) пациентов установить атипичные формы красного плоского лишая, одной из причин развития которых являлись преморбидные состояния. Поражение слизистой оболочки полости рта расценивалось как неблагоприятный признак дальнейшего течения красного плоского лишая, что чаще регистрировалось при атипичных формах дерматоза. При лечении пациентов с красным плоским лишаем был использован гидролизат экстракта плаценты по 4 мл препарата на 200,0 мл физиологического раствора (капельно), на курс лечения проводилось 10 вливаний. Отмечены целесообразность и эффективность применения гидролизата экстракта плаценты у пациентов с красным плоским лишаем, особенно при атипичных его формах, предупреждающего поражение слизистой оболочки полости рта при данном дерматозе.

Ключевые слова: красный плоский лишай, диагностика, клиника, лечение, прогноз

Inoyatov A., Jabbarov M. ✉, Rakhmatov A., Alimukhamedova Yu.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatology and Cosmetology, Tashkent, Uzbekistan

Diagnosis and Treatment of Lichen Planus

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 06.03.2023
Accepted: 20.03.2023
Contacts: jabbarovm85@gmail.com

Abstract

Conducting clinical and laboratory studies made it possible to establish atypical forms of lichen planus in 33 out of 102 (32.4%) patients, one of the causes of which was premorbid conditions. The lesion of the oral mucosa was regarded as an unfavorable sign of the further course of lichen planus, which was more often recorded in atypical forms of dermatosis. In the treatment of patients with lichen planus, a hydrolyzate of the placenta extract was

used, 4 ml of the drug per 200.0 ml of physiological solution (drip), 10 infusions were performed per course of treatment. The expediency and effectiveness of the use of the hydrolyzate of the placenta extract in patients with lichen planus, especially in its atypical forms, was noted, preventing damage to the oral mucosa in this dermatosis.

Keywords: lichen planus, diagnosis, clinic, treatment, prognosis

■ ВВЕДЕНИЕ

Красный плоский лишай (КПЛ) является хроническим воспалительным иммунозависимым заболеванием кожи, слизистых оболочек и ногтей со специфическими чертами, когда в основе дерматоза лежат общебиологические закономерности, присущие всем воспалительным процессам [1, 6, 9, 10, 13, 24]. Частота КПЛ среди других дерматозов варьирует от 0,75 до 3% [4, 13]. При КПЛ могут встречаться так называемые атипичные формы, которые значительно затрудняют диагностику и лечение заболевания [6, 9, 21, 23].

В современных классификациях КПЛ учитываются характер, расположение и форма первичного элемента. Классификацию по указанным признакам можно представить следующим образом: атрофическая, пигментная, фолликулярная, эрозивно-язвенная, веррукозная, пемфигоидная, гиперкератотическая, эритематозная, ладонно-подошвенная и др. При атрофической форме КПЛ образуются экзантемы, не выступающие над уровнем кожи. Это пятна округлой или овальной формы с характерной для КПЛ лиловой окраской, причем при данной форме отмечается поражение СОПР. При пигментной форме КПЛ образуются темно-коричневые пятна, на фоне которых в центральной их части выявляются незаметные для глаза типичные высыпания дерматоза. При фолликулярной форме КПЛ образуются остроконечные папулы, связанные с волосными фолликулами, имеющие насыщенный красный или цианотичный цвет, причем при их разрешении остается поверхностная рубцовая атрофия. Для эрозивно-язвенной формы КПЛ характерно образование эрозий или мелких язв на слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ и коже голеней. В основании и по периферии очагов поражения выявляется бляшечный инфильтрат причудливых очертаний. При данной форме КПЛ часто встречаются преморбидные заболевания в виде сахарного диабета и др. При пемфигоидной форме КПЛ появляются пузыри на бляшках или на эритематозном фоне, реже на неизменной коже. При веррукозной (бородавчатой) форме КПЛ папулы и бляшки имеют истыканный и ячеистый характер ливидного цвета. Отличительной особенностью этой формы КПЛ является мучительный зуд. Эритематозная форма КПЛ, как правило, возникает остро, на коже туловища и конечностей появляются крупные, диффузного характера, эритематозные отечные бляшки, имеющие интенсивно розовый или малиновый цвет. Высыпания сопровождаются сильным зудом. Нередко могут наблюдаться симптомы эндогенной интоксикации (повышение температуры, озноб и др.).

Довольно часто у пациентов с КПЛ происходит поражение слизистой оболочки полости рта (СОПР), а также в редких случаях могут развиваться явления конъюнктивита, поражение слизистой оболочки глотки, желудка, пищевода, приводящее к стриктуре последнего.

При гистологическом исследовании выявляют гиперкератоз, гипергранулез, акантоз, вакуольную дистрофию клеток базального слоя, диффузный полосовидный инфильтрат в верхнем слое дермы [17].

Красный плоский лишай является важной дерматологической проблемой в связи с наличием тяжело протекающих форм, хроническим течением, возможностью злокачественной трансформации очагов поражений, сложностью диагностики атипичных форм, нередкой торпидностью к проводимой терапии.

Терапия КПЛ разработана недостаточно хорошо. Это связано с неясностью этиопатогенеза, недостаточным для репрезентативных выводов количеством пролеченных разными методами пациентов, а также с возможностью спонтанного регресса высыпаний, отмечаемого в течение года у 2/3 пациентов [7]. Стандарты терапии КПЛ включают наружные, внутриочаговые и системные кортикостероиды, ретиноиды, ПУВА-терапию, в упорных случаях – циклоспорин. При ограниченных поражениях у большинства пациентов терапией выбора являются местные кортикостероиды. С целью снижения интенсивности зуда назначают антигистаминные (седативные) препараты и противозудные местные средства, содержащие ментол, фенол, камфору, лидокаин и др. При неэффективности наружной кортикостероидной терапии и гипертрофической (веррукозной) форме КПЛ показаны внутриочаговые инъекции кортикостероидов, при фолликулярной форме применяются антигистаминные препараты, ретиноиды, короткие курсы циклоспорина. Что касается КПЛ слизистой оболочки полости рта, то ее неэрозивные поражения проходят самостоятельно и в большинстве случаев лечения не требуют. При эрозивных и эрозивно-язвенных поражениях СОПР показаны полоскания растворами: 2–3% борной кислоты, 1% танина, 0,01% метиленового синего, 3,4% масляным раствором ретинола. Эффективны аппликации солкосерила, каротолина, 0,1% мази куралимус (2 раза в день в течение 1 месяца).

При распространенном (генерализованном) КПЛ назначают комплексное лечение с использованием снотворных, антигистаминных, гипосенсибилизирующих препаратов, при выявлении очагов хронической инфекции проводят антибиотикотерапию, в лечении используют метронидазол (внутри по 500 мг 2 раза в день в течение 20–60 дней), синтетические антималярийные препараты (делагил 0,25 по ½ таблетки 2 раза в день в течение 10 дней, затем по 1 таблетке в день 1 месяц). При пемфигиоидной форме КПЛ применяют преднизолон (суточная доза 40–60 мг) и ацитретин (по 30 мг в сутки в течение 8 недель). С конца 1970-х гг. большой вклад в лечение пациентов с КПЛ внесла ПУВА-терапия, которая показана даже при тяжелых формах эрозивного КПЛ полости рта, которые не реагируют на традиционную терапию [14, 16, 21].

В последние годы значительно возрос интерес к изучению цитокиновой системы у пациентов с КПЛ, что позволит целенаправленно применять те или иные иммуномодулирующие препараты, так как иммунокоррекция при КПЛ, направленная на регуляцию функции иммунной системы, предполагает применение иммунокорригирующих препаратов [2, 4, 5, 11, 20, 25]. Показанием к использованию иммуностропных препаратов являются распространенные и атипичные формы КПЛ, торпидные к традиционным методам терапии.

В последние годы были разработаны различные методы иммунокоррекции при КПЛ с включением в терапию препаратов тимических гормонов (тимоген), индукторов интерферона (циклоферон), иммуномодуляторов широкого спектра действия

(полиоксидоний и др.), однако строго контролируемые испытания эффективности и безопасности иммуномодулирующих средств при КПЛ проводились лишь с отдельными препаратами.

Вследствие этого применение новых иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии КПЛ является чрезвычайно актуальным [8, 12]. Одним из новых препаратов, обладающих иммуностропным и дезинтоксикационным действием, является гидролизат экстракта плаценты, который состоит из смеси различных водорастворимых цитокинов, аминокислот, пептидов, нуклеозидов, фактора роста и представляет собой жидкость, полученную из плаценты человека в результате обезжиривания ацетоном и гидролиза с применением соляной кислоты. Установлено, что действие гидролизата экстракта плаценты в низких дозах на культуру моноцитов периферической крови здоровых доноров выражается в тенденции к стимуляции продукции провоспалительных цитокинов (IFN- γ , TNF- α и IL-6), а в высоких дозах препарата подавляет продукцию этих цитокинов. Также было показано, что гидролизат экстракта плаценты в низких дозах стимулирует цитотоксическую активность NK-клеток [22]. Помимо иммуностропной активности гидролизат экстракта плаценты обладает гепатопротекторными и дезинтоксикационными свойствами, что является дополнительным преимуществом его использования [3, 15, 18, 19].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка безопасности и клинической эффективности гидролизата экстракта плаценты в комплексной терапии пациентов с красным плоским лишаем.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения исследования была отобрана группа пациентов с красным плоским лишаем (классическая форма – 69 пациентов, атипичная форма – 33 пациента). Мужчин было 47, женщин – 55 в возрастной группе от 18 до 52 лет (средний возраст составлял $29 \pm 4,3$). Классическая форма КПЛ была представлена типичными папулами полигональной формы синюшно-красного цвета с пупковидными вдавлениями и локализацией высыпаний на сгибабельной поверхности верхних и нижних конечностей. Атипичные формы были представлены: веррукозной, пигментной, пемфигоидной, атрофической и эритродермической разновидностями КПЛ. Поражения СОПР были выявлены у 8 из 69 (11,6%) с классической и у 24 из 33 (72,7%) с атипичной формой КПЛ.

Гидролизат экстракта плаценты человека соответствует всем стандартам, которые предъявляются мировым медицинским и фармацевтическим сообществом к качеству, эффективности и безопасности лекарственных средств. По результатам фармацевтического анализа установлен состав гидролизата экстракта плаценты, который включает нейропептиды, стероиды, витамины, микроэлементы, липиды и др. В частности, экспериментальные исследования пептидного состава гидролизата экстракта плаценты показали, что в этой фракции препарата присутствуют пептидные фрагменты инсулинподобного фактора роста, иммуноглобулина G, интерлейкина-1 α . Установлено наличие в составе препарата активного пептида нейромедина N, сигнального белка Rac2 и фрагмента активного пептида. Весь комплекс факторов и агентов, присутствующих в гидролизате экстракта плаценты, лежит в основе таких биологических эффектов, как иммуномодуляторный, гепатопротекторный,

нейропротекторный. Схема введения препарата была следующей: гидролизат экстракта плаценты по 2 мл вводили внутримышечно через каждые 2 дня, всего на курс лечения пациенты получали 10 инъекций. На каждого из пациентов, включенных в исследование, была заведена индивидуальная регистрационная карта, которая содержала данные о возрасте пациента, диагнозе, сопутствующей патологии, сроках начала лечения, применяемых лекарственных средствах, отражала динамику клинических и лабораторных показателей в процессе лечения и наличие нежелательных явлений.

Оценка безопасности и переносимости препарата проводилась на протяжении всего исследования на основании динамического клинического наблюдения за субъективными и объективными показателями состояния пациентов (жалобы, данные физикального осмотра, АД, ЧСС, лабораторные показатели) и изучения частоты возникновения нежелательных реакций, связанных с введением препарата.

Для оценки безопасности применения гидролизата экстракта плаценты при КПЛ двукратно в ходе исследования – до начала курса лечения (0-й день) и после окончания курса лечения (28-й день) – всем пациентам было проведено лабораторное общеклиническое и иммунологическое обследование: клинический анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови (общий белок, АЛТ, АСТ, общий билирубин, глюкоза, креатинин, показатели иммунного и цитокинового статуса, С-реактивный белок: CRP и hs-CRP, иммуноглобулины классов A, M, G, E).

Оценка переносимости гидролизата экстракта плаценты произведена на основании субъективных ощущений пациента и сведений о возникновении нежелательных явлений. Все нежелательные явления были учтены и проанализированы для установления возможной связи с приемом препарата. В данном открытом исследовании все анализы безопасности и эффективности осуществлялись с использованием методов описательной статистики с применением пакета прикладных программ Statistica 6.0.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основные клинические и лабораторные данные пациентов с КПЛ обеих групп до лечения представлены в табл. 1.

Как видно из представленных данных в табл. 1, выявляются значительные различия между показателями воспаления, уровнями цитокинового и иммунного статусов у пациентов I и II группы, где атипичные формы КПЛ показывают более значительные нарушения, связанные с патогенезом рассматриваемого дерматоза.

Все пациенты I и II групп получали гидролизат экстракта плаценты (10 инъекций), и положительный результат составил 84,1 и 63,6% соответственно. К окончанию курса лечения потребность в антигистаминных препаратах сохранялась лишь у 14 (13,7%) пациентов. Потребность в топических кортикостероидах уже после 5-й инъекции отмечалась у 46 (45,1%) пациентов, а после 10-й инъекции препарата – лишь у 16 (15,7%) пациентов с атипичной формой КПЛ.

Таким образом, применение гидролизата экстракта плаценты в дозе 2 мл при десятикратном введении с интервалом между инъекциями в 2 дня в составе комплексной терапии пациентов с КПЛ приводит к стойкому уменьшению основных симптомов заболевания уже после 5-й инъекции препарата. Клинический положительный эффект от проведенного лечения отмечен у 84,1% пациентов I группы и у 63,6% II группы.

Таблица 1
Клинико-лабораторная характеристика пациентов с КПЛ до лечения
Table 1
Clinical and laboratory characteristics of patients with RLP (red lichen planus) before treatment

Показатель	I группа (n=69)	II группа (n=33)
Мужчины (n=47)	27 (39,1%)	20 (60,6%)
Женщины (n=55)	42 (60,9%)	13 (39,4%)
Возраст	28±2,5	29±3,9
Потребность в антигистаминных препаратах	41 (59,4%)	32 (96,9%)
Потребность в топических кортикостероидных средствах	65 (94,2%)	31 (93,9%)
IgE, МЕ/мл	120,5±22,1	204,9±22,7
Иммунорегуляторный индекс (ИРИ)	2,05±0,03	1,22±0,01*
CRP (мг/л)	14,3±2,1	22,5±3,3*
hs-CRP (мг/л)	4,2±0,05	8,1±0,2*
IL-4 (пг/мл)	2,7±0,01	2,9±0,07
IL-6 9 (пг/мл)	11,6±2,5	16,7±3,2*
TNF-α (пг/мл)	9,1±1,4	15,9±2,4*

Примечание: * достоверность различий показателей между 2 группами при $p < 0,05$.

При применении гидролизата экстракта плаценты у пациентов с КПЛ не отмечалось значительных изменений со стороны изученных показателей иммуноглобулинов классов IgG, IgA, IgM. Следует заметить, что исходные средние значения данных показателей существенно не отличались от нормальных величин. При применении данного препарата наблюдается тенденция к уменьшению уровня IgE общего, что может являться критерием уменьшения выраженности воспаления. В табл. 2 представлены средние значения показателей иммунного статуса у пациентов с КПЛ I и II группы до и после 10 инъекций гидролизата экстракта плаценты.

Таблица 2
Динамика иммунологических показателей у пациентов с КПЛ в процессе лечения
Table 2
Dynamics of immunological indices in RLP patients during treatment

Показатель	Контроль (n=22)	Пациенты с КПЛ I группы (n=60)	Пациенты с КПЛ II группы (n=33)
CD3, %	56±5,8	64±3,3/58±5,1	66±4,5/60±7,1
CD4+, %	40±2,8	33±5,7/44±3,2*	21±3,3/40±5,5*
CD8+, %	22±1,5	35±4,1/20±1,9*	42±2,2/35±1,5*
CD4+/CD8+	1,8±0,2	0,94±0,04/2,2±0,2*	0,5±0,01/1,2±0,05*
CD19+, %	6±1,2	8±0,3/9±0,1	10±0,9/9±0,9
IgG, мг%	1256±137	1576±112/1155±45*	1603±156/1455±104
IgA, мг%	115±33	198±25/166±18	202±33/179±21
IgM, мг%	141±15	256±18/198±22	231±25/202±16
IgE, МЕ/мл	98±11	165±22/101±17*	210±21/125±24*

Примечания: указаны значения до лечения / после лечения; * достоверность различий при $p < 0,05$.

Таблица 3
Показатели цитокинового статуса у пациентов с КПЛ в процессе лечения
Table 3
Cytokine status indicators in patients with RLP during treatment

Изученные показатели	Контрольная группа (n=22)	Пациенты с КПЛ I группы (n=58)	Пациенты с КПЛ II группы (n=33)
IL-4 (пг/мл)	2,4±0,2	2,9±0,3/4,4±0,1*	2,2±0,1/6,5±0,1*
IL-6 (пг/мл)	3,7±0,1	8,2±0,1/5,1±0,2*	9,1±0,2/5,5±0,3*
TNF-α (пг/мл)	5,9±0,3	12,6±1,5/6,6±0,3*	13,1±2,5/7,1±2,4*

Примечание: указаны значения до лечения / после лечения; * достоверность различий при $p<0,05$.

Как видно из приведенных данных в табл. 2, применение гидролизата экстракта плаценты позволяет вызывать иммуномодулирующий эффект при классической и атипичных формах КПЛ, тем самым оказывая и определенное противоаллергическое действие, что наглядно демонстрируют показатель IgE до и после лечения.

У пациентов с КПЛ были изучены отдельные показатели про- и противовоспалительных цитокинов, результаты которых представлены в табл. 3.

Как видно из представленных данных в табл. 3, у пациентов с КПЛ достоверно повышены значения провоспалительных цитокинов, особенно TNF-α при обеих формах дерматоза. Что касается показателя IL-4, у пациентов с классической и атипичной формами КПЛ значения IL-4 достоверно не отличались от данных контрольной группы. В процессе лечения гидролизатом экстракта плаценты у пациентов с КПЛ отмечалось достоверное повышение уровня IL-4 при обеих формах КПЛ. В то же время применение гидролизата экстракта плаценты способствовало достоверному снижению уровней провоспалительных цитокинов, таких как IL-6 и TNF-α, причем при классической форме дерматоза значения TNF-α снижались до уровня контрольной группы: (6,6±0,3) пг/мл и (5,9±0,3) пг/мл при $p>0,05$. Следовательно, положительный эффект используемого средства является результатом нормализации показателей цитокинового статуса пациентов с КПЛ.

В процессе применения гидролизата экстракта плаценты проводилась оценка жалоб и физикальное обследование пациентов. Патологических изменений со стороны органов и систем при осмотре, физикальном исследовании не отмечалось. Показатели артериального давления, пульса и частоты дыхания сохранялись в течение всего периода наблюдения.

При оценке частоты нежелательных явлений учитывались следующие параметры: ухудшение общего самочувствия (головная боль, слабость и др.), усиление зуда кожи, обострение КПЛ, появление крапивницы, изменение ЧСС и АД, анафилактические реакции и развитие гинекомастии.

В единичных случаях отмечалось усиление зуда кожи после инъекций гидролизата экстракта плаценты (у 2 из 33 пациентов с атипичной формой КПЛ), что, вероятно, было связано с тяжелым течением данной разновидности дерматоза. В дальнейшем у данных пациентов уменьшалась интенсивность зуда кожи. Ни у одного из пациентов не было зафиксировано каких-либо аллергических реакций на применяемый препарат.

Оценка безопасности основывалась на данных лабораторных показателей клинического и биохимического анализа крови. Существенных патологических изменений



со стороны содержания гемоглобина, эритроцитов, общего количества лейкоцитов и эозинофилов не выявлено.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гидролизат экстракта плаценты эффективен при лечении различных форм КПЛ, даже тех разновидностей, при которых пациенты ранее применяли системные кортикостероидные препараты. Гидролизат экстракта плаценты, помимо положительной динамики со стороны кожно-патологического процесса, вызывал улучшение показателей иммунной системы и оказывал выраженный противовоспалительный эффект, отмеченный динамикой уровней про- и противовоспалительных цитокинов. Необходимо подчеркнуть, что гидролизат экстракта плаценты безопасен, хорошо переносится пациентами с КПЛ и не оказывает негативного влияния на клинические и лабораторные показатели, а также может быть рекомендован для лечения всех форм КПЛ.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Vasilyeva E.S., Udzhukhu V.Yu., Korotkiy N.G., Kubylinskiy A.A. New in the therapy of lichen planus. *Bulletin of postgraduate medical education*. 2015;2:36–39. (in Russian)
2. Glazkova Yu.P., Perlamutrov Yu.N., Korsunskaya I.M., Tereshchenko A.V. The effect of complex treatment using immunosuppressive therapy on the cytokine status of patients with lichen planus of the oral mucosa and lips. *Bulletin of postgraduate medical education*. 2011;2–3:24–26. (in Russian)
3. Elisyutina OG, Fedenko ES, Shabanova IF, Karimova IM. The experience of atopic dermatitis treatment with Laennec (Japan bioproducts industry Co, Ltd, Japan) in Russia. *Russ. Allergol. J.* 2010;1:97–104. (in Russian)
4. Ibragimova M.Kh., Adylkhodzhaeva Z.Kh., Samadova Sh.I. Etiopathogenetic and clinical rationale for the treatment of lichen planus (review). *Medical Journal of Uzbekistan*. 2020;2:71–77. (in Russian)
5. Lukinykh L.M., Tiunova N.V. Local immunomodulators in the complex treatment of erosive and ulcerative form of lichen planus of the oral mucosa. *Dentistry*. 2013;92(6):26–28. (in Russian)
6. Molochkov V.A., Prokofiev A.A., Pereverzeva O.E., Bobrov M.A. Clinical features of various forms of lichen planus. *Russ. J. skin veins diseases*. 2011;1:30–36. (in Russian)
7. Molochkov V.A., Molochkov A.V., Pereverzeva O.E. To improve the therapy of lichen planus. *Russ. J. skin veins diseases*. 2011;2:7–9. (in Russian)
8. Nevozhinskaya Z., Korsunskaya I.M. A modern view on the treatment of lichen planus. *Clin. dermatol.* 2007;5:4–9. (in Russian)
9. Olisova O.Yu., Teplyuk N.P., Grabovskaya O.V., Kolesova Yu.V. Lichen planus. *Russ. J. skin veins diseases*. 2020;23(5):356–360. (in Russian)
10. Romanenko I.G., Gorobets O.V., Salishcheva V.O. Modern view on the problem of treatment of lichen planus (literature review). *Bulletin of the medical institute "REAVIZ": rehabilitation, doctor and health*. 2019;42(6):174–177. (in Russian)
11. Simkacheva M.V., Kozulin E.A., Timoshin S.S. Characteristics of the proliferative and cytokine status of patients with lichen planus during treatment with thymodepressin. *Russ. J. skin veins diseases*. 2006;4:56–57. (in Russian)
12. Simonova A.V., Khamaganova I.V., Nazhmutdinova D.K. Lichen planus: prospects for a new approach to therapy and prognosis. *Russ. J. skin veins diseases*. 2010;3:39–41. (in Russian)
13. Tlish M.M., Osmalovskaya P.S. Lichen planus: modern aspects of etiology and pathogenesis. *Lechebnoje delo*. 2021;4:140–147. (in Russian)
14. Tlish M.M., Osmalovskaya P.S. lichen planus. Modern therapies: a systematic review. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2021;28(2):104–119. (in Russian)
15. Torshin I.Yu., Gromova O.A. World experience in the use of hydrolysates of human placenta extract in therapy. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2019;170(10):79–89. (in Russian)
16. Khairatdinova K.F., Yusupova L.A. Modern ideas about the possibilities of therapy for patients with lichen planus. *Lechaschiy vrach*. 2016;11:7–12. (in Russian)
17. Tsvetkova G.M., Mordovtcev V.N. *Pathomorphologic diagnosis of skin diseases*. Moscow: Medicine; 1986. 304 p. (in Russian)
18. Tsikolia E.M., Ivashev M.N. Laennec in dermatology. *Med journal experiment education*. 2017;2–4:168–169. (in Russian)
19. Yutskovskiy A.D., Leshunov E.V. Participation of placenta preparations in optimizing the methods of complex therapy of dermatoses. *Vyatka Medical Bulletin*. 2016;52(4):45–51. (in Russian)
20. Humberto JS, Pavanin JV, de Rocha MJA, Motta ACF. Cytokines, cortisol, and nitric oxide as salivary biomarkers in oral lichen planus: a systematic review. *Bras Oral Res*. 2018;32:e82.
21. Shah RR, Bhate C, Hernandez A, Ho CH. Lichen planus pemphigoides: a unique form of bullous and lichenoid eruptions secondary to nivolumab. *Dermatologic Therapy*. 2022;35:e15432.
22. Taceshi T. *Clin Report*. 1996;30(12):443–456.
23. Zhou Y, Vieira AR. Association between TNF- α – 308 G/A polymorphism and oral lichen planus: a meta-analysis. *J Appl Oral Sci*. 2018;26:e20170184.
24. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variant of lichen planus. *JDDG*. 2013;1610–0379.
25. Wang R, Zhang X, Wang S. Differential genotypes of TNF- α and IL-10 for immunological diagnosis in discoid lupus erythematosus and oral lichen planus: a narrative review. *Frontiers Immunology*. 2022; 967281.



Журавская С.Ю.¹, Поплавская Н.Б.²✉, Семерник М.Ю.³

¹ ОДО «Милта г. Лида», Лида, Беларусь

² Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

³ Брестский областной онкологический диспансер, Брест, Беларусь

Возможности визуализации временных дермальных наполнителей (филлеров) с помощью ультразвуковой визуализации и магнитно-резонансной томографии

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: идея, редактирование – Поплавская Н.Б.; текст и УЗИ-диагностика – Журавская С.Ю.; МРТ – Семерник М.Ю.

Подана: 10.03.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: nataliapoplavskaya887@gmail.com

Резюме

Роль объективных методов диагностики сложно переоценить, учитывая современные тенденции доказательности в медицине. Особое место занимают методы ультразвуковой визуализации (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). В связи с широким применением данных методов в общей клинической практике перспективным и информативным направлением является изучение возможностей данных методов для визуализации и диагностики в дерматологии и косметологии. В Республике Беларусь широко доступно исследование линейными датчиками на ультразвуковых сканерах общего назначения, имеющих верхний предел рабочих частот около 15 МГц. МРТ проводится на оборудовании, имеющем мощность до 3 Тл. Цель исследования – определить возможности современных диагностических методов в визуализации временных дермальных наполнителей (филлеров), а также сравнить данные методы и их диагностическую значимость при проведении исследований в динамике. В мировой практике чаще используется ультразвуковое оборудование высокой частоты – свыше 15 МГц. Для исследования были выбраны наполнители гиалуроновой кислоты (ГК) и гидроксиапатита кальция (Гак), зарегистрированные на территории Республики Беларусь как изделия медицинского назначения. Представлены состав вводимых препаратов, данные регистрационных удостоверений и инструкции. Все ультразвуковые изображения, представленные в статье, были получены при использовании линейного датчика L 12-3 (HD7, Philips Medical System). Данные МРТ получены на томографе Siemens Magnetom Spectra 3T. Исследования проводились в различные сроки: через 2 и 24 недели для филлеров ГК, для филлера Гак – через 17 недель от момента введения. Полученные данные не исключают отсутствия четкой корреляции между концентрацией ГК в филлере и сроком биodeградации. Для выявления депозитов ГК отмечена положительная прогностическая ценность метода УЗИ (частотой до 15 МГц) вместе с низкой чувствительностью, для МРТ (3 Тл) – положительная прогностическая ценность с высокой чувствительностью.

Для выявления депозитов GaK отмечена положительная прогностическая ценность метода УЗИ с достаточно высокой чувствительностью; что касается МРТ 3 Тл, то установлена нечувствительность метода в отношении GaK.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика филлеров, МРТ филлеров, гидроксипатит кальция, МРТ мягких тканей лица

Zhurauskaya S.¹, Poplaskaya N.²✉, Semernik M.³

¹ ALC "Milta Lida", Lida, Belarus

² Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

³ Brest Regional Oncological Dispensary, Brest, Belarus

Possibilities for Visualization of Dermal Fillers Using Ultrasonic Imaging and Magnetic Resonance Imaging

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: idea, editing – Poplaskaya N.; text and ultrasound diagnostics – Zhurauskaya S.; MRI – Semernik M.

Submitted: 10.03.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: nataliapoplaskaya887@gmail.com

Abstract

In clinical practice, methods of ultrasound diagnostics (US) and magnetic resonance imaging (MRI) are important. Since these methods are widely used in clinical practice, it is interesting to use these methods in relation to dermatology and cosmetology. In our country, scanning with linear probes on general-purpose ultrasonic scanners is widely available, with an upper limit of operating frequencies of about 15 MHz. MRI is performed on a tomograph with a power of up to 3 T. Research objectives is to explore the possibilities of diagnosing dermal fillers (fillers) using these available diagnostic methods. And also compare these methods and their capabilities over time. In world practice, ultrasonic equipment of high frequency (over 15 MHz) is more often used. At the moment, the equipment is not widely used in our country. For the study, fillers hyaluronic acid (HA) and calcium hydroxyapatite (CaHA) were selected, which are registered on the territory of the Republic of Belarus as medical products. Compared the composition of fillers, data of registration certificates and their instructions. All ultrasound images presented in the article were obtained using a linear probe L 12-3 (HD7, Philips Medical System). MRI images were obtained on a Siemens Magnetom Spectra 3T tomograph. The studies were carried out at different times: after two and 24 weeks for HA fillers, for the CaHA filler – after 17 weeks from the moment of injection. The results obtained indicate the absence of a strict correlation between the concentration of HA in the filler and the period of biodegradation. For the detection of HA deposits, the positive predictive value of the ultrasound method (frequency up to 15 MHz) was noted along with low sensitivity. For the detection of CaHA deposits – a positive predictive value of the ultrasound filter with a fairly high sensitivity, as for MRI 3 T – an uninformative method in relation to CaHA.

Keywords: ultrasound diagnostics of fillers, MRI of fillers, calcium hydroxyapatite, MRI of facial soft tissues

■ ВВЕДЕНИЕ

Изделия медицинского назначения на основе гиалуроновой кислоты (ГК) для внутридермального введения (временные наполнители, филлеры) различных производителей и состава широко представлены на рынке Республики Беларусь. Самые популярные наполнители – на основе ГК. Различаются они по технологии получения, очистке, сшивке, концентрации ГК, содержанию дополнительных компонентов (анестетики, антиоксиданты и др.).

Для объективной оценки эффективности использования наполнителей в нашем арсенале совсем немного методик. В нашей клинической практике наиболее часто используется фото- и видеодокументирование. Для диагностики нахождения филлера в тканях в мировой практике рекомендуется ультразвуковой метод.

Согласно рекомендациям Европейской федерации обществ ультразвука в медицине и биологии (EFSUMB) минимальная частота для визуализации кожи должна составлять 15 МГц, что является высокочастотной визуализацией [1]. Преобразователи с частотой более 20 МГц называются высокочастотными преобразователями.

В реальной клинической практике на территории Республики Беларусь данное оборудование на сегодняшний момент не получило широкого распространения и в большинстве случаев практикующему врачу не доступно. Однако широко распространены стандартные линейные датчики (частотой около 12 МГц). Датчик с такими характеристиками использовался в ходе исследования.

Ультразвуковая характеристика филлеров ГК обусловлена многими факторами. В зависимости от эхогенности (акустических свойств) наполнителя или наличия сопутствующих патологических процессов его визуализация может отображаться на экране монитора в виде гиперэхогенных (белые структуры), гипоехогенных (серые структуры) и анэхогенных (черные структуры) участков [2]. Визуализация филлера на основе ГК возможна с момента введения препарата и до момента его полной биодеградации. Стоит отметить, что в разные временные интервалы от момента введения и далее будет наблюдаться различная УЗ-картина. Непосредственно сразу после введения определяется зона пониженной эхогенности с нечеткими неровными контурами, что обусловлено травматическим повреждением тканей в результате инъекции и признаками посттравматического отека. Через месяц после введения филлера на основе ГК в зоне инъекции мягкие ткани будут неоднородной эхоструктуры за счет наличия множественных анэхогенных включений, которые и представляют собой болюсы геля. Диаметр этих включений может варьировать, но наиболее часто находится в диапазоне от 0,3 до 0,6 см. Контуры чаще ровные и четкие, форма округлая. В норме, при отсутствии миграции и дислокации, филлер будет определяться непосредственно в зоне проводимой коррекции. Со временем происходит биодеградация препарата, количество анэхогенных включений и их диаметр уменьшаются [3].

Ультразвуковая картина мягких тканей на фоне введения препаратов на основе гидроксиапатита кальция (Гак) может отличаться в зависимости от сроков введения. Препараты данной группы включают в себя микросферы Гак в сочетании с полисахаридами. Место введения филлера на основе Гак представляет собой зону повышенной эхогенности с нечеткими достаточно ровными контурами, с наличием множественных гиперэхогенных включений. Со временем происходит биорезорбция

препарата, и при ультразвуковом исследовании определяются гиперэхогенные включения (кальцинаты/микрокальцинаты ГаК). Визуализируются они непосредственно в зоне инъекции, в подкожно-жировой клетчатке. Также данные микрокальцинаты дают акустическую тень за счет явления отражения.

К недостаткам УЗ-метода можно отнести отсутствие определенных анатомических ориентиров при оценке расположения наполнителей, а также некоторую субъективность в чтении полученных результатов. Тем не менее из-за его доступности УЗИ часто является диагностическим обследованием первой линии. Учитывая ограничения УЗИ, магнитно-резонансная томография (МРТ) может быть предложена в качестве диагностики второй линии.

На МРТ филлеры ГК хорошо видны благодаря высокой гидрофильности. МРТ – это многоплоскостной и многопараметрический диагностический метод с высокой внутренней контрастностью, позволяющий оценивать мягкие ткани без воздействия ионизирующего излучения, хотя и более дорогой по сравнению с УЗИ. Кроме того, МРТ дает хорошую пространственную оценку фактического местоположения введенного наполнителя по отношению к анатомическим ориентирам. Ограничением метода при исследовании мягких тканей лица могут быть ферромагнитные артефакты из-за наличия зубных имплантатов. МРТ позволяет измерить количество филлера, оценить его протяженность и глубину в мягких тканях лица, при этом минимальный обнаруженный размер составил 2 мм (1,5 Тл). Филлеры ГК проявляются в виде множественных гипointенсивных пятен на T1-взвешенных изображениях и гиперинтенсивных – на T2-взвешенных изображениях из-за содержания в них воды.

МРТ играет также важную роль в качестве диагностического инструмента у пациентов с осложнениями. Этот диагностический метод может точно определить наличие инородного материала в мягких тканях и выявить воспаление мягких тканей при внутривенном введении гадолиния [4].

Иначе обстоят дела в отношении обнаружения ГаК методом МРТ. Обычная клиническая МРТ обычно не выявляет кальцификаты, если только они не очень большие. Было обнаружено, что эффективность МРТ при обнаружении кальцифицированных поражений низкая. Однако при использовании 3-тесла-сканеров и 16-канальных детекторов градиенты от отдельных микрокальцинатов диаметром порядка 200 микрон или кластеры меньших микрокальцинатов могут быть обнаружены с помощью МРТ с высоким спектральным и пространственным разрешением [5].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить возможности доступных методов визуализации – УЗИ и МРТ – для определения в тканях введенных наполнителей на основе ГК и ГаК.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования явился пациент, планирующий процедуру абдоминопластики. Получено информированное согласие. Пациент – женщина 41 года, имеющая индекс массы тела 20 кг/м². Толщина подкожно-жировой клетчатки в зоне интереса составила около 6 мм. Первым этапом в кожу передней брюшной стенки после разметки с интервалом в 1,5 см введено пять различных наполнителей на основе гиалуроновой кислоты (ГК) с помощью иглы. Ультразвуковая оценка проводилась в



Рис. 1. Разметка
Fig. 1. Markup

сроки: сразу после введения, через 2 недели и через 24 недели. МРТ мягких тканей проводилась без контрастного усиления в сроки через 2 и 24 недели после введения. Вторым этапом проводилось введение наполнителя на основе Гак с помощью инструмента канюли 25 G. Ультразвуковое сканирование проводилось в момент введения препарата в подкожно-жировую клетчатку с оценкой распределения в тканях в момент введения. Последующее наблюдение и оценка проведены в сроки через 17 недель с помощью УЗИ и МРТ.

Таблица 1
Характеристика филлеров ГК
Table 1
Characteristics of fillers HA

	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5
Страна-производитель	Швейцария	Италия	Австрия	Франция	Швейцария
Состав: концентрация ГК мг/мл, дополнительные компоненты	20	25	23, лидокаина 0,3%	18,5, маннитол	25
Регистрационное удостоверение	Импланты для подкожного введения гели вискоэластичные стерильные на основе гиалуроната натрия	Импланты для подкожного введения: гель для инъекций с гиалуроновой стабилизированной кислотой	Средства для дерматокосметологии и пластической хирургии: вязкоэластичный имплант для внутридермального введения	Импланты для увеличения или коррекции контура губ	Гели для интрадермального введения на основе гиалуроновой кислоты

Окончание таблицы 1

Согласно инструкции к препарату	Наружный и средний слои кожи для коррекции мимических морщин в периоральной области, поверхностная и средняя дерма, может быть введен в технике бланширования	Зоны коррекции: носогубные складки, перибукальные морщины, шрамы, глабеллярные морщины, лобные морщины, зоны лица, нуждающиеся в увеличении объема, увеличение объема и контура губ. Указаны рекомендации по введению в средние/глубокие слои дермы	Для коррекции средних и глубоких морщин и складок на лице. Применяется в восстановительных процедурах при лечении липодистрофии лица, деструктивных шрамов или морфологической асимметрии, изделение вводится в глубокие слои дермы и под кожу	Вводить в слизистую оболочку губ и/или рядом	Введение в носогубные складки, морщины вокруг губ, рубцы от акне, морщины над переносицей, морщины на лбу, зоны лица, которым необходим дополнительный объем (щеки, подбородок, скулы, губы). Вводится в среднюю/глубокую дерму
---------------------------------	---	---	--	--	---

Диагностика осуществлялась при использовании линейного датчика L 12-3 (HD7, Philips Medical System). МРТ проведена на томографе Siemens Magnetom Spectra 3T – 3 Тл.

При эстетической коррекции филлеры чаще вводятся небольшими болюсами. Поэтому препараты ГК были введены иглой объемами болюсов около 0,13 мл на расстоянии 1,5 см между инъекциями (рис. 1).

Препарат на основе ГаК введен канюлей.

В исследование включены филлеры на основе ГК с характеристиками [6–10], представленными в табл. 1.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По нашим данным, после введения филлера (особенно при введении препарата через множественные проколы иглой) наблюдаются эхонегативные зоны с неправильными контурами, более нечеткими – при введении иглой через множественные проколы, более четкими – при введении препарата канюлей. Непосредственно после процедуры в зонах введения визуализируются гиперэхогенные включения, иногда с артефактом «хвоста кометы» – пузырьки воздуха, попавшие вместе с препаратом, что затрудняет сонографическую оценку сразу после введения (рис. 2–6).

В табл. 2 представлены сонограммы фрагментов филлеров ГК на разных сроках. Препарат № 1 методом УЗ-сканирования в указанные сроки не визуализировался.

На снимках – МРТ-отображение филлеров ГК в те же сроки (табл. 3).

Проведено исследование гидроксиапатита кальция, введенного под ультразвуковым контролем канюлей (изображения в табл. 4), в момент введения, а также через 17 недель (УЗИ и МРТ).

Как видно из сонограмм в табл. 2, со временем происходит уменьшение объема болюсов филлеров ГК, появляется большее количество эхогенных включений, становятся более нечеткими контуры, что соответствует УЗ-картине биодеградации филлера. Примечательно, что возможности детекции филлера в тканях не коррелируют с концентрацией ГК. Препарат № 1 не визуализирован через 14 дней после введения ни одним методом. Возможно, данный препарат производителем ошибочно отнесен

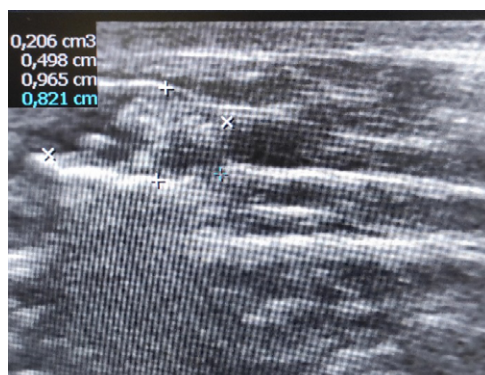


Рис. 2. Филлер ГК № 1
Fig. 2. Filler HA № 1

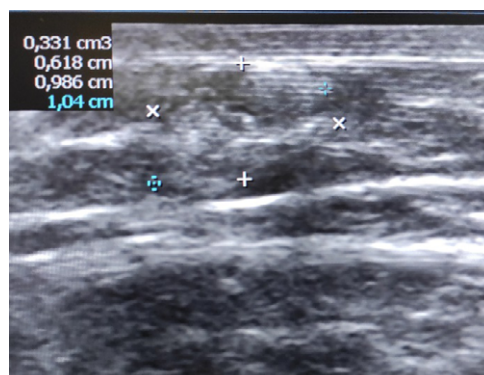


Рис. 3. Филлер ГК № 2
Fig. 3. Filler HA № 2

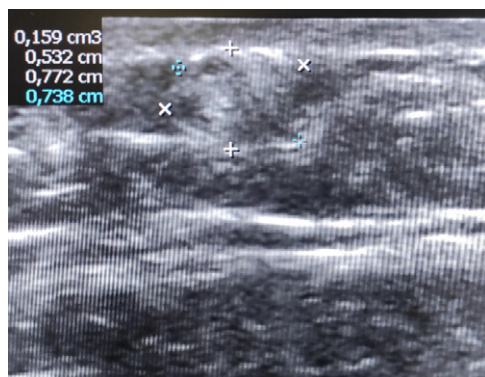


Рис. 4. Филлер ГК № 3
Fig. 4. Filler HA № 3

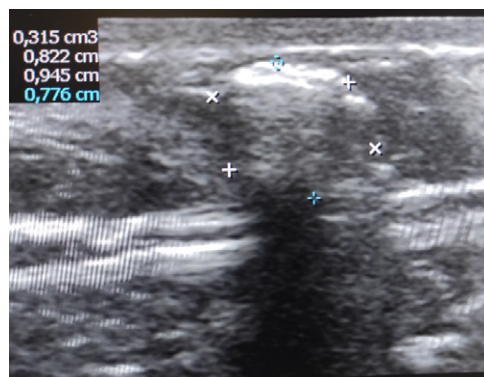


Рис. 5. Филлер ГК № 4
Fig. 5. Filler HA № 4

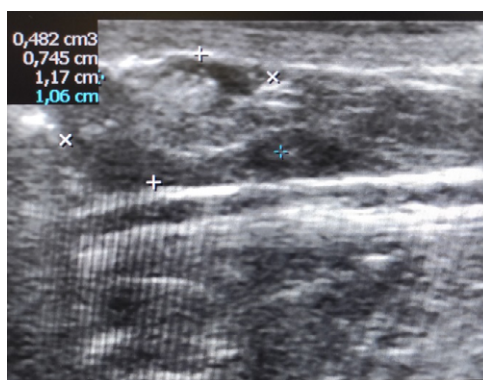


Рис. 6. Филлер ГК № 5
Fig. 6. Filler HA № 5

Таблица 2
Сонограммы филлеров ГК в сроки через 2 и 24 недели
Table 2
Sonograms fillers later 2 and 24 weeks

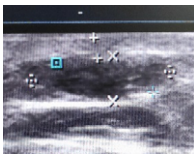
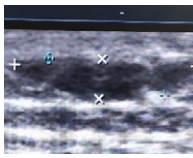
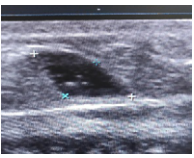
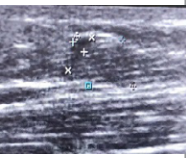
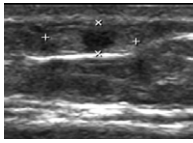
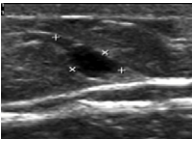
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5
Страна-производитель	Швейцария	Италия	Австрия	Франция	Швейцария
Концентрация ГК мг/мл, дополнительные компоненты	20	25	23, лидокаина 0,3%	18,5, маннитол	25
Через 2 недели	Не визуализирован				
Через 24 недели	Не визуализирован	Не визуализирован			Не визуализирован

Таблица 3
Филлеры ГК на МРТ
Table 3
Fillers HA, MRI

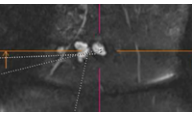
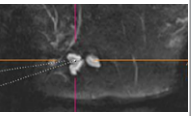
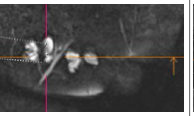
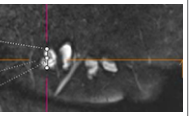
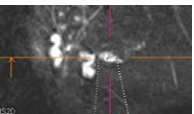
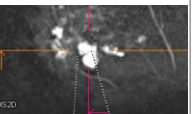
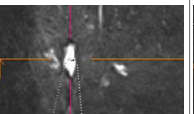
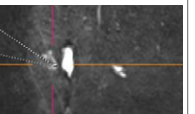
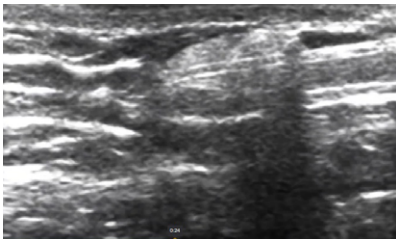
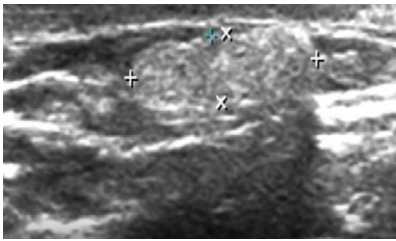
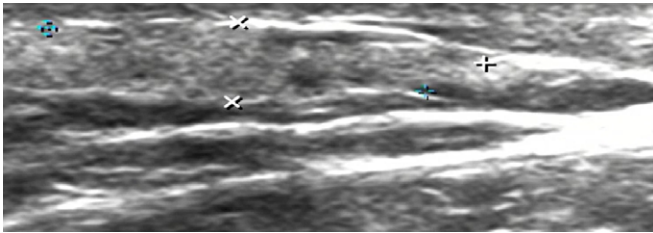
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5
Через 2 недели	Не визуализирован				
Через 2 недели, описание	–	5×12×9 мм, с достаточно гомогенной структурой	5×10×14 мм, с признаками фрагментации	5×12×18 мм, с достаточно гомогенной структурой в зоне большего скопления, с фрагментацией – в зоне меньшего скопления	4×12×13 мм, с признаками наиболее выраженной фрагментации
Через 24 недели	Не визуализирован				
Через 24 недели, описание	–	5,5×12 мм, выражено неправильной формы и негомогенной структуры с признаками фрагментации и, вероятно, рассасывания	5,5×13 мм, с достаточно гомогенной структурой и четкими контурами	4,5×9 мм, вытянутой в вертикальном направлении формы, с гомогенной внутренней структурой	3×8 мм, тонкая тубулярная структура с признаками рассасывания содержимого

Таблица 4
Филлер ГаК в момент введения и через 17 недель
Table 4
Filler CaHA at the time of administration and after 17 weeks

	Гидроксиапатит кальция	
В момент введения (УЗИ)		
Через 17 недель (УЗИ)		
Через 17 недель (МРТ)	Не визуализируется	

к категории имплантов. Препараты № 2 и № 5, не визуализируемые через 24 недели методом УЗ, на МРТ имели значительные признаки биодеградации. Что касается препаратов № 3 и № 4, то заметим, что их возможность определения методом УЗ коррелировала с гомогенной структурой, определяемой на МРТ. Примечательно, что препарат № 4, имеющий наименьшую концентрацию ГК (18,5 мг/мл), показал хорошие акустические характеристики и гомогенную структуру на МРТ. Возможно, это связано с дополнительным компонентом (маннитолом), оказывающим антиоксидантный эффект.

Что касается наполнителя на основе ГаК, то благодаря его акустическим свойствам он хорошо визуализирован с помощью стандартного линейного датчика и в сроки через 17 недель после введения. В момент введения болюс имел овальную форму, при исследовании в динамике приобрел вытянутую форму (по ходу канюли).

С помощью МРТ не удалось визуализировать болюсы препарата ГаК через 17 недель после введения. Это согласуется с данными [5], согласно которым можно получить изображение частиц размером от 200 микрон. В препарате ГаК [11] размер частиц составляет всего 25–45 микрон.

■ **ВЫВОДЫ**

1. С помощью УЗИ можно определить расположение наполнителя ГК и ГаК сразу после введения.
2. При использовании стандартных линейных датчиков отмечена положительная прогностическая ценность метода УЗИ в диагностике наполнителей ГК вместе с низкой чувствительностью.

3. МРТ (3 Тл) – метод с высокой чувствительностью для определения филлеров ГК.
4. Для определения депозитов препаратов на основе ГК может быть рекомендован метод УЗИ в связи с высокой чувствительностью и достаточной специфичностью.
5. МРТ (3 Тл) не информативна в отношении определения филлеров ГК.
6. С помощью УЗИ можно исследовать изменение формы болюсов наполнителя, миграцию, распределение с течением времени. Этот аспект важен в отношении эстетического эффекта, получаемого от наполнителя, а также в отношении профилактики осложнений (миграция, контурирование со временем из-за перемещения).
7. Для эстетической коррекции играют роль сроки сохранения филлера в тканях, возможность оказывать эстетический эффект. Так, например, имплант визкоэластичный с концентрацией ГК 20 мг/мл не был визуализирован через 14 дней ни методом МРТ, ни методом УЗИ. Возможно, по своим характеристикам его следовало отнести к препаратам другой группы (например, к биоревитализантам), чтобы не вводить в заблуждение практического врача. Препараты, имеющие хорошие акустические свойства и гомогенную структуру на МРТ в течение 24 недель после введения (в нашем случае Stylage lips, Vivacy и Saypha filler, Croma), могут быть рекомендованы для введения с целью получения хорошего прогнозируемого эстетического результата.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Mlosek R.K. High-frequency ultrasound in the 21st century. *J Ultrason*. 2020;20:233–241. Available at: <https://doi.org/10.15557/JoU.2020.0042>
2. Ikonnikova E.V. Ultrasonic equipment. New technologies. Ultrasound diagnostics and therapy in cosmetology practice. *Physiotherapist*. 2019;4:72–75. (in Russian)
3. Vasilev A., Privalova E. *Ultrasound in cosmetology*. Moscow: STROM; 2020. (in Russian)
4. Girolamo M.D. MRI in the evaluation of facial dermal fillers in normal and complicated cases. *Eur Radiol*. 2015;25(5):1431–1442. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00330-014-3513-2>
5. Mustafi D. Using MRI to detect and differentiate calcium oxalate and calcium hydroxyapatite crystals in air-bubble-free phantom. *Phys Med*. 2015;31(8):1075–1079. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ejmp.2015.07.141>
6. Available at: https://www.rceth.by/Refbank/reestr_medicenskoy_tehniki/details/7_110753-7_241680 (accessed 10 January 2023).
7. Available at: https://www.rceth.by/Refbank/reestr_medicenskoy_tehniki/details/7_106943-7_225003 (accessed 10 January 2023).
8. Available at: https://www.rceth.by/Refbank/reestr_medicenskoy_tehniki/details/7_110873-7_243427 (accessed 10 January 2023).
9. Available at: https://www.rceth.by/Refbank/reestr_medicenskoy_tehniki/details/7_107082-7_225798 (accessed 10 January 2023).
10. Available at: https://www.rceth.by/Refbank/reestr_medicenskoy_tehniki/details/7_109080-7_235995 (accessed 10 January 2023).
11. Available at: https://www.rceth.by/Refbank/reestr_medicenskoy_tehniki/details/7_107060-7_224810 (accessed 10 January 2023).



Музыченко А.П. ✉, Качук М.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Дерматологические проявления при ревматических заболеваниях

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: написание текста, автор идеи – Музыченко А.П.; редактирование – Качук М.В.

Подана: 07.03.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: anna.muzychenka@gmail.com

Резюме

Изменения кожи наблюдаются при различных ревматологических заболеваниях. Дерматологические проявления также могут быть индикатором системного поражения и прогностического исхода. Многие заболевания соединительной ткани имеют широкий спектр кожных проявлений, характерных для различных заболеваний. Дерматологические симптомы часто предшествуют системным клиническим проявлениям, и клиницисту важно распознавать и дифференцировать наиболее распространенные кожные симптомы, встречающиеся у пациентов с ревматическими заболеваниями.

Ключевые слова: поражения кожи, дерматологические проявления, ревматические заболевания, ониходистрофия

Muzychenka H. ✉, Kachuk M.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Dermatological Manifestations in Rheumatic Diseases

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the author of the idea, writing – Muzychenko H.; editing – Kachuk M.

Submitted: 07.03.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: anna.muzychenka@gmail.com

Abstract

Skin disorders are observed in a variety of rheumatologic conditions. Dermatologic findings can also be an indicator of systemic involvement and prognostic outcome; however, many connective tissue disorders have a wide variety of cutaneous manifestations, with significant overlap between different diseases. These skin signs often precede systemic clinical manifestations. It is important for the clinician to recognize and discern the most common cutaneous lesions and patterns encountered in patients with rheumatic diseases.

Keywords: skin lesions, dermatological manifestations, rheumatic diseases, onychodystrophy

Кожный синдром является одним из частых признаков ревматических и ауто-воспалительных заболеваний. Адекватная оценка и интерпретация дерматологических проявлений играет важную роль в дифференциально-диагностическом поиске, способствует достоверному и своевременному распознаванию болезни. Изменения кожи и ее придатков часто предшествуют системным симптомам. Также они могут выступать в качестве прогностического маркера системного поражения.

Все кожные проявления можно разделить на специфические (например, ревматоидные узелки при ревматоидном артрите, гелиотропная сыпь при дерматомиозите) и неспецифические, характерные для многих заболеваний (табл. 1) [1–4, 7].

Васкулит может свидетельствовать о заболевании, ограниченном кожей, или быть проявлением системного заболевания (табл. 2). Васкулиты (ангииты) кожи – дерматозы, в клинической и патоморфологической картине которых первоначальным и ведущим звеном выступает неспецифическое воспаление стенок дермальных и гиподермальных кровеносных сосудов разного калибра [8, 9].

Ониходистрофии – собирательный термин для обозначения изменений ногтей, возникающих под влиянием разнообразных неинфекционных (эндогенных и экзогенных) факторов; представляют собой патологическое состояние кожи, матрикса ногтя, ногтевого ложа и самой ногтевой пластинки (формы, поверхности, толщины и цвета).

Деформация ногтевых пластин нередко является частью симптомокомплекса болезней внутренних органов, что может иметь большое значение при постановке общего диагноза (табл. 3).

Ониходистрофия является как самостоятельной нозологией, так и клиническим проявлением различных дерматозов, а также ревматологических, инфекционных, нервно-психических, эндокринных и других заболеваний. На долю ониходистрофий приходится около 50% патологий ногтей. Симптомы поражения ногтей, как правило, не строго патогномоничны для определенного заболевания. Следует помнить, что наличие дистрофического изменения ногтей не исключает грибковой инфекции (онихомикоза). Так, у 25% пациентов с псориазом поражение ногтевых пластин сочетается с грибковой инфекцией. Изменения ногтей при онихомикозах являются типичными, но не специфическими, в связи с чем диагностика онихомикозов не может основываться только на клинической картине. В связи с этим пациенты из групп риска должны быть обследованы на наличие микотической микробиоты. Диагноз устанавливается с помощью микроскопического исследования обнаружения гриба и посева патологического материала на питательные среды [5, 6].

Таблица 1
Дерматозы, ассоциированные с ревматологическими заболеваниями
Table 1
Dermatoses associated with rheumatologic diseases

Дерматологические симптомы	Ревматологические заболевания	Другие заболевания
Ревматоидные узелки (подкожные безболезненные образования, размерами от нескольких мм до 3–5 см в диаметре, в области пораженных суставов преимущественно на предплечьях)	Ревматоидный артрит	

Продолжение таблицы 1

Стойкая возвышающаяся эритема (Erythema elevatum diutinum) (безболезненные возвышающиеся бляшки красновато-синюшного, а в дальнейшем буровато-красного цвета, с гладкой поверхностью, диаметром 3–5 см, плотной консистенции с западающим центром и неправильными очертаниями, иногда дугообразными или кольцевидными)	Ревматоидный артрит	Лекарственная сенсibilизация, рецидивирующие бактериальные инфекции (чаще стрептококковые), вирусные инфекции (включая гепатит В и ВИЧ), гематологические заболевания
Сетчатое ливедо (Livedo reticularis)	Ревматоидный артрит, антифосфолипидный синдром, криоглобулинемический васкулит, синдром Снеддона, системная красная волчанка, дерматомиозит, узелковый полиартериит, синдром Рейно	Физиологическое («cutis marmorata»), ливедо-ангиит, эритромелалгия, COVID-19-ассоциированный васкулит, лекарственная сенсibilизация, гипер- и гипотиреоз, сердечная недостаточность, истинная полицитемия, гепариновые или варфариновые некрозы, туберкулез
Уртикарный васкулит (воспалительные пятна, волдыри, клинически напоминают крапивницу, гистологически – признаки, характерные для лейкоцитокластического васкулита)	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, синдром Шегрена, синдром Рейно, рецидивирующий полихондрит	Дермальный васкулит (уртикарный тип), гепатиты, моноклональные гаммапатии Ig A и Ig M, лейкопения, лекарственная сенсibilизация
Белая атрофия кожи Миулиана (множество мелких гладких фарфорово-белых участков атрофии кожи округлой или неправильной формы диаметром 2–5 мм с гиперпигментированными ободками на коже голеней, в зоне мыщелков, тыла стоп)	Ревматоидный артрит	Хроническая венозная недостаточность
Геморрагический васкулит (петехии, отечная пурпура («пальпируемая пурпура»), экхимозы, геморрагические пузыри)	Ревматоидный артрит, иммуноглобулин-А-ассоциированный васкулит (анафилактическая пурпура Шенлейна – Геноха)	Дермальный васкулит (геморрагический тип)
Некротизирующий гранулематозный васкулит (папулы, узлы, язвы, петехии, эритема, пузыри с геморрагическим содержимым, ретикулярное ливедо)	Ревматоидный артрит, болезнь Бехчета, узелковый периартериит, болезнь Вегенера, синдром Шегрена	
Гангренозная пиодермия (язвы с отечным некротическим основанием и возвышающимися подрывными краями темно-красного или фиолетового цвета)	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Бехчета	Гаммапатии, лейкопения, лимфома, гепатит С, саркоидоз, гнойный гидраденит, воспалительное заболевание кишечника
Симметричные папулы/узлы/бляшки на разгибательных поверхностях локтей и пальцев	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, дерматомиозит	Околосуставные подушечки пальцев (holoderma)
Интерстициальный гранулематозный дерматит (четко ограниченные папулы или бляшки на коже туловища и конечностей, сливающиеся в линейные и кольцевидные очаги)	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, ювенильный идиопатический артрит, болезнь Стилла, синдром Шегрена, синдром Черджа – Стросса, болезнь Бехчета	Лимфопролиферативные заболевания, бронхиальный плоскоклеточный рак, аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунный гепатит, лекарственная сенсibilизация

Продолжение таблицы 1

Ладонная эритема (покраснение и шелушение ладоней)	Ревматоидный артрит	Контактный дерматит, болезнь Лейна (наследственная эритема ладоней), акральная эритема (лекарственная сенсibilизация), эритема ладоней беременных, синдром ладонного фасциита с полиартритом (при раке яичников и простаты)
Гиперпигментация (различной интенсивности изменение цвета кожных покровов – от светло-коричневого до аспидно-черного)	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка	Болезнь Дюулинга – Дегоса, меланоз Дюбрея, дерматоз Дункана, лекарственно-индуцированные реакции, меланодермия, меланома, неоплазии, лентиги, болезнь Аддисона, гемохроматоз, первичный билиарный холангит
Эритромелалгия (пароксизмальное расширение сосудов (мелких артерий) верхних и нижних конечностей, реже – лица, ушных раковин или коленей, сопровождающееся острой болью, гиперемией и повышением температуры кожи)	Ревматоидный артрит, синдром Шегрена, лейкоцитокластический васкулит, системная красная волчанка, смешанное заболевание соединительной ткани	Истинная полицитемия, идиопатическая тромбоцитопения, лейкоз, сфероцитарная и пернициозная анемия, криоглобулинемия, системный мастоцитоз, лекарственно-индуцированные реакции, рассеянный склероз, синдром Райли – Дея, неоплазии
Витилиго	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, синдром Шегрена	Депигментирующее заболевание кожи
Алопеция	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, синдром Шегрена	Нерубцовая алопеция, рубцовая алопеция, хроническая красная волчанка, ограниченная склеродермия
Псориазиформные высыпания (симметрично расположенные розово-красного цвета узелки, округлые бляшки, покрытые рыхлыми серебристо-белыми чешуйками)	Псориаз, системная красная волчанка	Лекарственно-индуцированные реакции (в т. ч. ингибиторами ФНО-α), хроническая диссеминированная красная волчанка, параспориаз, сифилис, себорейный дерматит, экзема, дерматофитии
Фотодерматит (моно- или полиморфные высыпания на участках кожи, подверженных инсоляции)	Системная красная волчанка, дерматомиозит, болезнь (синдром) Шегрена	Хроническая красная волчанка, фототоксические лекарственно-индуцированные реакции, розацеа
Гелиотропная сыпь (лилового или красного цвета периорбитальные высыпания (симптом «лиловых очков»), отек и ярко-красного цвета эритема кожи лба, век, щек	Дерматомиозит	
Центрофациальная эритема (гиперемия скуловой, носо-щечной области лица)	Системная красная волчанка, дерматомиозит	Розацеа, карциноидный синдром, блашинг-синдром, истинная полицитемия, пеллагра, рожистое воспаление

Окончание таблицы 1

Эрозии, язвы полости рта	Системная красная волчанка, болезнь Бехчета, синдром Шегрена	Сифилис, вирусные инфекции, акантолитическая пузырчатка, красный плоский лишай, буллезный пемфигоид
Атрофия кожи (гипоплазия, истончение, потеря эластичности кожи)	Дерматомиозит, системная склеродермия, системная красная волчанка	Хроническая красная волчанка, ограниченная склеродермия, анетодермия, стероидная атрофия кожи, склероатрофический лихен, хронический атрофический акродерматит, синдром Гольца, аплазия кожи
Пойкилодермия: комплекс дистрофических изменений кожи, характеризующийся сетчатой гиперпигментацией с телеангиэктазиями и участками атрофии кожи	Дерматомиозит, системный склероз, системная красная волчанка	Синдром Ротмунда – Томсона, пойкилодермия Сиватта, параспориоз, анемия Фанкони, прогерия, Т-клеточная лимфома кожи
Ксероз (патологическая сухость кожи, слизистых оболочек)	Синдром Шегрена	Хронические дерматозы с нарушением кератинизации, ихтиоз, сахарный диабет, гепатиты, лекарственно-индуцированные реакции, гипотиреоз, почечная недостаточность, гиповитаминозы, пожилой возраст

Таблица 2
Вторичные васкулиты
Table 2
Secondary vasculitides

Красная волчанка	Кожный лейкоцитокластический васкулит: эритематозные пятна и папулы, пальпируемая пурпура, ишемические поражения или язвы, уртикарные поражения (волдыри) и узелки
Ревматоидный артрит	Кожный лейкоцитокластический васкулит: пальпируемая пурпура, язвы, дигитальная ишемия, макулопапулезная эритема, геморрагические пузыри, стойкая возвышающаяся эритема, ретикулярное (сетчатое) ливедо, подкожные узелки, ливедо-ангиит
Саркоидоз	Лейкоцитокластический васкулит с/без гранулем, ретикулярное (сетчатое) ливедо, язвы нижних конечностей, кольцевидные бляшки пурпурного цвета
Синдром Шегрена	Лейкоцитокластический васкулит, уртикарный васкулит и криоглобулинемический васкулит
Лекарственно-индуцированные реакции (разрешение симптомов после отмены лекарств)	Ингибиторы ФНО-α, левамизол, пропилтиоурацил, гидралазин, ритуксимаб, монтелукаст, гипопиридемические лекарственные препараты
Опухоли	Паранеопластические синдромы (лимфопролиферативные и миело-пролиферативные заболевания)
Другие	Дерматомиозит Системный склероз Воспалительные заболевания кишечника COVID-19 (кожный лейкоцитокластический васкулит мелких сосудов, уртикарный васкулит, перниоподобные поражения конечностей (акральная ишемия))

Таблица 3
Ониходистрофии, ассоциированные с ревматологическими заболеваниями
Table 3
Onychodystrophies associated with rheumatologic diseases

Симптом	Характеристика	Ревматологические заболевания	Дерматологические заболевания	Другие причины
Поперечная борозда ногтя (линия Бо – Рейли)	Поперечная (дугообразная) борозда, пересекающая поверхность ногтевой пластинки от одного бокового валика до другого	Красная волчанка	Псориаз, экзема, вульгарная пузырчатка, Т-клеточная лимфома кожи	Инфекции с высокой лихорадкой, диабетическая микроангиопатия, травмы ногтя, лекарственная сенсибилизация, перенесенные тяжелые заболевания (инфаркт миокарда, пневмония, тромбоэмболия легочной артерии)
Продольные борозды	Слабо выраженные поверхностные бороздки (линии) на поверхности ногтевых пластин	Ревматоидный артрит, болезнь Рейно, подагра, системные заболевания соединительной ткани	Псориаз, красный плоский лишай	Облитерирующий эндартериит, пожилой возраст
Онихолизис	Отделение дистальной части ногтевой пластинки от подлежащего ложа	Красная волчанка, псориатический артрит, реактивный артрит, склеродермия	Вульгарная пузырчатка, поздняя кожная порфирия, сифилис, онихомикоз	Амилоидоз, множественная миелома, анемия, бронхоэктазы, карцинома легких, эритропоэтическая порфирия, гистиоцитоз Х, периферическая ишемия, неврит, пеллагра, плевральный выпот, болезнь щитовидной железы
Онихорексис	Расщепление ногтевой пластинки в продольном направлении	Узелковый периартериит, системная склеродермия	Псориаз, экзема, красный плоский лишай, онихомикоз	Эндокринопатии, заболевания печени
Онихомадезис	Проксимальная отслойка ногтевой пластинки от ложа	Красная волчанка	Псориаз, вульгарная пузырчатка, онихомикоз, гнездная алопеция	Болезнь Kawasaki, стрептококковая инфекция, травмы ногтя, приемом антибиотиков, цитостатиков, системных ретиноидов
Онихошизис («ноготь пианиста»)	Расщепление ногтевой пластинки в поперечном направлении, параллельно свободному краю ногтя	Узелковый периартериит, системная склеродермия	Экзема	Травмы ногтя
Склеронихия	Утолщение ногтевой пластинки с потерей прозрачности, при этом ногти приобретают желтовато-коричневый цвет	Дерматомиозит, красная волчанка, системная склеродермия	Онихомикоз	Эндокринопатии

Окончание таблицы 3

Трахioniхия	Шероховатость и тусклость ногтевой пластинки вследствие избыточного количества продольных гребешков	Красная волчанка, системная склеродермия	Псориаз, экзема, гнездная алопеция, atopический дерматит, красный плоский лишай	Травмы ногтя, сахарный диабет, дисфункция щитовидной железы
Гапалонихия	Истончение и размягчение ногтевой пластинки	Хронический артрит		Гипотиреоз, периферические нейропатии и ангиопатии, гиповитаминозы
Синдром желтых ногтей	Утолщение и искривление ногтевой пластинки желтого цвета	Ревматоидный артрит		Лимфостаз, хронические заболевания бронхолегочной системы, синдром Гийена – Барре
Околоногтевая эритема	Покраснение околоногтевых валиков, разрастание кутикулы	Дерматомиозит		
Околоногтевые телеангиэктазии	Кровоизлияния ногтевого ложа	Дерматомиозит, болезнь Бехчета	Псориаз	Сладж-синдром
«Красная лунула»	Гиперемия луночки ногтевой пластинки	Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, дерматомиозит	Псориаз, хроническая крапивница, гнездная алопеция, склероатрофический лишай	Цирроз печени, хроническая обструктивная болезнь легких, сердечная недостаточность, COVID-19-ассоциированный васкулит
Наперстковидная истинная истонченность ногтей («симптом наперстка»)	Мелкие точечные вдавления и ямки на поверхности ногтевой пластинки	Ревматизм	Гнездная алопеция, псориаз, эксфолиативный дерматит, красный плоский лишай, экзема	
Симптом «масляного пятна»	Помутнение ногтевой пластинки вследствие подногтевого гиперкератоза		Псориаз	
Инфаркты ногтевого ложа	Очаговые некрозы кожи в области ногтевого ложа	Ревматоидный артрит, узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера		
Лейконихия	Наличие в толще ногтевой пластинки участков белого цвета различной величины и формы	Ревматоидный артрит, подагра	Болезнь Дарье	Гиповитаминозы, перенесенные инфекционные заболевания с лихорадкой, лимфопролиферативные заболевания
Ногти Линдсея, или «половина на половину» (half-and-half nails)	Лейконихия проксимальной части ногтя за счет отека ногтевого ложа и сужения капилляров, дистальная часть ногтя без изменений	Болезнь Бехчета		Хроническая почечная недостаточность

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Alves F., Gonçalves M. Suspected inflammatory rheumatic diseases in patients presenting with skin rashes. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2019;33(4):101440.
2. Engin B., Sevim A., Cesur S.K., Tüzün Y. Eruptions in life-threatening rheumatologic diseases. *Clin Dermatol.* 2020;38(1):86–93.
3. Kurtzman D. Rheumatologic dermatology. *Clin Dermatol.* 2018;36(4):439–441.
4. Lora V., Cerroni L., Cota C. Skin manifestations of rheumatoid arthritis. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018;153(2):243–255.
5. Löser C.R., Nenoff P., Mainusch O., Dippel E., Balakirski G. Common diseases of the nail: Diagnosis and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2021;19(12):1761–1775.
6. Martinelli N., Olivieri O. A dangerous onychodystrophy. *Am J Hematol.* 2021;96(7):891–892.
7. Mazzoni D., Kubler P., Muir J. Recognising skin manifestations of rheumatological disease. *Aust J Gen Pract.* 2021;50(12):873–878.
8. Paravar T. Less common rheumatologic disorders: Current concepts of skin and systemic manifestations. *Clin Dermatol.* 2018;36(4):525–532.
9. Santoro F.A., Huang J. Ocular involvement in cutaneous connective tissue disease. *Clin Dermatol.* 2016;34(2):138–45.



Матылевич О.П. ✉, Гришель А.С., Ровский Д.В., Бакиновская И.Е., Доломанова Е.В., Копшай П.А.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь

Опухоль Бушке – Лёвенштейна вульвы у пациентки с ВИЧ-положительным статусом: общие сведения и описание клинического случая

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, написание рукописи, редактирование – Матылевич О.П.; сбор и анализ данных отечественной и зарубежной литературы, написание рукописи – Гришель А.С.; обработка данных, редактирование – Ровский Д.В.; анализ данных литературы, редактирование – Бакиновская И.Е.; анализ и обработка данных, редактирование – Доломанова Е.В.; предоставление фото микропрепаратов, написание рукописи – Копшай П.А.

Подана: 13.12.2022

Принята: 20.03.2023

Контакты: omatylevich@tut.by

Резюме

Гигантская остроконечная кондилома, также известная как опухоль Бушке – Лёвенштейна, представляет собой редкое заболевание. Хотя его злокачественный потенциал ограничен, опухоль характеризуется агрессивным локальным ростом с экспансией и разрушением окружающих тканей, что приводит к сложным терапевтическим проблемам и ухудшает качество жизни пациентов. В статье представлены общие сведения о данном заболевании и описан клинический случай локально распространенной опухоли Бушке – Лёвенштейна вульвы у пациентки с ВИЧ-положительным статусом, которая была успешно пролечена хирургическим способом на фоне применения высокоактивной антиретровирусной терапии.

Ключевые слова: остроконечные кондиломы, опухоль Бушке – Лёвенштейна, ВПЧ, ВИЧ-инфекция, клинический случай

Matylevich O. ✉, Grishel A., Rouski D., Bakinouskaya I., Dalamanava A., Kopshaj P.
N.N. Alexandrov National Cancer Center of Belarus, Minsk, Belarus

Buschke – Löwenstein Tumor of the Vulva in a Patient with HIV-positive Status: General Information and Description of a Clinical Case

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of the study, writing, editing – Matylevich O.; collection and analysis of data from domestic and foreign literature, writing – Grishel A.; data processing, editing – Rouski D.; analysis of literature data, editing – Bakinouskaya I.; data analysis and processing, editing – Dalamanava A.; provision of photo slides, writing – Kopshaj P.

Submitted: 13.12.2022

Accepted: 20.03.2023

Contacts: omatylevich@tut.by

Abstract

Giant condyloma acuminata, also known as Buschke – Löwenstein tumor, is a rare disease. Although its malignant potential is limited, the tumor is characterized by aggressive local growth with expansion and destruction of surrounding tissues, which leads to complex therapeutic problems and worsens the quality of life of patients. The article presents general information about this disease and describes a clinical case of a locally advanced Buschke – Lowenstein tumor of the vulva in an HIV-positive patient who was successfully treated surgically against the background of highly active antiretroviral therapy.

Keywords: genital warts, Buschke – Lowenstein tumor, HPV, HIV infection, case report

■ ВВЕДЕНИЕ

Остроконечные кондиломы – это доброкачественные новообразования, передаваемые половым путем и вызываемые вирусом папилломы человека (ВПЧ), преимущественно 6-го и 11-го типов [1]. Через 2 года после сексуального дебюта более 80% людей инфицированы ВПЧ [2]. Хотя контактирующие с ВПЧ способны передавать заболевание, аногенитальные кондиломы возникнут только у 10% пациентов и в 3 раза чаще у мужчин [3–6].

Основными симптомами остроконечных кондилом у женщин являются боль, зуд, диспареуния, увеличение вагинальных выделений, кровотечения, однако многие случаи протекают бессимптомно [7].

■ ГИГАНТСКАЯ ОСТРОКОНЕЧНАЯ КОНДИЛОМА БУШКЕ – ЛЁВЕНШТЕЙНА

Общие сведения

Гигантская остроконечная кондилома, также известная как опухоль Бушке – Лёвенштейна (ОБЛ), является редким заболеванием. Точная частота встречаемости опухоли неизвестна. По оценкам некоторых авторов, заболеваемость находится на уровне 0,1% в общей популяции, а соотношение мужчин и женщин составляет 2,7:1 [8, 9]. Опухоль чаще возникает у людей в возрасте старше 40 лет.

Новообразование является доброкачественным, но имеет тенденцию к локально деструктивному быстрому росту и характеризуется размером свыше 10 см [10, 11].

По данным литературы, злокачественная трансформация происходит в 30–56% случаев, а также высок риск развития рецидива после хирургической операции [12].

Историческая справка и классификация

Гигантская остроконечная кондилома впервые была описана более 100 лет назад (в 1896 г.) в Стереоскопическом атласе Нейссера. Впоследствии в 1925 г. немецкий дерматолог Abraham Buschke и его ассистент Ludwig Löwenstein описали опухоль Бушке – Лёвенштейна как поражение полового члена под названием «карциномоподобная остроконечная кондилома», клинически напоминающее как обычные кондиломы, так и плоскоклеточный рак, но с другим гистологическим видом и биологическим поведением.

Опухоль Бушке – Лёвенштейна ранее классифицировалась как веррукозная карцинома. Термин «веррукозная карцинома» был впервые введен Ackerman в 1948 г. и характеризует вариант плоскоклеточной карциномы с отличительными чертами, основными из которых являются комплексы из хорошо дифференцированного плоского эпителия, экспансивный рост и преобладание экзофитного компонента (веррукозный вид). Считалось, что веррукозная карцинома представляет собой промежуточное состояние между остроконечными кондиломами и плоскоклеточным раком [13–15]. Согласно последним исследованиям, ОБЛ и веррукозная карцинома должны быть признаны двумя отдельными образованиями, поскольку ОБЛ связана с ВПЧ 6-го или 11-го типов, тогда как веррукозные карциномы обычно не связаны с ВПЧ-инфекцией [16–18].

Клинические проявления

У женщин основным местом возникновения опухоли Бушке – Лёвенштейна является вульва, почти всегда развитию опухоли предшествует остроконечная кондилома, с момента появления которой до развития опухоли проходит в среднем от 2 до 10 лет [19]. Чрезмерный рост приводит к проблемам с гигиеной, увеличивает риск вторичных инфекций и искажает образ половых органов, что является причиной социального и психологического дискомфорта. В редких случаях гигантская кондилома может приводить к образованию свищей [20].

Диагностика

Опухоль Бушке – Лёвенштейна диагностируется на основании анамнеза, клинической и гистологической картины. Гистологически опухоль имеет сходные с остроконечной кондиломой изменения, за исключением большого размера. Характеризуется полипоидным образованием с выстилкой многослойным плоским эпителием, характеризующимся гиперкератозом, паракератозом, акантозом и койлоцитарной атипией [21, 22]. Важно тщательное гистологическое исследование для исключения инвазии (трансформации в плоскоклеточный рак). Визуализирующие исследования, такие как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, настоятельно рекомендуются для оценки местного и регионального распространения и обеспечения назначения оптимальной терапии [23].

Методы лечения

В настоящее время нет рандомизированных контролируемых исследований, оценивающих оптимальное лечение опухоли Бушке – Лёвенштейна. Выделяют следующие виды лечения: местная терапия (подофиллин, фторурацил или лучевая терапия), хирургическое удаление (криотерапия с использованием жидкого азота, CO₂-лазеротерапия, электрокоагуляция или широкое иссечение) и иммунотерапия (имиквимод). Широкое радикальное иссечение с последующей реконструктивной операцией при необходимости в большинстве случаев является основным методом лечения опухоли Бушке – Лёвенштейна. Как правило, образование не реагирует на химиотерапию и лучевую терапию. Однако при обширных опухолях с целью уменьшения их объема может использоваться предоперационная химиотерапия или лучевая терапия [24, 25].

Иммуномодулирующие препараты также прошли клинические испытания. Имиквимод для местного применения, индуцирующий альфа-интерферон (ИФН-α) при связывании с Toll-подобным рецептором 7 (TLR7), показал пользу при лечении ОБЛ [26–28]. Geusau A. с соавт. сообщили о регрессии глубоко инфильтрирующей опухоли Бушке – Лёвенштейна после длительной терапии ИФН-α2b [29]. К сожалению, в других исследованиях сообщалось о менее благоприятных исходах после лечения имиквимодом или интерфероном альфа.

На сегодняшний день хирургическое вмешательство является единственным эффективным методом лечения ОБЛ. По данным Tripoli M. и соавт., включивших 27 пациентов с ОБЛ, получавших радикальное иссечение и пересадку кожного трансплантата, ни у одного не отмечен рецидив в сроки от 3 до 6 лет наблюдения. В 94% случаев пациенты были удовлетворены косметическим эффектом и внешним видом [30].

Факторы риска

Клеточный иммунный ответ имеет решающее значение для контроля поражений, вызванных ВПЧ [31]. По данным литературы, у пациентов, принимающих иммунодепрессанты, и у ВИЧ-инфицированных риск тяжелых инфекций, вызываемых ВПЧ, выше, чем у населения в целом [32–34]. Akinboro A.O. с соавт. сообщили о более низком количестве Т-клеток CD4+ в крови у ВИЧ-позитивных пациентов с остроконечными кондиломами, чем у пациентов без таких поражений (101 клетка/мкл против 294 клеток/мкл соответственно) [35]. Они также обнаружили, что степень развития остроконечных кондилом коррелирует с количеством CD4+ Т-клеток. Это объясняет тот факт, что ОБЛ чаще встречается у лиц с ВИЧ-инфекцией или принимающих иммунодепрессанты, например, у пациентов с пересадкой стволовых клеток или трансплантацией паренхиматозных органов [36–44]. Риск быстрого прогрессирования ОБЛ в плоскоклеточный рак также повышен у ВИЧ-инфицированных пациентов [45]. Grodner C. с соавт. сообщили об уменьшении размеров ОБЛ у пациента после начала высокоактивной антиретровирусной терапии без какого-либо другого дополнительного лечения [46]. Изначально у пациента планировалось хирургическое иссечение ОБЛ, но оно было отложено, когда были отмечены значительная регрессия опухоли на фоне антиретровирусной терапии вместе с восстановлением иммунитета к CD4+ (постепенное увеличение числа CD4+ Т-клеток с 26 клеток/мкл до 229 клеток/мкл в течение 6 месяцев) и подавление репликации ВИЧ-1 (уровни РНК ВИЧ снизились с 5,21 логарифмической копии/мл до <20 копий/мл и остались на прежнем уровне,

впоследствии не обнаруживались). Учитывая отсутствие какой-либо другой терапии у данного пациента, авторы пришли к выводу о том, что восстановление клеточного иммунитета после антиретровирусной терапии является причиной для регресса ОБЛ. Таким образом, для улучшения результатов лечения пациентов приобретенные иммунодефициты следует учитывать во всех случаях обширных поражений, вызываемых ВПЧ, включая ОБЛ.

Профилактика

По данным некоторых авторов, вакцины Гардасил (четырёх- и девятивалентная) значительно снижают заболеваемость аногенитальными кондиломами [47]. Хотя ни одно исследование не выявило влияния вакцинации на заболеваемость ОБЛ, ВПЧ вакцины, вероятно, уменьшают риск возникновения ОБЛ, поскольку они включают два причинных типа ВПЧ – ВПЧ 6-го и 11-го типов. Кроме того, некоторые авторы предполагают их возможные терапевтические свойства и представляют клинические случаи регресса гигантских остроконечных кондилом после вакцинации против ВПЧ [48, 49]. Эти многообещающие наблюдения показывают, что необходимы дополнительные исследования для оценки терапевтической ценности вакцин против ВПЧ и других иммуномодулирующих препаратов для лечения ОБЛ.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка А., 41 год. Считает себя больной в течение 13 лет, когда впервые отметила появление бородавок в области наружных половых органов, прогрессивно увеличивающихся в размерах. Со слов пациентки, она неоднократно обращалась к гинекологу, выполнялась биопсия опухоли, рекомендована консервативная терапия.

Пациентка направлена на консультацию для определения тактики лечения в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» с диагнозом рака вульвы на фоне выраженного кондиломатоза.

Сопутствующий диагноз: ВИЧ-инфекция, 3-я клиническая стадия. Рецидивирующий орофарингеальный кандидоз. CD4+ 288 (23%) кл/мкл, вирусная нагрузка ВИЧ менее 500 копий РНК/мл от 13.04.2021. Хронический вирусный гепатит С с минимальной биохимической активностью. Гастродуоденит. Хронический пиелонефрит. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Полифакторная анемия (2016). Язвенная болезнь желудка (2016).

Пациентка получает высокоактивную антиретровирусную терапию.

При поступлении в онкологическое (гинекологическое) отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76 ударов в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей.

Локальный статус: область кожи лобка, вульвы, промежности, перианальной области, ануса, ягодиц в кондиломатозных разрастаниях различного размера,

сливающихся между собой; справа на коже ягодицы 2 свищевых отверстия – параректальный свищевой ход, на коже бедер с двух сторон кондиломы до 2 см (рис. 1). Осмотр в зеркалах невозможен из-за выраженного кондиломатоза вульвы и болевого синдрома. Пальпируются паховые лимфоузлы с двух сторон, справа размерами до 1,4 см, слева – до 1,8 см.

Пациентка обследована с применением МРТ малого таза и ФДГ ПЭТ-КТ всего тела. По результатам ПЭТ-КТ – аденопатия паховых лимфоузлов неметастатического генеза.

В биоптате из очагов поражения выявлены фрагменты остроконечной кондиломы с признаками инвазивного плоскоклеточного рака (рис. 2А).

Проведено хирургическое лечение в объеме вульвэктомии с иссечением кожи лобка, промежности, перианальной области, ягодиц в едином блоке (рис. 3). В связи с недержанием кала после хирургического лечения выполнено выведение колостомы.

По результатам гистологического исследования верифицированы множественные кондиломы вульвы с дисплазией многослойного плоского эпителия low grade и high grade, многофокусным ростом плоскоклеточной карциномы Grade 1 с максимальной глубиной инвазии 4 мм. Наибольший очаг роста протяженностью 13 мм. Инвазия лимфатических и венозных сосудов, периневральная инвазия отсутствовала (рис. 2В). Наружный и внутренний края отсечения без опухолевого роста, без дисплазии. Свищевой ход – фрагмент фиброзной ткани, очагово покрытый многослойным плоским эпителием с выраженной полиморфноклеточной воспалительной инфильтрацией, нейтрофилами, проникающими в эпителий, наложениями



Рис. 1. Внешний вид половых органов пациентки до начала хирургического лечения
Fig. 1. The appearance of the genital organs of the patient before the start of surgical treatment

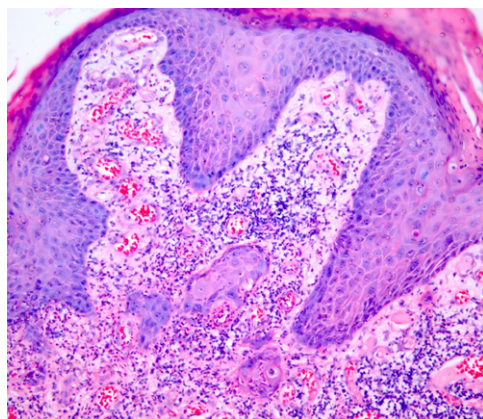


Рис. 2А. Фрагмент остроконечной кондиломы с комплексами инвазии (плоскоклеточная карцинома)
Fig. 2A. Fragment of genital warts with invasion complexes (squamous cell carcinoma)

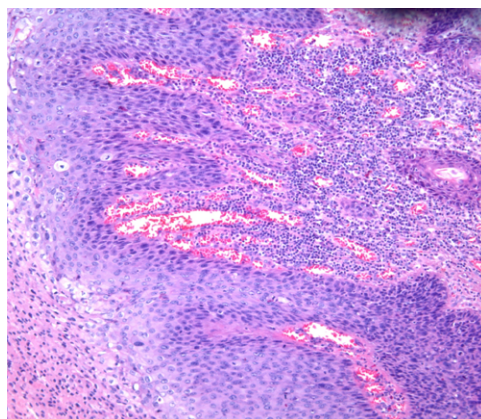


Рис. 2В. HSIL, очаги плоскоклеточного рака, без признаков лимфосудистой инвазии
Fig. 2B. Multiple giant genital warts with HSIL foci, squamous cell carcinoma, no evidence of lymphovascular invasion

гноино-некротического детрита и формированием зрелой грануляционной ткани – без опухолевого роста.

После проведенного хирургического лечения рана заживала вторичным натяжением, пациентка выписана из стационара на 39-е сутки после операции.

На очередном контрольном осмотре через 1 год после операции пациентка предъявила жалобы на сужение входа во влагалище, затрудняющее половую жизнь



Рис. 3. Интраоперационный вид раны после широкого иссечения вульвы, тканей перианальной области и промежности
Fig. 3. Intraoperative view of the wound after wide excision of the vulva, tissues of the perianal region and perineum



Рис. 4А. Внешний вид половых органов через год после операции, демонстрирующий рубцовое сужение входа во влагалище
Fig. 4A. Appearance of the genital organs one year after surgery, showing cicatricial narrowing of the vaginal opening



Рис. 4В. Вид наружных половых органов после иссечения рубцовой ткани и восстановления проходимости влагалища
Fig. 4B. View of the external genital organs after excision of scar tissue and restoration of vaginal patency

(рис. 4А). Выполнено иссечение рубцовых тканей, восстановление проходимости влагалищной трубки (рис. 4В). Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aubin F., Pr  tet J.-L., Jacquard A.-C. Human papillomavirus genotype distribution in external acuminata condylomata: a large French national study (EDITH IV). *Clin Inf Dis*. 2008;47(5):610–15. Available at: <https://doi.org/10.1086/590560>
2. Baseman J.G., Koutsky L.A. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virology*. 2005;32(Suppl 1):16–24. doi: 10.1016/j.jcv.2004.12.008
3. Trottier H., Burchell A.N. Epidemiology of mucosal human papillomavirus infection and associated diseases. *Public Health Genomics*. 2009;12:291–307. doi: 10.1159/000214920
4. Stanley M. Immune responses to human papillomavirus. *Vaccine*. 2006;24(Suppl 1):16–22. doi: 10.1016/j.vaccine.2005.09.002
5. Zarchentseva N.V., Belaya Yu.M., Zotov A.I. Anogenital warts in pregnant women: modern approaches to treatment. *Colposcopy Issues & Genital Infections*. 2022;1:42–46. doi: 10.46393/27826392_2022_1_42. (in Russian)
6. Moscicki A.B., Schiffman M., Burchell A. Updating the natural history of human papillomavirus and anogenital cancers. *Vaccine*. 2012;30(Suppl 5):24–33. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.05.089
7. Papiu H.S., Dumnici A., Olariu T. Perianal giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor). Case report and review of literature. *Chirurgia*. 2011;106(4):535–9. doi: 10.1155/2012/507374
8. Sandhu R., Min Z., Bhanot N. A Gigantic Anogenital Lesion: Buschke-Lowenstein Tumor. *Case Rep. Dermatol. Med*. 2014;2014:650714. doi: 10.1155/2014/650714
9. Kadouri Y., Nouini Y. Buschke-Löwenstein' tumor. *Pan Afr. Med. J*. 2020;36:359. doi: 10.11604/pamj.2020.36.359.13292
10. Chan M.P. Verruciform and condyloma-like squamous proliferations in the anogenital region. *Arch. Pathol. Lab Med*. 2019;143(7):821–831. doi: 10.5858/arpa.2018-0039-RA
11. Davydov A.I., Orudzova E.A., Lebedev V.A. Giant condyloma Bushke-Levenshtein: principles of complex treatment. *Issues of gynecology, obstetrics and perinatology*. 2016;15(4):70–3. doi: 10.20953/1726-1678-2016-470-73. (in Russian)
12. Bertram P., Treutner K.H., R  bben A., Hauptmann S., Schumpelick V. Invasive squamous-cell carcinoma in giant anorectal condyloma (Buschke-Löwenstein tumor). *Langenbecks Archiv fur Chirurgie*. 1995;380(2):115–118. Available at: <https://doi.org/10.1007/bf00186418>
13. Chan M.P. Verruciform and Condyloma-like Squamous Proliferations in the Anogenital Region. *Arch. Pathol. Lab. Med*. 2019;143:821–831. doi: 10.5858/arpa.2018-0039-RA

14. Sandhu R, Min Z, Bhanot N. A Gigantic Anogenital Lesion: Buschke-Lowenstein Tumor. *Case Rep. Dermatol. Med.* 2014;2014:650714. doi: 10.1155/2014/650714
15. Zarchentseva N.V., Efanov A.A., Bocharova I.I. Case report: pregnancy, human papillomavirus infection, and giant Buschke – Löwenstein condylomas. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist.* 2017;4:62–7. Available at: <https://doi.org/10.17116/rosakush201717462-67>. (in Russian)
16. Davis K.G., Barton J.S., Orangio G., Bivin W., Krane S. Buschke-Lowenstein Tumors: A Review and Proposed Classification System. *Sex. Transm. Dis.* 2021;48:263–268. Available at: <https://doi.org/10.3390/jms23094547>
17. Zidar N., Langner C., Odar K., Hošnjak L., Kamarádová K., Daum O., Pollheimer M.J., Košorok P., Poljak M. Anal verrucous carcinoma is not related to infection with human papillomaviruses and should be distinguished from giant ondyoma (Buschke-Löwenstein tumour). *Histopathology.* 2017;70:938–945. Available at: <https://doi.org/10.1111/his.13158>
18. Haycox C.L., Kuypers J., Kriegerman J.N. Role of human papillomavirus typing in diagnosis and clinical decision making for a giant verrucous genital lesion. *Urology.* 1999;53:627–630. Available at: [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(98\)00351-3](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(98)00351-3)
19. Petrini C., Melli P., Magnani P. Giant condyloma (Buschke – Löwenstein tumor) in a 16-year-old patient. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecol Obstet.* 2016;38(09):471–476. doi: 10.1055/s-0036-1593776
20. Niaz F., Rostami K., Motabar A.R. Giant condyloma acuminatum of vulva frustrating treatment challenge. *World J Plast Surg.* 2015;4(2):159–162.
21. Bastola S., Halalau A., Kc O., Adhikari A. A Gigantic Anal Mass: Buschke-Löwenstein Tumor in a Patient with Controlled HIV Infection with Fatal Outcome. *Case Rep. Infect. Dis.* 2018;2018:7267213. doi: 10.1155/2018/7267213
22. Batpenova G.R., Abdrakhmanova S.T., Abdrakhmanova A.S., Tsoy N.O., Aymoldina A.A. Giant condyloma Buschke – Löwenstein: clinical case. *Pharmateca.* 2018;51:60–63. (in Russian)
23. Nieves-Condo J.F., Acuña-Pinzón C.L., Chavarría-Chavira J.L., Hinojosa-Ugarte D., Zúñiga-Vázquez L.A. Giant Condyloma Acuminata (Buschke-Lowenstein Tumor): Review of an Unusual Disease and Difficult to Manage. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* 2021;2021:9919446. doi: 10.1155/2021/9919446
24. Fathi R., Tsoukas M.M. Genital warts and other HPV infections: established and novel therapies. *Clin Dermatol.* 2014;32:299–306. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.08.014
25. Davis K.G., Barton J.S., Orangio G., Bivin W., Krane S. Buschke-Lowenstein Tumors: A Review and Proposed Classification System. *Sex. Transm. Dis.* 2021;48:263–268. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001437
26. Combaud V., Verhaeghe C., El Hachem H., Legendre G., Descamps P., Martin L., Bouet P.-E. Giant condyloma acuminatum of the vulva: Successful management with imiquimod. *JAAD Case Rep.* 2018;4:692–694. doi: 10.1016/j.jdc.2018.04.007
27. Dinleyici M., Saracoglu N., Eren M., Kiliç O., Ciftci E., Dinleyici E.C., Sag C., Kara A. Giant Condyloma Acuminate Due to Human Papillomavirus Type 16 in an Infant Successfully Treated with Topical Imiquimod Therapy. *Dermatol. Rep.* 2015;7:6134. doi: 10.4081/dr.2015.6134
28. Hum M., Chow E., Schuurmans N., Dytoc M. Case of giant vulvar condyloma acuminata successfully treated with imiquimod 3.75% cream: A case report. *SAGE Open Med. Case Rep.* 2018;6:2050313X18802143. doi: 10.1177/2050313X18802143
29. Geusau A., Heinz-Peer G., Volc-Platzter B., Stingl G., Kirnbauer R. Regression of Deeply Infiltrating Giant Condyloma (Buschke-Löwenstein Tumor) Following Long-term Intralesional Interferon Alfa Therapy. *Arch. Dermatol.* 2000;136:707–710. doi: 10.1001/archderm.136.6.707
30. Tripoli M., Cordova A., Maggi F., Moschella F. Giant condylomata (Buschke-Löwenstein tumours): our caseload in surgical treatment and review of the current therapies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012;16:747–751.
31. Wieland U., Kreuter A., Pfister H. Human Papillomavirus and Immunosuppression. *Curr. Probl. Dermatol.* 2014;45:154–165.
32. Chin-Hong PV., Reid G.E., The AST Infectious Diseases Community of Practice. Human papillomavirus infection in solid organ transplant recipients: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. *Clin. Transplant.* 2019;33:e13590.
33. Gormley R.H., Kovarik C.L. Human papillomavirus-related genital disease in the immunocompromised host: Part I. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2012;66:867.e1–867.e17.
34. Tschachler E., Bergstresser P.R., Stingl G. HIV-related skin diseases. *Lancet.* 1996;348:659–663.
35. Akinboro A.O., Onayemi O., Mejiuni A.D. Frequency, pattern, and extent of skin diseases in relation to CD4+ cell count among adults with human immunodeficiency virus infection or acquired immunodeficiency syndrome in Osogbo, southwestern Nigeria. *Int. J. Dermatol.* 2014;53:416–424.
36. Reusser N.M., Downing C., Guidry J., Tyring S.K. HPV Carcinomas in Immunocompromised Patients. *J. Clin. Med.* 2015;4:260–281.
37. Dhumale S.B. Ano-Genital Warts and HIV Status – A Clinical Study. *J. Clin. Diagn. Res.* 2017;11:WC01–WC04.
38. De Araújo P.S.R., Padilha C.E.G., Soares M.F. Buschke-Lowenstein tumor in a woman living with HIV/AIDS. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2017;50:577.
39. Atkinson A.L., Pursell N., Sisay A. The Giant Condyloma (Buschke-Löwenstein Tumor) in the Immunocompromised Patient. *Case Rep. Obstet. Gynecol.* 2014;2014:793534.
40. Ledouble V., Sclafani F., Hendlisz A., Galdon M.G., Liberale G. Buschke-Löwenstein tumor in a human immunodeficiency virus-positive patient: A case report and short literature review. *Acta Gastroenterol. Belg.* 2021;84:343–345.
41. Rachman A., Hasan N. Giant Condyloma Acuminata in Indonesian Females with SLE under Immunosuppressant and Steroid Therapy. *Case Rep. Immunol.* 2016;2016:4710979.
42. Ganguly N., Waller S., Stasik C.J., Skiknem B.S., Ganguly S. Giant anal condylomatosis after allogeneic bone marrow transplantation: A rare complication of human papilloma virus infection. *Transpl. Infect. Dis.* 2008;10:56–58.
43. Das B.B., Anton K., Knox L., Jarin J., Sue P.K. Successful treatment of giant condyloma in a pediatric heart transplant recipient with topical cidofovir. *Transpl. Infect. Dis.* 2018;20:e12989.
44. Wester N.E., Hutten E.M., Krikke C., Pol R.A. Intra-Abdominal Localisation of a Buschke-Lowenstein Tumour: Case Presentation and Review of the Literature. *Case Rep. Transplant.* 2013;2013:187682.
45. Indinimeo M., Impagnatiello A., D'Ettore G., Bernardi G., Moschella C.M., Gozzo P., Ciardi A., Bangrazi C., De Felice F., Musio D. Buschke-Löwenstein tumor with squamous cell carcinoma treated with chemo-radiation therapy and local surgical excision: Report of three cases. *World J. Surg. Oncol.* 2013;11:231.
46. Grodner C., Henn A., Lelièvre J.-D., Gallien S. Successful improvement of Buschke-Löwenstein tumour in an HIV-infected patient with antiretroviral therapy alone. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016217753.
47. Lukács A., Máté Z., Farkas N., Mikó A., Tenk J., Hegyi P., Németh B., Czumbel L.M., Wuttapon S., Kiss I. The quadrivalent HPV vaccine is protective against genital warts: A meta-analysis. *BMC Public Health.* 2020;20:691.
48. Kazlouskaya M., Fiadorchanka N. Regression of giant condyloma acuminata after one dose of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine. *Int. J. Dermatol.* 2019;58:245–247.
49. Thomas R., Smith-Matthews S., Ho J. Giant condyloma of Buschke-Lowenstein in a patient with pemphigus vegetans treated with intralesional and systemic human papillomavirus vaccine. *JAAD Case Rep.* 2021;20:54–57.

<https://doi.org/10.34883/PI.2023.9.1.017>
УДК 616.5-004-07-08



Катина М.А.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
Витебск, Беларусь

Локализованная склеродермия: клинико-диагностические особенности, принципы лечения различных клинических форм

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 16.01.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: maryia26-77@mail.ru

Резюме

Локализованная склеродермия (ЛС) представляет собой хроническое воспалительное иммуно-опосредованное склеротическое заболевание, ограниченное кожей и подлежащими тканями, характеризующееся избыточным синтезом и отложением коллагена. В патогенезе заболевания важная роль отводится взаимодействиям генетических факторов, сосудистых и иммунологических дисфункциональных альтераций, эпигенетических модификаций, ведущих к нарушению дифференцировки фибробластов и избыточному образованию внеклеточного матрикса. Описано 5 клинических вариантов ЛС: ограниченная (бляшечная, глубокая), линейная (туловища/конечностей, головы), генерализованная, пансклеротическая и смешанная склеродермия. Типичным клиническим проявлением ЛС является формирование индуративных бляшек с последующими признаками их угасания в виде диспигментаций и атрофии кожи. Могут встречаться внекожные проявления: артралгии, миалгии, неврологические и офтальмологические нарушения (чаще при линейной форме). Для клинической оценки ЛС используется валидизированный индекс LoSCAT (Localized Scleroderma Cutaneous Assessment Tool). Для подтверждения диагноза ЛС применяют патоморфологическое, ультразвуковое и магнитно-резонансное исследования. Определение антинуклеарных антител (АНА) при ЛС имеет низкую диагностическую значимость, служит преимущественно для исключения системных аутоиммунных заболеваний или определения активности патологического процесса. Подход к терапии ЛС зависит от ее клинического варианта, глубины поражения и активности процесса. При бляшечной форме преимущественно назначаются местная терапия и фототерапия. При генерализованной, глубокой, линейной и пансклеротической формах рекомендуется назначение фототерапии и системной иммуносупрессивной терапии.

Ключевые слова: локализованная склеродермия, индуративные бляшки, внекожные проявления, фототерапия, системная иммуносупрессивная терапия

Katsina M.

Vitebsk State Medical University, Vitebsk, Belarus

Localized Scleroderma: Clinical-Diagnostic Features, Principles of Various Clinical Forms Treatment

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 16.01.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: maryia26-77@mail.ru

Abstract

Localized scleroderma (LS) is a chronic inflammatory immune-mediated sclerotic disease limited to the skin and underlying tissues, characterized by excessive production and deposition of collagen. Interactions of genetic factors, vascular and immunological dysfunctional alterations, epigenetic modifications leading to impaired differentiation of fibroblasts and excessive formation of extracellular matrix play an important role in the pathogenesis of the disease. 5 clinical variants of LS are described: circumscribed (plaque, deep), linear (trunk/limbs, head), generalized, pansclerotic and mixed scleroderma. Indurative plaques with the subsequent formation of dyspigmentation and skin atrophy are typical clinical manifestations of LS. There may be extracutaneous manifestations: arthralgia, myalgia, neurological and ophthalmological disorders (more often in linear form). The validated LoSCAT index (Localized Scleroderma Cutaneous Assessment Tool) is used for clinical evaluation of the disease. Pathomorphological, ultrasound and magnetic resonance studies are used for LS confirmation. The determination of antinuclear antibodies (ANA) in LS has low diagnostic value and serves mainly to exclude systemic autoimmune diseases or to determine the activity of the pathological process. The approach to therapy depends on the clinical variant of the disease, the depth of the lesion, and the activity of the process. Topical therapy and phototherapy are mainly prescribed in plaque form of LS. In generalized, deep, linear and pansclerotic forms, the appointment of phototherapy and systemic immunosuppressive therapy is recommended.

Keywords: localized scleroderma, indurative plaques, extracutaneous manifestations, phototherapy, systemic immunosuppressive therapy

Локализованная склеродермия (ЛС) представляет собой хроническое воспалительное иммунно-опосредованное склеротическое заболевание, ограниченное кожей и подлежащими тканями (костная, мышечная, фасциальная, синовиальная), с избыточным синтезом и отложением коллагена в коже и формированием очагов уплотнения. Частота встречаемости в мире составляет 0,4–2,7 случая на 100 000 населения. Регистрируется чаще у женщин, у детей преимущественно в возрасте 2–14 лет [1–4]. В зависимости от клинической формы ЛС и анатомической локализации процесса возможно развитие выраженных дефектов кожи (диспигментации, атрофия), а также существует риск развития физических (контрактуры суставов), неврологических и офтальмологических нарушений. Возрастные пики ЛС бимодальны: 7–11 лет и 44–47 лет.

В патогенезе данного заболевания важная роль отводится взаимодействиям генетических факторов, сосудистых и иммунологических дисфункциональных альтераций, эпигенетических модификаций, ведущих к нарушению дифференцировки фибробластов и избыточному образованию внеклеточного матрикса (коллагеновые волокна, фибронектин, эластин) [1–4]. Аутоиммунный характер воспаления локализованной склеродермии подтверждается возможным выявлением аутоантител, а также ассоциацией с другими аутоиммунными заболеваниями, включая системную красную волчанку, витилиго, диабет 1-го типа и аутоиммунный тиреоидит [5, 6].

В последние годы доказана генетическая детерминированность локализованной склеродермии по системе HLA по аллелям DRB1*04:04 и B*37 [1–3]. Дисфункция эндотелия характеризуется гиперплазией перicytот в стенке капилляров и венул с повышенной плотностью мелких сосудов в активной стадии ЛС, что сопровождается повышением уровня молекул адгезии: молекула адгезии сосудистых клеток-1 (VCAM-1), молекула внутриклеточной адгезии-1 (ICAM-1) и Е-селектин. Эти молекулы задействованы в привлечении воспалительных Т-хелперных клеток 2-го типа (Th2), моноцитов и других иммунных клеток с увеличением продукции цитокинов: ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-1-α, ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-13 и трансформирующего фактора роста-бета (TGF-β). Цитокины и TGF-β, в свою очередь, усиливают экспрессию коллагена различных типов (особенно I и III) и других компонентов внеклеточного матрикса, что приводит к повышенной пролиферации фибробластов и формированию фиброза в пораженной ткани. TGF-β также оказывает ингибирующее действие на дегенеративные процессы в матриксе, снижая выработку протеаз, контролирующих распад коллагена [3]. Недавние исследования выявили активацию TGF-β-зависимого фиброза также через толл-подобные (TLR) сигнальные пути с участием эндогенных лиганд (митохондриальные ДНК), фибронектина EDA (экстрадомен-А) и тенаскина-С. Действуя после TGFβ, фактор роста соединительной ткани (CTGF) также стимулирует фиброзные процессы [3, 6, 7]. Другими предполагаемыми патофизиологическими механизмами при ЛС являются образование антител к металлопротеиназе, а также повышенная экспрессия инсулиноподобного фактора роста, который усиливает выработку коллагена; изучено также влияние повышенной экспрессии miRNA-let-7a и пониженной miRNA-196a на усиление экспрессии коллагена I типа [5, 7].

Патогенез локализованной склеродермии считается схожим с системным склерозом (ССк) вследствие одинаковых патоморфологических особенностей поражения кожи; однако клинически это два разных заболевания, о чем свидетельствуют разные демографические данные, клинические особенности, течение заболевания и прогноз. Важным отличием ССк является отложение коллагена не только в коже, но и во внутренних органах (легкие, сердце, желудочно-кишечный тракт).

Триггерными факторами заболевания являются травма, механическое трение кожи, длительное давление или воздействие таких факторов, как вакцинация, укусы насекомых, радиационная терапия. Лекарственно-индуцированная ЛС встречается редко, а отмена лекарственного препарата у большинства пациентов не ведет к ремиссии. Несколько десятилетий идут споры о взаимосвязи между Лайм-боррелиозом и развитием склеродермии: однозначного мнения до сих пор по данному вопросу нет.

Классификация локализованной склеродермии, предложенная Laxer и Zulian в 2006 г., описывает ее 5 клинических вариантов [1, 6]:

1. Ограниченная склеродермия:
 - поверхностная (бляшечная);
 - глубокая.
2. Линейная склеродермия:
 - туловища/конечностей;
 - головы:
 - по типу «удар саблей»;
 - прогрессирующая гемифациальная атрофия (синдром Парри – Ромберга).
3. Генерализованная склеродермия.
4. Пансклеротическая склеродермия.
5. Смешанная склеродермия.

Выделяют также заболевания, которые относятся к спектру склеродермии:

- идиопатическая атрофодермия Пазини – Пьерини;
- экстрагенитальный склероатрофический лишай;
- эозинофильный фасциит (ЭФ).

Наиболее распространенным клиническим вариантом у взрослых является ограниченная бляшечная склеродермия (43,9%). Локализованную склеродермию, развившуюся в детстве или подростковом возрасте, называют ювенильной локализованной склеродермией (ЮЛС), которая не является ее клиническим вариантом, поскольку характеризуется теми же проявлениями, что и у взрослых пациентов [8].

Ограниченная поверхностная склеродермия (синоним – бляшечная склеродермия). Свежие очаги при данном клиническом варианте в период прогрессирования представлены эритематозными или фиолетовыми пятнами овальной или округлой формы в пределах одной анатомической области, преимущественно с локализацией на животе, под молочными железами, конечностях (рис. 1). По мере дальнейшего

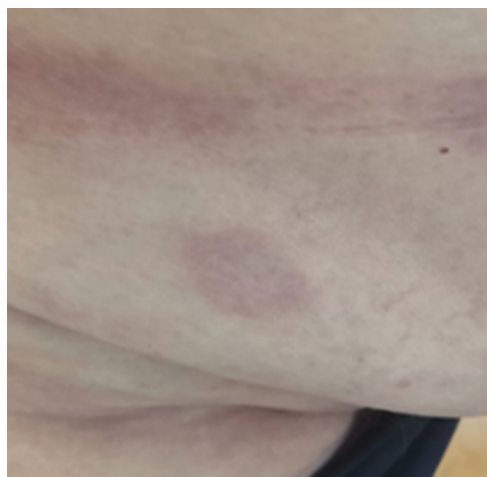


Рис. 1. Бляшечная ЛС. Эритематозно-фиолетовое с сиреневым кольцом пятно овальной формы. Активная стадия
Fig. 1. Plaque LS. Erythematous oval patch with violet halo. Active stage



Рис. 2. Бляшечная ЛС. Индуративная бляшка с сиреневым кольцом и эритематозное пятно. Активная стадия
Fig. 2. Plaque LS. Indurative plaque with violet halo and erythematous patch. Active stage



Рис. 3. Бляшечная ЛС. Активные индуративные (прогрессирование индурации) бляшки с сиреневым венчиком

Fig. 3. Plaque LS. Active indurative (progression of induration) plaques with violet halo



Рис. 4. Бляшечная ЛС. Активные индуративные (прогрессирование индурации) бляшки с начальными явлениями атрофии

Fig. 4. Plaque LS. Active indurative (progression of induration) plaques with initial signs of skin atrophy

прогрессирования в центре элемента формируется склеротическая желтовато-белого или цвета слоновой кости четко очерченная плотная бляшка с эритематозным или фиолетовым краем, так называемое сиреневое кольцо (рис. 2, 3), что указывает на активную стадию процесса.

Другими признаками активности ЛС служат появление новых очагов и/или увеличение размеров старых, прогрессирование уплотнения, уплотнение границы поражения, повышенный уровень креатинфосфокиназы и патоморфологические признаки, указывающие на фазу воспаления. Признаками угасания бляшек при длительном их существовании являются диспигментации (гипо- или гиперпигментации),



Рис. 5. Бляшечная ЛС. Неактивная. Поствоспалительная гиперпигментация
Fig. 5. Plaque LS. Postinflammatory hyperpigmentations. Non-active



Рис. 6. Бляшечная ЛС. Атрофия поверхностная и гиперпигментации. Неактивная
Fig. 6. Plaque LS. Superficial atrophy and hyperpigmentations. Non-active



Рис. 7. Глубокая склеродермия. Атрофия подкожно-жировой клетчатки с гиперпигментациями

Fig. 7. Deep LS. Subcutis atrophy and hyperpigmentations



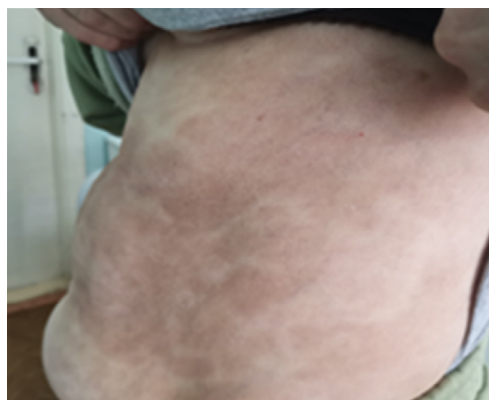
Рис. 8. Линейная склеродермия головы по типу «удар саблей». Формирование линейной бляшки на лбу

Fig. 8. Linear LS (en coup de sabre). The formation of linear plaque on forehead



Рис. 9. Линейная склеродермия: прогрессирующая гемифациальная атрофия (синдром Парри – Ромберга)

Fig. 9. Linear LS: progressive hemifacial atrophy (Parry – Romberg syndrome)



А



В

Рис. 10А, В. Генерализованная ЛС. Множественные неактивные очаги

Fig. 10A, B. Generalized LS. Numerous non-active lesions

атрофия эпидермиса с блестящей кожей и видимыми кровеносными сосудами, атрофия дермы и подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), выпадение волос, потеря потовых желез (рис. 4–6) [1–3, 7, 9].

Ограниченная глубокая склеродермия является редким вариантом (5%) у взрослых и детей. Характерны округлые четко очерченные очаги с глубокой индурацией с захватом ПЖК и фасции, иногда с вовлечением нижележащих мышц. Поражение кожи локализуется симметрично, преимущественно на нижних конечностях, иногда приводя к формированию контрактур и подкожно-жировой атрофии (рис. 7). При данной форме часто регистрируются артралгии, артриты и миалгии [1, 10].

Линейная склеродермия является наиболее частым вариантом у детей (65%). Линейная склеродермия туловища и конечностей характеризуется продольным расположением линейных, в ряде случаев – по линиям натяжения кожи Блашко, очагов индурации с вовлечением ПЖК, иногда прилегающих мышц, костей, синовия. У большинства пациентов отмечается унилатеральное поражение. Возможно развитие контрактур, мышечной атрофии, миозитов, артритов с уменьшением конечности в длину. Поражения на конечностях могут у детей замедлять рост. Характерно длительное хроническое течение с сохранением активности заболевания в течение многих десятилетий с высокой частотой рецидивов как у взрослых, так и у детей. Первый эпизод данной формы чаще отмечается в детском возрасте.

Линейная склеродермия головы по типу «удар саблей» характеризуется линейным уплотнением в парамедиальной части лба с последующим формированием глубокой атрофии, распространяясь на волосистую часть головы и приводя к рубцовой алопеции (рис. 8). Возможно развитие офтальмологических, неврологических и одонтостоматологических нарушений.

Прогрессирующая гемифациальная атрофия (синдром Парри – Ромберга) характеризуется диффузной унилатеральной атрофией дермы, подкожно-жировой клетчатки, в некоторых случаях нижележащих мышц и костей лицевого скелета (рис. 9), что может приводить к выраженной асимметрии лица. Данная форма сочетается с линейной склеродермией по типу «удар саблей» в 40% случаев. Начало заболевания обычно приходится на первые 20 лет жизни. Распространенными являются внекожные проявления, включая неврологическую и офтальмологическую патологию, которые могут проявляться на любой стадии заболевания [1, 3, 8, 11–13].

Частота поражения центральной нервной системы у пациентов с линейной склеродермией головы составляет 44–50%. Вовлечение нервной ткани при данной форме может быть следствием нарушения миграции клеток нервного гребня в процессе эмбрионального развития, нейротрофической вирусной инфекции, периферического неврита тройничного нерва, внутричерепной сосудистой мальформации или дисфункции периферической симпатической нервной системы после травматического повреждения шейного сплетения или грудного симпатического ствола. Спектр неврологический патологии включает судороги, мигрени, гемиплегии, аневризмы, атрофию головного мозга, невралгии тройничного нерва, когнитивные нарушения и расстройства поведения. Офтальмологические расстройства включают энтропий (вторичный по отношению к дефициту орбитальной, скуловой и верхнечелюстной подкожно-жировой клетчатки), офтальмоплегию, косоглазие, гетерохромию радужки и увеит [8, 11, 12].

Генерализованная склеродермия характеризуется множественными индуративными бляшками: 4 и более; более 3 см в диаметре, сливными симметричными, с поражением не менее 2 из 7 анатомических зон (голова/шея, правая верхняя конечность, левая верхняя конечность, нижняя правая конечность, левая нижняя конечность, передняя поверхность туловища, задняя поверхность туловища) (рис. 10). Чаще регистрируется у взрослых. Признаки склероза обычно отмечаются на туловище и конечностях, не поражая лицо, кисти и стопы [1–3, 6].

Пансклеротическая склеродермия представляет собой тяжелый вариант прогрессирующей генерализованной ЛС, при котором могут поражаться большие участки кожного покрова, чаще конечности, с вовлечением в патологический процесс ПЖК, мышечной и костной ткани, вызывая контрактуры суставов, деформацию, изъязвление и кальцификацию без поражения внутренних органов. Смешанная склеродермия включает комбинацию двух и более из описанных вариантов [1, 2, 6].

Для клинической оценки ЛС используется валидизированный индекс LoSCAT (Localized Scleroderma Cutaneous Assessment Tool), который состоит из двух индексов: mLoSSI (modified Localized Scleroderma Severity Index) – модифицированный индекс оценки тяжести локализованной склеродермии с учетом признаков активности заболевания (распространенность, наличие эритемы и уплотнения кожи) и LoSDI (Localized Scleroderma Damage Index) – индекс повреждения кожи при ЛС с учетом признаков атрофии и нарушений пигментации. Проводится оценка 18 анатомических областей. Баллы для каждой анатомической области соответствуют наиболее высокому по каждому параметру [14].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи применяется для оценки активности и тяжести склеродермии (в активную фазу определяется утолщение в дерме со снижением эхогенности, но с повышением эхогенности в ПЖК), а также для оценки эффективности лечения [2, 15]. Инфракрасная термография (ИКТ) демонстрирует взаимосвязь между температурой элемента и их клинической активностью при ЛС. В последнее время дуromетрия является инструментом для оценки плотности очагов при ЛС, но имеет ограничения для элементов, располагающихся в области костной ткани. Магнитно-резонансная томография (МРТ) проводится пациентам с глубокой, линейной и пансклеротической склеродермией с подозрением на поражение костно-мышечной ткани, а также для обследования пациентов с неврологической и офтальмологической симптоматикой. Электромиография может быть информативной для определения мышечной дисфункции у пациентов с линейной склеродермией [1–4, 6].

Патоморфологическое исследование кожи проводится для подтверждения клинически неясных случаев ЛС. Для достижения оптимальной клинко-гистологической корреляции в направлении на гистологическое исследование при подозрении на склеродермию необходимо указывать место взятия биопсии (воспалительный венчик или индуративный участок). Следует помнить о необходимости проведения глубокой инцизионной биопсии при поражении ПЖК с нижележащей фасцией и мышцами. Патогистологические данные не позволяют провести дифференциальный диагноз между ЛС и ССК, а также различными клиническими формами ЛС.

Ранние воспалительные очаги характеризуются наличием плотного воспалительного инфильтрата из лимфоцитов, примесью плазматических клеток, иногда эозинофилов между коллагеновыми волокнами в сетчатом слое дермы, вокруг кровеносных сосудов и потовых желез. При прогрессировании склероза отмечаются утолщение и

гиалинизация коллагеновых волокон в сетчатом слое дермы и подкожно-жировой клетчатке (жировая ткань замещается фиброзной), отсутствие воспалительных проявлений и придатков кожи, наличие отдельных сосудов с фиброзом в стенке. При глубоких поражениях процесс склероза может распространяться на фасцию и подлежащую мышцу, при поверхностной форме ЛС утолщенные коллагеновые пучки ограничены дермой [1, 3, 4, 9].

Ревматоидный фактор (РФ) может быть положительным у 15–60% пациентов с ЛС, особенно чаще у детей с линейной формой ЛС.

Аутоантитела при ЛС. На сегодняшний день специфических антител, характерных для локализованной склеродермии, не выявлено. При системном склерозе выявляют специфические аутоантитела: антицентромерные, антитопоизомераза 1 и анти-РНК-полимераза III антитела (anticentromeras, anti-Scl-70, anti-PM-Scl). Позитивность данных антител при ЛС оставляет 5–15%. В отчетах крупных когортных исследований повышение уровня антинуклеарных антител (АНА) встречается у 23–68% пациентов с ЛС, чаще в педиатрической популяции. Последние проспективные исследования не выявили достоверных различий между частотой позитивности АНА различных клинических вариантов ЛС, хотя есть сообщения о повышении АНА у пациентов с активной генерализованной, линейной и глубокой формами ЛС. Определение АНА при ЛС имеет низкую диагностическую значимость, служит преимущественно для исключения системных аутоиммунных заболеваний и определения активности патологического процесса. Пациенты с положительными АНА, ssDNA (антитела к одноцепочечной ДНК), РФ по отдельности или, что более важно, в сочетании подвергаются более высокому риску вовлечения костно-мышечной системы, что требует более детального обследования опорно-двигательного аппарата. Сообщается о выявлении антигистоновых и антифосфолипидных антител при линейной и генерализованной ЛС, эозинофильном фасциите [9, 16, 17].

Общий анализ крови. Эозинофилия периферической крови может выявляться при глубокой форме, а также на активной стадии любой формы ЛС. СОЭ обычно в норме, при распространенном и активном процессе может незначительно повышаться [1, 2, 16, 17].

Дифференциальный диагноз. Наиболее значимым является проведение дифференциальной диагностики между ЛС и системным склерозом согласно предложенным в 2013 г. диагностическим критериям Американской коллегией по ревматологии (см. таблицу).

При ССк отмечается высокий титр АНА. Такие кожные проявления, как склеродактилия, язвы подушечек пальцев, точечные рубчики, расширение капилляров при капилляроскопии ногтевой складки (рис. 11) и телеангиэктазии (рис. 12), диффузный склероз лица и кистей не характерны для ЛС, а при их выявлении необходимо провести дообследование для исключения системного склероза. Жалобы при поражении легких при ССк включают одышку, сухой кашель, слабость. Поражение желудочно-кишечного тракта характеризуется дисфагией, изжогой, метеоризмом, диареей. Легочная артериальная гипертензия диагностируется путем правосторонней катетеризации сердца в соответствии со стандартными рекомендациями. Интерстициальное заболевание легких характеризуется обнаружением фиброза легких, наиболее выраженного в нижних долях, при проведении компьютерной томографии высокого разрешения или рентгенографии грудной клетки [18].

Диагностические критерии системного склероза, 2013 [18]
Diagnostic Criteria for Systemic Sclerosis, 2013 [18]

Признак	Дополнительный признак	Баллы
Утолщение кожи пальцев обеих кистей, проходящее проксимальнее пястно-фаланговых суставов (достаточный критерий)	–	9
Утолщение кожи пальцев (учитывать только более высокий балл)	– Отечные (опухшие пальцы) – Склеродактилия пальцев (дистальнее пястно-фаланговых суставов, но проксимальнее проксимальных межфаланговых суставов)	2 4
Поражения кончиков пальцев (учитывать только более высокий балл)	– Язвы кончиков пальцев – Рубчики кончиков пальцев	2 3
Телеангиэктазии	–	2
Аномальные капилляры ногтевой складки	–	2
Легочная артериальная гипертензия и/или интерстициальное заболевание легких (максимальный балл 2)	– Легочная артериальная гипертензия – Интерстициальное заболевание легких	2 2
Феномен Рейно	–	3
Антисклеротические аутоантитела (максимальный балл 3)	– Антицентромерные – Антитопоизомеразал [anti-Scl-70] – Анти-РНК-полимераза III	3

Примечание: пациенты с общим баллом 9 классифицируются как имеющие ССк. Общий балл определяется путем добавления максимального балла в каждой категории.

Спектр дифференциальной диагностики локализованной склеродермии также включает: липодерматосклероз, претибиальная микседема, соединительнотканый некус, травматическое повреждение, склероатрофический лишай, склеродермоподобная форма базальноклеточной карциномы, Лайм-боррелиоз (атрофический акродерматит), склеромикседема, дерматофибросаркома выбухающая, гранулематозный интерстициальный дерматит.

Идиопатическая атрофодермия Пазини – Пьерини (ИАПП) представляет собой доброкачественное бессимптомное атрофическое заболевание кожи. Точная нозология данной патологии на сегодняшний день остается спорным вопросом. Ряд исследователей относят ее к самостоятельной патологии, другие рассматривают ИАПП как поверхностный вариант ЛС. Есть также точка зрения, что ИАПП является abortивным вариантом склеродермии, при котором не развивается фиброз. Частота встречаемости выше в Европе, чем в странах Северной Америки, чаще регистрируется у светлокожих женщин в возрасте 20–30 лет. В патогенезе заболевания отмечается роль инфекций, в частности *Borrelia burgdorferi*. Есть сообщения о семейных случаях ИАПП [1, 19]. Клиническая картина характеризуется симметричными одиночными или множественными четко очерченными гиперпигментированными бессимптомными неиндуративными пятнами овальной или округлой формы различных размеров (от 1–2 см до 12 см) на коже туловища и конечностей. Наиболее излюбленной локализацией является кожа спины (люмбосакральная область), грудь, живот. Свежие элементы могут иметь розовый оттенок, принимая гиперпигментированный вид через 1–2 недели, с годами цвет элементов бледнеет. Характерно отсутствие

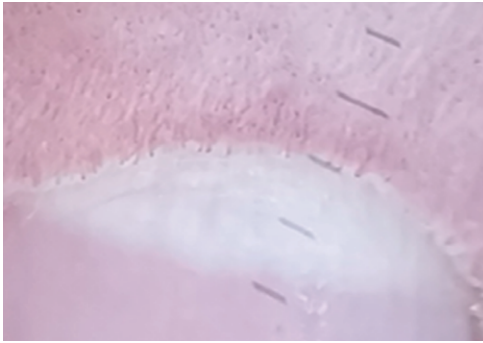


Рис. 11. Расширенные капилляры при генерализованной ЛС у пациентки с синдромом Парри – Ромберга

Fig. 11. Enlarged capillaries in nail fold capillaroscopy in patient with Parry – Romberg syndrome



Рис. 12. Телеангиэктазии у пациентки с капилляроскопией ногтевой складки

Fig. 12. Telangiectasia in patient with generalized LS



А



В

Рис. 13А, В. Идиопатическая атрофодермия Пазини – Пьерини. Гиперпигментированные стабильные очаги без индурации в анамнезе. Длительность заболевания 15 лет

Fig. 13A, B. Idiopathic atrophoderma Pasini – Pierini. Hyperpigmented stable patches without induration in anamnesis. The duration of the disease is 15 years

эритемы и сиреневого кольца по периферии, нет явлений индурации (рис. 13). Заболевание может медленно прогрессировать в течение месяцев и лет, затем остается стабильным в течение 10–20 лет.

При проведении патоморфологического исследования брать материал следует с захватом гиподермы. Типичные признаки включают неизменный или с незначительной атрофией эпидермис, возможно обнаружение увеличения содержания меланина; отмечается уменьшение толщины дермы, сглаженность эпидермальных

гребешков, нормальное количество коллагеновых волокон. В средней и нижней частях сетчатого слоя дермы выявляется гомогенизация и гиалинизация коллагеновых волокон без признаков воспаления. Сохранены придатки кожи. Лабораторные анализы без изменений. Рекомендуется проводить скрининговые тесты на выявление антител к *Borrelia burgdorferi* [1, 19].

Дифференциальный диагноз ИАПП включает позднюю стадию склеродермии, склероатрофический лишай, поствоспалительную гиперпигментацию, анетодермию. Однако при склероатрофическом лишае не характерны гиперпигментации, при анетодермии при пальпации элементов выявляется мешковидное выпячивание и потеря эластических волокон при патогистологическом исследовании. Основными отличиями ИАПП от бляшечной склеродермии являются отсутствие сиреневого венчика по периферии, длительный стабильный период – до 20 лет, отсутствие индурации в очагах, отсутствие воспаления и утолщения коллагеновых волокон при биопсии [1, 19].

Эозинофильный фасциит преимущественно встречается у пациентов 40–50 лет. J.S. Mertens et al. относят ЭФ к спектру склеродермии, ссылаясь на случаи их сочетания у 29–40% пациентов [1]. Начало заболевания характеризуется острым или подострым появлением мягкого отека и эритемы. По мере прогрессирования заболевания отек постепенно замещается глубоким склерозом по типу «апельсиновой корки». Характерно симметричное поражение конечностей в отличие от асимметричного при линейной склеродермии. При распространенном процессе вовлекаются шея и туловище. Поражение кожи может сочетаться с системными симптомами: потеря веса, миалгии, артралгии, астения. Костно-мышечные осложнения регистрируются у 40% пациентов с ЭФ [1].

«Золотым стандартом» диагностики ЭФ является проведение глубокой инцизионной биопсии на всю толщину кожи с захватом фасции и мышцы. Типичным гистологическим признаком является утолщенная фасция, инфильтрированная лимфоцитами, эозинофилами, плазматическими клетками и макрофагами. Эозинофилы могут отсутствовать в случае длительного течения заболевания или приема системных глюкокортикостероидов/иммуносупрессивных средств. Наличие утолщенных дермальных коллагеновых волокон может свидетельствовать о наличии сопутствующей поверхностной склеродермии.

В последние годы МРТ, УЗИ и позитронно-эмиссионная томография кожи помогают в постановке диагноза ЭФ. Эозинофилия в периферической крови и повышение маркеров воспаления могут выявляться на ранних стадиях заболевания, однако на поздних стадиях или во время проведения лечения могут отсутствовать. Для дифференциальной диагностики с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом используют антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA). У 5–10% пациентов с ЭФ выявляются неоплазии (чаще гемобластозы). Скрининговые исследования (рентгенография грудной клетки, компьютерная томография, УЗИ внутренних органов, эндоскопия) могут проводиться при подозрении на злокачественные новообразования [1, 4].

Особенности ювенильной локализованной склеродермии (ЮЛС). Частота встречаемости составляет 0,34–2,7 случая на 100 000; чаще у девочек. Редко встречается у детей младше 5 лет. Отмечается более высокая по сравнению со взрослыми частота внекожных проявлений, более длительное течение, чаще регистрируются

линейная, смешанная и пансклеротическая формы. Наиболее частыми клиническими формами ювенильной ЛС являются линейная (65%), бляшечная (30%) и смешанная (14–23%). Почти 2/3 детей с ЮЛС впервые обращаются к дерматологу/ревматологу через 2 года и более после появления первых симптомов заболевания, что может увеличивать частоту осложнений [6–8, 13].

Внекожные проявления встречаются в 22–71% случаев и при всех подтипах ЮЛС. Превалирующими являются костно-мышечные осложнения: артралгии, артриты, контрактуры суставов, миозиты, миалгии, мышечные спазмы, сколиоз, гемиатрофия. У детей отмечается высокий риск недоразвития костной ткани на пораженной стороне. Вышеизложенное требует раннего мультиорганного мониторинга и назначения более агрессивного лечения пациентам с распространенным поражением ЮЛС. Позитивность АНА и повышение уровней креатининфосфокиназы или альдолазы могут встречаться у пациентов с обширными и/или глубокими формами заболевания, при наличии осложнений, а также могут служить их предикторами. АНА присутствует примерно у 50% пациентов с ЮЛС и у 80–97% с ювенильным системным склерозом (ЮССк). Пациенты с поражениями головы имеют более высокий риск развития неврологических, стоматологических и/или офтальмологических внекожных нарушений. Поражение желудочно-кишечного тракта, легких, сердечно-сосудистой системы и почек указывает на ЮССк. Отклонения в лабораторных анализах с лейкоцитозом, эозинофилией, анемией, повышением уровня белков острой фазы, мышечных ферментов чаще встречаются при ЮССк, чем при ЮЛС [20].

Лечение ЛС. У большинства пациентов бляшечная склеродермия имеет склонность к саморазрешению со спонтанным регрессом в течение 3–5 лет. У части пациентов сохраняется прогрессирование заболевания на многие годы с частыми обострениями. Высокая частота рецидивов характерна для детей с линейной и смешанной формами, у взрослых – с генерализованной и смешанной ЛС [6, 16]. Но даже при снижении активности заболевания со временем при длительном его течении могут возникнуть необратимые осложнения (соответствующие анатомические или функциональные нарушения). Активность заболевания у большинства пациентов, получающих стандартную терапию, снижается в течение 3–12 месяцев, но склероз разрешается медленнее – в течение 2–5 лет, сопровождаясь некоторым прогрессированием атрофии, даже после прекращения лечения.

Необходимы дополнительные исследования для определения оптимальной схемы продолжительности и эффективности лечения для всех подтипов ЛС, а также стандартизации показателей результатов для облегчения проведения многоцентровых исследований при этом заболевании [1, 5, 6]. Подход к терапии зависит от клинического варианта заболевания, глубины поражения, активности процесса.

При бляшечной форме ЛС преимущественно назначаются местная терапия и фототерапия. При генерализованной, глубокой, линейной и пансклеротической формах рекомендуется назначение фототерапии и системной иммуносупрессивной терапии. Местная терапия включает назначение топических кортикостероидов, топических ингибиторов кальциневрина, топических аналогов витамина D₃. Вариантами фототерапии являются УФВ-терапия, ПУВА-терапия, УФА-терапия. Системные кортикостероиды и цитостатики рекомендуются в качестве иммуносупрессивной терапии [3, 5, 6, 9].

Назначение местных и системных иммуносупрессивных средств эффективно при активных очагах ЛС, неактивные склеротические или атрофические поражения часто плохо поддаются лечению и требуют преимущественного применения физиотерапевтических процедур и хирургического вмешательства для коррекции осложнений.

Топические кортикостероиды (ТКС) являются терапией первой линии при бляшечной форме. Топические ингибиторы кальциневрина: применение мази такролимуса 0,1% 2 раза в сутки в течение 3 месяцев с окклюзией или без нее ведет к полному разрешению ранних поражений и смягчению поздних склеротических поражений при ЛС, возможно комбинировать с ТКС. Топические аналоги витамина D₃: мазь с кальципотриолом 0,005% 1–2 раза в сутки с или без окклюзии наиболее эффективна на стадии эритемы при бляшечной ЛС. Сообщается об эффективности комбинированной терапии бетаметазона дипропионатом с кальципотриолом 0,005% [3, 5, 6, 9].

Фототерапия уменьшает синтез коллагена и воспаление, назначается взрослым пациентам с бляшечной, генерализованной и глубокой формами ЛС. УФА₁-селективная фототерапия обладает большей эффективностью за счет глубокого проникновения в ткани, при ее недоступности альтернативными вариантами являются широкополосная УФА, ПУВА или УФВ-терапия [2, 3, 5, 6].

Системная терапия. Метотрексат (МТ) представляет собой наиболее эффективный препарат для системного лечения ЛС в начальной дозе 15 мг/нед; максимальная доза не должна превышать 25 мг/нед. Монотерапия метотрексатом проводится в дозе 15 мг/нед в течение 24 недель с заместительной терапией фолиевой кислотой 0,4–1 мг/день в дни, свободные от его приема [6].

Показаниями для назначения системных глюкокортикостероидов (ГКС) являются: активная стадия глубокой, линейной и генерализованной ЛС, формирование контрактур.

Системные ГКС в настоящее время не рекомендуют для длительной монотерапии вследствие высокого риска рецидива и неблагоприятных побочных эффектов [5, 6, 20].

Последние ретроспективные исследования указывают на более высокую эффективность комбинированной терапии метотрексата с системными глюкокортикостероидами по сравнению с их монотерапией. Схема лечения включает назначение метотрексата в дозе 15–20 мг/нед в течение 12 месяцев или на время обострения в сочетании с пероральным приемом преднизолона в дозе 0,5–1 мг/кг/сут первые 3 месяца с постепенным снижением в течение последующего месяца до полной отмены. Микофенолата мофетил назначается в торпидных случаях ЛС как альтернатива метотрексату в дозе 1000 мг 2 раза в сутки в течение 9–12 месяцев [5, 6].

Антималарийные препараты. Документальных свидетельств об успешном использовании гидроксихлорохина для лечения ЛС в медицинской литературе мало. Проведенное в 2019 г. ретроспективное исследование с участием 84 взрослых пациентов с ЛС, получавших гидроксихлорохин не менее 6 месяцев, показало его высокую эффективность у 43% пациентов [21].

При эозинофильном фасциите рекомендуется назначение системных глюкокортикостероидов в комбинации с метотрексатом. Системные ГКС назначают перорально (преднизолон 1 мг/кг/сут с последующим снижением дозы) или внутривенно в

виде минипульс-терапии метилпреднизолоном (1000 мг по 3 дня в месяц с последующим пероральным приемом) с одновременным еженедельным назначением метотрексата (15–25 мг/нед) [1, 3, 5, 6].

Особенности лечения ЛС у детей. Определение оптимальной терапии для ЮЛС является сложной задачей из-за отсутствия высококачественной доказательной базы. При активном течении бляшечной склеродермии без внекожных проявлений назначаются местные средства (топические стероиды, топические аналоги витамина D₃, топические ингибиторы кальциневрина). Согласно недавним рекомендациям, опубликованным Единым центром детской ревматологии в Европе (SHARE), системную терапию необходимо назначать при высоком риске инвалидности, например, при генерализованной, глубокой или пансклеротической ЮЛС, прогрессирующей линейной склеродермии в зоне суставов или лица с внекожными проявлениями с использованием трех вариантов лечения с назначением метотрексата: без ГКС, в сочетании с пероральным или внутривенным ГКС [6, 22, 23]. Данные из отчетов о случаях свидетельствуют об эффективности МТ также при лечении внекожных осложнений, включая эпилепсию, связанную с линейной формой. Дозы метотрексата у детей составляют 0,3–0,5 мг/кг/нед или 15 мг/м²/нед перорально или внутримышечно. В исследовании Mirsky et al. частота рецидивов ЮЛС после отмены МТ составляла 35%. Несмотря на то, что оптимальная продолжительность лечения не определена, в долгосрочном наблюдении за когортой, проведенном Zulian et al., продолжительность лечения МТ длительностью не менее 24 месяцев коррелировала с длительной ремиссией заболевания. Детские ревматологи в Северной Америке продолжают лечение метотрексатом даже после наступления ремиссии дополнительно 1–2 года. Однако в 6–10% случаев ЮЛС отмечается устойчивость к метотрексату, при этом факторы резистентности не выявлены [23].

Комбинированная терапия у детей включает назначение минипульс-терапии метилпреднизолоном 30 мг/кг внутривенно 3 дня с последующей поддерживающей терапией преднизолоном 0,5 мг/кг/день в сочетании с метотрексатом 10–15 мг/м²/нед или перорального преднизолона в дозе 1 мг/кг/день 3 месяца (максимально 50 мг) в сочетании с метотрексатом. В рецидивирующих и/или рефрактерных к метотрексату случаях часто используется микофенолата мофетил в дозе 600–1200 мг/м² два раза в день [1]. У пациентов с ЮЛС отмечается высокая частота рецидивов: 15–53%, что требует длительного мониторинга пациентов [20].

Фототерапия УФА₁ или узкополосная УФБ эффективны в нескольких исследованиях у взрослых, но их эффективность и риск потенциальных побочных эффектов, таких как рак кожи и преждевременное старение, у педиатрических пациентов не установлены. Для лечения рефрактерных вариантов ЛС у детей изучается эффективность биологических препаратов. Хирургическое вмешательство используется для коррекции атрофии или других деформаций, но поскольку болезнь может обостриться после операции, данный подход следует рассматривать только в неактивную стадию заболевания.

ИАПП-лечение. Заболевание доброкачественное, склонно к саморазрешению без осложнений. На сегодняшний день не существует эффективного лечения данной патологии. При выявлении антител к *B. burgdorferi* рекомендуется лечение по схемам Лайм-боррелиоза. Местно могут быть эффективны топические стероиды.

Carter et al. сообщали об эффективности гидроскхлорохина при лечении рефрактерной ИАПП. Для устранения гиперпигментаций может успешно применяться Q-switched александритовый лазер [19].

Перспективными направлениями лечения пациентов с ЛС является применение моноклональных антител. У пациентов с положительными аутоантителами есть сообщения об эффективности терапии анти-CD20-антителом – ритуксимабом. Другим препаратом для лечения тяжелой ЛС служит абатацепт – белок, ингибирующий взаимодействие CD80/86 с CD28, что ведет к ослаблению активности В- и Т-клеток и к уменьшению фиброза, вызванного воспалением, и потенциально к уменьшению выработки аутоантител [17]. Перспективными направлениями лечения ССк и ЛС является применение моноклональных антител против TGF- β : фрезолимуаб, гуманизованное антитело, хорошо переносится и дает многообещающие результаты лечения на ранних стадиях диффузного кожного процесса при системном склерозе, что делает возможным его применением при ЛС. Сообщается об эффективном применении тоцилизумаба, полностью гуманизованного антитела против интерлейкина-6 в двух сериях случаев у детей с ЛС с генерализованной и пансклеротической формами, а также у пациентов с внекожными осложнениями [5, 23]. Аналог простаглицлина илопрост временно подавляет секрецию CTGF фибробластами, что позволяет использовать его при лечении ССк и ЛС. Клеточная терапия, включая трансплантацию аутологичных гемопоэтических стволовых клеток, показала эффективность в отношении поражений кожи у отдельных пациентов со средней и тяжелой степенью ССк, а также в клиническом случае двух педиатрических пациентов с пансклеротической ЛС. В доклинических исследованиях показана способность ингибиторов янус-киназ (JAK) блокировать TGF- β -опосредованный фиброзный путь активации белка STAT при системном склерозе в моделях на мышах. Есть сообщения о случаях лечения ЛС и ССк тофацитинибом (ингибитор JAK 1/3) с уменьшением склероза кожи [24].

Таким образом, спектр терапевтических средств, используемых для лечения локализованной склеродермии, в ближайшем будущем расширится.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Mertens J.S. et al. Morphea and Eosinophilic Fasciitis: An Update. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18(4):491–512. doi: 10.1007/s40257-017-0269-x
2. Florez-Pollack S., Kunzler E., Jacobe H.T. Morphea: Current concepts. *Clin Dermatol.* 2018;36(4):475–486. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.04.005
3. Fett N., Werth V.P. Update on morphea. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64(2):217–228. doi: 10.1016/j.jaad.2010.05.045
4. Abbas L. et al. Morphea: progress to date and the road ahead. *Ann Transl Med.* 2021;9(5):437. doi: 10.21037/atm-20-6222
5. Wenzel D. et al. Upcoming treatments for morphea. *Immun Inflamm Dis.* 2021;9(4):1101–1145. doi: 10.1002/iid3.475.
6. Albuquerque J.V. et al. Interventions for morphea. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2019;16;7(7):CD005027. doi: 10.1002/14651858.CD005027.pub5
7. Torok K.S. Immunopathogenesis of Pediatric Localized Scleroderma. *Front. Immunol.* 2019;10:908. doi: 10.3389/fimmu.2019.00908
8. Suzanne C.Li. Scleroderma in Children and Adolescents Localized Scleroderma and Systemic Sclerosis. *Pediatr Clin N Am.* 2018;65:757–781. doi:10.1016/j.pcl.2018.04.002
9. Takehara K., Sato S. Localized scleroderma is an autoimmune disorder. *Rheumatology (Oxford).* 2005;44(3):274–9. doi: 10.1093/rheumatology/keh487
10. Bielsa I., Ariza A. Deep Morphea. *Semin Cutan Med Surg.* 2007;26(2):90–95. doi: 10.1016/j.sder.2007.02.005
11. Kunzler E. et al. Linear morphea: Clinical characteristics, disease course, and treatment of the Morphea in Adults and Children cohort. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(6):1664–1670.e1. doi: 10.1016/j.jaad.2019.01.050
12. Schultz et al. Parry Romberg Syndrome. *Clin Plastic Surg.* 2018; 46(2):231–237. doi: 10.1016/j.cps.2018.11.0071-7
13. Wu Y. et al. Baseline Description of the Juvenile Localized Scleroderma Subgroup From the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance Legacy Registry. *ACR Open Rheumatol.* 2019;10;1(2):119–124. doi: 10.1002/acr2.1019
14. Teske N.M., Jacobe H.T. Using the Localized Scleroderma Cutaneous Assessment Tool (LoSCAT) to classify morphea by severity and identify clinically significant change. *Br J Dermatol.* 2019;182(2):398–404. doi: 10.1111/bjd.18097

15. Wortsman X. Why, how, and when to use color Doppler ultrasound for improving precision in the diagnosis, assessment of severity and activity in morphea. *J Scleroderma Relat Disord*. 2019;4(1):28–34. doi: 10.1177/2397198318799244
16. O'Brien J.C. et al. Changes in Disease Activity and Damage Over Time in Patients With Morphea. *JAMA Dermatol*. 2020;156(5):513–520. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.0034
17. Khatri S. et al. Autoantibodies in Morphea: An Update. *Front. Immunol*. 2019;10:1487. doi: 10.3389/fimmu.2019.01487
18. Frank van den Hoogen et al. 2013 Classification Criteria for Systemic Sclerosis. ARTHRITIS & RHEUMATISM. *American College of Rheumatology*. 2013;65(11):2737–2747. doi: 10.1002/art.38098
19. Muntyanu A. et al. Idiopathic Atrophoderma of Pasini and Pierini: Case report and literature review. *Clin Case Rep*. 2018;7(2):258–263. doi: 10.1002/ccr3.1958.
20. George et al. Update on Management of Morphea (Localized Scleroderma) in Children. *Indian Dermatol Online J*. 2020; 9;11(2):135–145. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_284_19.
21. Kumar A.B. et al. Treatment of Morphea With Hydroxychloroquine: A Retrospective Review of 84 Patients at Mayo Clinic, 1996–2013. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(6):1658–1663. doi:10.1016/j.jaad.2019.01.040
22. Zulian F., Tirelli F. Treatment in Juvenile Scleroderma. *Curr Rheumatol Rep*. 2020;26:22(8):45. doi: 10.1007/s11926-020-00910-x
23. Zulian F. et al. Consensus-based recommendations for the management of juvenile localized scleroderma. *Ann Rheum Dis*. 2019;0:1–6. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-214697
24. McGaugh S. et al. Janus kinase inhibitors for treatment of morphea and systemic sclerosis: A literature review. *Dermatol Ther*. 2022;35(6):e15437. doi: 10.1111/dth.15437



Заславский Д.В. ✉, Белова Л.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия

Врачи-подвижники в борьбе с сифилисом, заразными кожными болезнями и лепрой в России (конец XIX – начало XX в.). Взгляд из XXI в.

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: написание текста – Заславский Д.В., Белова Л.В.

Подана: 01.03.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: venerology@gmail.com

Резюме

Цель. Определить и проанализировать вклад в борьбу с сифилисом, заразными кожными болезнями и лепрой российских врачей-подвижников.

Материалы и методы. Изучение отчетов, протоколов заседаний медицинских обществ, изданий периодической печати, обзоров, архивных материалов, воспоминаний современников.

Обсуждение. Роль подвижничества врачей в борьбе с сифилисом, заразными кожными болезнями, лепрой в русской медицине мало исследована. Одной из основных задач земской медицины являлась борьба с заразными заболеваниями, особенно с сифилисом. В сельских участковых больницах появились сифилитические отделения.

Земские врачи прилагали все усилия для оказания помощи пациентам с сифилисом, дерматозами, лепрой. Аналогичную напряженную борьбу вели российские врачи в Туркестане. Однако в то время социальной проблеме сифилиса со стороны властей должного внимания не уделялось, действенных мер борьбы не предпринималось, а общественные пути борьбы с распространением сифилиса начали вырабатывать только в 20-х гг. XX в.

Вывод. Бесценный опыт и деятельность замечательных русских врачей-подвижников являются непреходящей ценностью для следующих поколений.

Ключевые слова: А.Г. Архангельская, В.К. Трутовская, Б.Л. Каган, Э.А. Абрамович, С.И. Мицкевич, П.Н. Сокольников, Н.В. Пинегин, С.М. Немой, Н.Н. Гундиус, А.В. Пославская, Е.Н. Мандельштам, И.П. Суворов, И.П. Шевердин, О.И. Солнышкина, М.И. Шишова, А.Н. Предтеченская, К.Л. Бентковский, В.В. Покровский, Г.И. Дембо, С.Л. Шварц, К.О. Рейнгард, Л.В. Ошанин, А.И. Славнин

Zaslavsky D. ✉, Belova L.

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Doctors-Advocates in the Fight against Syphilis, Contagious Skin Diseases and Leprosy in Russia (late 19th – Early 20th Centuries). A View from the Twenty-First Century

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: writing – Zaslavsky D., Belova L.

Submitted: 01.03.2023

Accepted: 03/20/2023

Contacts: venerology@gmail.com

Abstract

Purpose of the study: to identify and analyze the contribution of Russian doctors-members in the fight against syphilis, contagious skin diseases and leprosy.

Materials and Methods. Study of reports, minutes of meetings of medical societies, periodical press publications, reviews, archival materials, and memoirs of contemporaries.

Discussion. The role of medical workers in the struggle against syphilis, contagious skin diseases, and leprosy in Russian medicine has been little studied. One of the main tasks of zemstvo medicine was the struggle against contagious diseases, especially syphilis. Syphilitic departments appeared in the rural district hospitals.

Zemstvo doctors made every effort to help patients with syphilis, dermatosis, leprosy. Russian doctors in Turkestan fought similarly hard. However, at that time the authorities didn't pay proper attention to syphilis problem, no effective measures were taken, and public ways to fight syphilis spreading were developed only in the 20s of the XX century.

Conclusions. The invaluable experience and activities of the remarkable Russian missionary physicians are of lasting value for future generations.

Keywords: A. Arkhangelskaya, V. Trutovskaya, B. Kagan, E. Abramovich, S. Mitskevich, P. Solodovnikov, N. Pinegin, S. Nemoy, N. Gundius, A. Poslavskaya, E. Mandelstam, I. Suvorov, I. Sheverdin, O. Solnyshkina, M. Shishova, A. Predtechenskaya, K. Bentkovsky, V. Pokrovsky, G. Dembo, S. Schwarz, K. Reingard, L. Oshanin, A. Slavnin

Подвижник – это самоотверженный человек, целиком отдающий себя делу, героически принявший на себя тяжелый труд или лишения ради достижения высокой, благородной цели, переносящий испытания вплоть до самопожертвования. Подвижничеству свойственны чистота души и помыслов, сострадание, сопереживание, милосердие, доброта, сердечность.

Появление земской медицины (1864) обусловило представление о медицине как социальной службе. Сложился притягательный образ земского врача – представителя интересов народа, обладавшего высокими морально-этическими качествами, бескорыстного общественного деятеля, оказавшего влияние на формирование лучших традиций русской общественной медицины. По данным статистиков, около 60% земских врачей умерло от сыпного тифа, немало из них были подвижниками.



Рис. 1. А.Г. Архангельская (1851–1905)
Fig. 1. A. Arkhangelskaya (1851–1905)



Рис. 2. Б.Л. Каган (1870–1912)
Fig. 2. B. Kagan (1870–1912)

Земский врач-подвижник Александра Гавриловна Архангельская (1851–6.01.1905) (рис. 1) поступила в гимназию только на 21-м году жизни! Под влиянием зав. акушерскими курсами Е.М. Рудневой, сестры крупного патологоанатома проф. М.М. Руднева (Императорская ВМА, СПб.), окончила (1881) Высшие врачебные женские курсы (СПб., 1872).

Выпускницы курсов получали дипломы со званием «женщина-врач», поначалу имели право лечить женщин и детей. А.Г. Архангельская изучила немецкий и французский языки, бывала в клиниках за границей, ее статьи были опубликованы в научных журналах.

Жизнь А.Г. Архангельской прошла в селе Петровском Московской губернии в непрерывной работе в течение 22 лет до преждевременной смерти в возрасте 54 лет. Много оперировала, лечила, в том числе пациентов с сифилисом и кожными болезнями. Напряженная работа на износ заменила ей личную жизнь. Народ почитал А.Г. Архангельскую как святую.

Издательство «Посредник» выпустило целую серию популярных брошюр для народа по охране здоровья. Отбором таких работ занимался в основном Л.Н. Толстой. Он отредактировал брошюру А.Г. Архангельской для крестьян «Как уберечься от несчастных случаев» (1897) [14].

В письме от 04.08.1887 к другу Л.Н. Толстого, основателю «Посредника» В.Г. Черткову А.Г. Архангельская спрашивала о возможности издать брошюру врача Веры Константиновны Трутовской «Дурная болезнь, или сифилис, описание ее и советы о том, как уберечься и лечиться от нее» (1888), получившую впоследствии высокую оценку писателя, назвавшего ее прекрасной. В этой брошюре и сама А.Г. Архангельская сделала небольшие правки [10, 14].

Она отметила, что «сифилис представляет такое распространенное зло и... сами крестьяне рады бороться с этим злом путем всяких предосторожностей, ...они с

жадностью ловят и запоминают наши советы в амбулатории» [14, с. 92]. Жила А.Г. Архангельская в старом, сыром, холодном деревянном доме, пораженном плесенью. В конце жизни жаловалась на ревматические боли, недомогание. После переохлаждения скончалась от пиелонефрита [14].

Всесторонне образованный, владевший несколькими иностранными языками, талантливый земский врач-подвижник Борис Львович Каган (1870–02.02.1912) был незаурядной личностью (рис. 2). Не стремился к широким перспективам научной деятельности, к удобствам городской жизни. Так был предан земскому делу, что с головой ушел в медицинскую работу на участке.

Отъезд (1908) Б.Л. Кагана в Америку был обусловлен глубокими переживаниями и потрясением в результате произошедших еврейских погромов. После получения диплома врача в Нью-Йоркском университете успешно практиковал в Америке. Но тяга к России взяла верх, и Б.Л. Каган, возвратившись (1910) на родину, приступил к работе зав. хирургическим отделением Коломенской больницы. Проводил глазные операции, лечил пациентов с сифилисом с поражением глаз.

Воплощал в себе идеал врача, пользовался колоссальным успехом у сельского населения. Современник Б.Л. Кагана отметил: «Если бы меня спросили, видел ли я врача, осуществившего высокую христианскую мораль в исполнении своего долга, я бы ответил: «Да, я видел, это – ...Б.Л. Каган» [2, с. 48]. Подобрал по дороге больную сыпным тифом неимущую крестьянку, донес ее до медпункта. Заразившись, Б.Л. Каган безвременно ушел из жизни в возрасте 41 года, оставив после себя светлую память. На сельское кладбище его провожала огромная толпа окрестных крестьян [14].

Надгробие с посвящением «Жертве беззаветной любви к ближнему» вскоре было украдено, а могила позже разрушена. Надгробие было восстановлено стараниями американских родных.

Участок земского врача С.Н. Коржневского в Тверской губернии включал 200 деревень. Радиус участка равнялся 10 верстам, а его население составляло 6000–7000 человек. Ежедневно в селе Берново врач принимал 60–100 человек, в том числе с сифилисом и кожными болезнями [14].

Обладавший глубокими знаниями опытный фельдшер Константин Федорович Даниловский (1874–1926) жил с семьей в фельдшерском пункте Вятского врачебного участка Ярославской губернии и ни днем ни ночью не знал покоя. Жалованье в голодные 1920-е гг. выплачивалось нерегулярно, а скудный паек состоял из нескольких фунтов гороха или зерна. Жилось К.Ф. Даниловскому трудно, а работать приходилось очень много.

Усталый и истощенный до такой степени, что его буквально шатало от ветра, шел пешком к пациентам из одной деревни в другую и не ждал, когда его вызовут повторно, а приходил сам. Расстояние от пункта до деревень составляло 10–12 верст. К.Ф. Даниловский лечил и пациентов с сифилисом, дерматозами, умер от сыпного тифа [14].

Известный хирург Николай Михайлович Никольский (?–1920) учился в ИВМА, участвовал в Русско-турецкой войне. Будучи врачом и старшим (главным) врачом Александровской больницы Астрахани, посещал заграничные клиники, на свои средства покупал лучшие инструменты. Публиковал статьи в научных журналах, выступал на съездах.

Одним из первых в России начал вливание сальварсана пациентам с сифилисом. Процедура была непростой и длительной: светло-желтый порошок из ампулы надо было высыпать в мельницу со стеклянными шариками (бусами), растворять в горячей воде, определять pH и т. д. Технике вливаний сальварсана были посвящены специальные руководства.

Удивительно скромный, душевно и внешне красивый, широкодоступный врач-человеколюбец тянулся к бедноте, к «униженным и оскорбленным». Для тяжелых работ на пароходные пристани в те годы привозили персов-грузчиков. Тысячи этих безропотных тружеников знали и любили его, как отца. Чтобы понимать их, Н.М. Никольский изучал персидский язык, имея всегда в кармане маленький словарь [14].

В Якутии политические ссыльные врачи Я.М. Белый, М.В. Сабунаев, Р.А. Стеблин-Каменский, А. Ронбинский, И. Янковский, Н.А. Ожигов, В.Н. Катин-Ярцев, студент-медик А.А. Сипович и другие лечили пациентов со многими болезнями, в том числе кожными и сифилисом, своей отзывчивостью заслужили признательность населения. О плохом содержании пациентов, отсутствии должного ухода и элементарных удобств в венерологической больнице Вилюйска писал Г.И. Попов (1915) [8].

Выпускник медицинского факультета Сорбонны (Париж) Эмилий Абрамович Абрамович (1864–1922) многие годы политических ссылок врачевал в Якутии и Сибири, в том числе и пациентов с дерматозами, сифилисом. Э.А. Абрамович бодро скакал к пациентам верхом или трясся в самодельной двуколке. Нуждавшимся оставлял деньги «на лекарства», снабжал медикаментами, продуктами.

Пользовался громадной популярностью, люди боготворили его, называли благодетелем. При отъезде (1904) Э.А. Абрамовича с Ленских золотых приисков рабочие с женами и детьми несколько верст провожали его, передавали благодарственные записки. Их набралась пухлая папка, которой Э.А. Абрамович очень гордился и дорожил [2].

Сосланный (1894) в Якутский край врач-революционер С.И. Мицкевич (1869–1944) жил (1899–1903) и практиковал в Средне-Колымске, организовал фельдшерские пункты со стационаром, выезжал в отдаленные районы (рис. 3). Люди преклонялись перед его неутомимой добродетельной энергией. После окончания срока ссылки остался еще на 1 год для завершения строительства больницы для пораженных лепрой. Большой заслугой С.И. Мицкевича является ознакомление широкой общественности России с условиями жизни населения Колымского округа [5].

Бедствием якутского населения был обычай курить табак мужчинами, женщинами, детьми. Привычка передавать свою трубку или серу при жевании изо рта соседу дополняла неприглядную картину быта. С.И. Мицкевич писал, что сифилис грозил чуть ли не поголовно охватить все население Колымского округа, являлся одним из существенных факторов вымирания населения [5].

Истинным врачом-подвижником, безгранично преданным обездоленным, отдавшим всего себя служению народу, был врач-якут из далекого села Чурапча Прокопий Нестерович Сокольников (1865–1917) (рис. 4). Судьба свела его с П.П. Семеновым-Тянь-Шанским и Л.Н. Толстым.

Возможно, именно П.П. Семенов-Тянь-Шанский, привлечший П.Н. Сокольникова к участию в работе Всероссийской промышленно-художественной выставки (Нижний Новгород, 1896), помог ему осуществить заветную мечту – перевод из Императорского Томского университета в Императорский Московский университет (ИМУ).

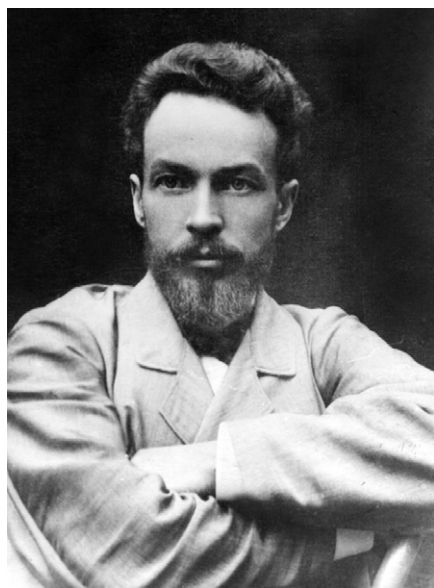


Рис. 3. С.И. Мицкевич (1869–1944)
Fig. 3. S. Mitskevich (1869–1944)



Рис. 4. П.Н. Сокольников (1865–1917)
Fig. 4. P. Sokolnikov (1865–1917)

Выпускник (1899) ИМУ, всем сердцем полюбивший Москву, П.Н. Сокольников принял единственно верное решение возвратиться в Якутию. По просьбе Л.Н. Толстого сопровождал жен и детей ссыльных духовоборов в их тяжелом пути по Сибири в Якутию к мужьям и отцам. Позже П.Н. Сокольников переписывался с Л.Н. Толстым.

Будучи участковым врачом, лечил всех обращавшихся, в том числе с широко распространенными в Якутии сифилисом и кожными болезнями. Сталкиваясь с проявлениями ужасающей нищеты, П.Н. Сокольников деликатно одалживал деньги якобы на обеды детям, но всегда отказывался от получения долгов. Люди встречали его с радостью [2].

Работавший с воодушевлением, защитник интересов бедноты, П.Н. Сокольников страдал от несправедливого отношения и придирок начальства, унижений от тойонов (богатых якутов) и личного горя. Начальство постоянно посылало П.Н. Сокольникова на выезды и в командировки длительностью до полутора месяцев на участки других врачей по грязи и топкой болотистой местности на расстояния до 1300 верст верхом на лошади для выполнения единичных малозначительных заданий.

А в это время множество больных оставалось без помощи, зарплату врач-подвижник получал после долгой волокиты. По словам самого П.Н. Сокольникова, это было его истязанием. Русская жена в результате психического заболевания отравилась, трое детей и вторая жена погибли.

За два месяца до смерти великий труженик, тяжелобольной П.Н. Сокольников принимал пациентов. Во время гражданской войны бандиты дотла сожгли прекрасное здание больницы, построенной трудами П.Н. Сокольникова, зверски убили его родных [2].

Выпускник (1915) Якутской фельдшерской школы Николай Васильевич Пинегин работал в колонии прокаженных (лепрозории) в Средне-Колымске. Самоотверженный труд принес ему огромную популярность и любовь населения. Участвовал в боевых операциях, расстрелян белогвардейцами.

По просьбе Монгольской Народной Республики и распоряжению советского правительства в МНР работали российские врачи. Коммунист, венеролог С.М. Немой начал (12.1930) в тяжелейших условиях борьбу с катастрофически распространенными в МНР сифилисом и кожными болезнями, организовал там первый КВД, главным врачом которого и стал.

Неиссякаемая энергия, увлеченность делом, равнодушное отношение к людям обусловили глубокое уважение населения к С.М. Немому. Во время контрреволюционного мятежа отважный врач был зверски казнен (21.05.1932): ему распороли грудь и вырвали сердце [2].

Так, необходимую медицинскую помощь малоимущему населению Туркестана: сартам (оседлым узбекам), киргизам, казахам, таджикам – оказали русские врачи, изучили их обычаи, завоевали доверие [6]. Генерал-губернатору М.Г. Черняеву женщинами-врачами Н.Н. Гундиус, А.В. Пославской и Е.Н. Мандельштам была подана (10.1882) докладная записка об устройстве амбулаторной лечебницы для туземных женщин и детей, которым религия не позволяла обращаться к врачам-мужчинам.

Женщины-врачи предложили свои услуги безвозмездно, проект был утвержден (13.02.1883). Образованию лечебницы содействовал окружной военный медицинский инспектор, выпускник ИМХА (ИВМА), д. м. Иван Петрович Суворов (1828–1907, Ташкент), заслуживший любовь и почитание коллег и простого народа. При открытии (04.12.1883) он обратился к женщинам-врачам: «Вам, милостивые государыни, первым выпала счастливая доля согреть, успокоить, облегчить, устранить немощи, страдания и недуги наиболее слабых и беспомощных» [2; 9, с. 3].

Первой заведующей лечебницей была назначена Н.Н. Гундиус, ее помощницей – А.В. Пославская, Е.Н. Мандельштам являлась сначала сверхштатной сотрудницей. После смерти Н.Н. Гундиус заведующей стала А.В. Пославская, а помощницей – Е.Н. Мандельштам. Александра Владимировна Пославская (Яковлева) была женой высокопоставленного офицера Ильи Титовича Пославского, главы туркестанских военных инженеров и археологов. Фельдшерницей состояла жена капитана татарка Биби-Латифа (перевод приставки – госпожа, женщина; перевод имени – милосердная, мягкая) Мамина, а переводчицей – Биби-Гафифа (перевод имени – благодетельная) Нургалиева.

Амбулатория располагалась в съемном доме около базара в махалле Хадра. Помещение оставляло желать много лучшего. В первые годы после открытия, до приведения дорог в сносное состояние, врачи могли ездить в лечебницу только на арбах (телегах с высокими колесами), куда поднимались по приставной лестнице. Поездки были крайне утомительными, порой «приходилось выносить такие толчки и удары на арбе, что они становились мучительными» [9, с. 9]. Консультации, простейшие операции, перевязки, водные процедуры, лекарства были бесплатными.

Обзор десятилетней деятельности амбулаторной лечебницы для туземных женщин и детей в г. Ташкенте (1883–1894) был составлен А.В. Пославской и Е.Н. Мандельштам. Большинство пациентов обращалось в лечебницу с проявлениями сифилиса и кожных болезней. Описания очагов поражения очень подробны, точны,

выразительны. Даны языком профессионального дерматовенеролога, соответствуют описаниям пациентов на страницах научных журналов и монографий того времени.

Представлены экзема, псориаз, красный плоский лишай (многие формы), себорея, песь (витилиго), почесуха (зимнего типа, климактерическая, старческая), акне, туберкулезная и красная волчанка, дерматомикозы, в том числе парша (фавус), стригущий лишай (трихофития), отрубевидный лишай, проказа (лепра), сифилис врожденный, первичный, вторичный, третичный и др.

По данным А.В. Пославской и Е.Н. Мандельштам (1894), больные паршой (фавусом) составляли (1885–1894) 35% всех пациентов лечебницы. Фавус среди населения считался позорной болезнью. Среди всех болезней детей около 30% приходилось на кожные. Больные чесоткой дети составили (1884–1893) 14% от числа всех больных детей [9].

Росту кожных заболеваний способствовала антисанитария. Женщины из бедных слоев населения зачастую носили единственную рубашку, нередко «кишащую паразитами», до полного сноса [9, с. 97]. Голову мыли кислым молоком, которое наносили на полчаса и более, а о чистоте тела не заботились. Врачи подчеркнули негативное влияние на течение экземы (местное название – гуш) рода занятий у женщин беднейшего населения, занимавшихся красильным ремеслом, мывших и перебиравших шерсть.

При номе (водяном раке) язвенный процесс порой принимал обширные размеры: «В одном случае разрушены были носовые отростки челюстной кости и... процесс распространился на нос и скуловую кость; в другом – со скулы перешел на глазницу и разрушил глаз и т. п.» [9, с. 44].

Нередко табибы (знахари) с целью замаскировать пятна витилиго различными средствами вызывали на них язвы, рассчитывая получить ровный пигментный рубец, а в результате получали рубец светлый, выступающий, некрасивый. Многие пациенты с витилиго становились отверженными обществом и буквально «заживо погребенными» в махау-кишлаках. «Пропитываются эти обитатели махау подаяниями и терпят жизнь ужасную» [9, с. 41].

Сартовской болезнью табибы ошибочно называли проявления на коже, особенно лица, различных кожных болезней (стригущий лишай, экзема, себорея, отморожения и др.), сифилиса. Табибы «растрavляют ее разными медикаментами», в результате чего появляется «круглый, поверхностный и довольно типичный рубец» [9, с. 53]. В последние годы XIX в. диагноз сартовской болезни почти совсем исчез из употребления.

При различных кожных болезнях население наружно применяло железный и медный купорос (куктош), фуксин. Ярко-синие кристаллы медного купороса или зеленые кристаллы железного купороса размельчали в порошок, смешивали с яичным желтком наподобие пасты.

Существовали невероятные способы самолечения язв: присыпки пережженного войлока, золы, толченого древесного угля, смазывание кровью свежезарезанного барана, навозом всех домашних животных (верблюдов, корова, баран, коза, ишак, лошади) и птиц, причем от каждого вида ожидалось определенные результаты.

Поверх непременно накладывали обрывок газеты, смоченный слюной, иногда дополнительно – тряпку [9, с. 73]. Воцанку из лечебницы местные жители называли

«китайской бумагой». Многие прикрепляли ее к телу и, появляясь в лечебнице, утверждали, что «бумага очень помогла» [9, с. 73].

При кожных заболеваниях женщины-врачи применяли растворы калия перманганата, борной и карболовой кислот, ляписа, спиртовые растворы йода, молочной кислоты, дегтярную, нафталановую, Вилькинсона мази, салицилово-цинковую пасту, йодоформ, растительные масла, зеленое мыло. Фавус лечили мазью с нафталином, псориаз – с хорошим эффектом каплями мышьяка внутрь.

«...Больные с полным спокойствием и определенностью объявляют, что они больны сифилисом, указывая этим на чрезвычайную распространенность болезни и как бы на некоторую ее обязательность» [9, с. 50]. «Большинство сифилиток хорошо понимают род своей болезни... но не имеют понятия о том, что болезнь эта требует предосторожностей. Распространение сифилиса между туземцами приобрело ему такое право гражданства, о каком не приходилось слышать у других народов, а потому у туземки нет на этот счет ни тени смущения, ни дурной, ни секретной славы за этой болезнью» [9, с. 107].

«...Легкое отношение это объясняется огромным распространением болезни и легкостью заражения при условиях быта и жизни туземцев, где живут так скученно тесно, где едят и пьют из одной посуды, чего требует даже утонченное гостеприимство, утираются одним общим полотенцем, лакомятся (особенно дети) без малейшей брезгливости серой, переходящей изо рта в рот; где кормящая мать сплошь и рядом угощает своей грудью детей гостей или соседских и таким образом при полном игнорировании туземцами заразительности болезни получают все условия для обширного распространения сифилиса» [9, с. 107].

«Никаких мер предосторожности против заразительности сифилиса они не принимают, хотя сами отлично знают это свойство болезни и постоянно говорят в таком роде: заразилась от бабушки, от больной соседки и т. п. Туземные женщины знают, что болезнь эта часто искажает образ человеческий не хуже проказы, но каждая из них сторонится и не хочет сесть на тот стул, на котором сидела прокаженная (или песевая, приравнивая ее к прокаженной), и спокойно берет серу изо рта сифилитки и начинает жевать сама» [9, с. 50–51].

«...Пути распространения сифилиса столь разнообразны и тесно связаны с обычаями туземцев... что неудивительным становится, почему болезнь никто не скрывает и мирится, как с печальной необходимостью. Особенно сильно распространен сифилис между киргизами: они заражены почти все поголовно» [9, с. 51].

«Табибы являются наипаснейшими и главнейшими виновниками легкомысленного отношения... к распространению сифилиса» [9, с. 108]. «Не считали сифилис заразной болезнью», тогда как песь (витилиго) признавалась «теми же табибами заразной, опасной и требующей изоляции, и к довершению зла этих несчастных мучеников сплавляют в... лепрозории» [9, с. 108].

Подробно описана многообразная клиническая картина сифилиса. Проявления первичного периода зачастую оставались незамеченными больными. Первичный и вторичный сифилис население называло захм, а третичный – мараз. По мнению женщин-врачей, врожденный сифилис являлся одной из причин большой смертности детей в раннем возрасте.

Специфическое действие ртути было хорошо известно местному населению, «но неумеренность и отсутствие разумного контроля часто вызывает отравление»

[9, с. 72]. Заболевшие широко применяли киноварь, реже – сулему. Металлическую ртуть растирали в произвольном количестве с бараньим курдючным салом.

Часто наблюдались осложнения: «расшатавшиеся зубы, разрыхленные и изъязвленные десны, слюнотечение у таких больных далеко не редкость» [9, с. 107]. При разных болезнях в области половых органов женщины охотно применяли чернильные орешки (содержат таннин) и квасцы.

Детям в лечебнице назначали каломель внутрь и наружно в виде присыпок на папулы, язвы смазывали растворами ляписа. У детей старше года применяли втирания ртутной мази. При поздних проявлениях сифилиса принимали препараты йода.

Количество кроватей при амбулатории увеличилось (1905) до 4–6, позже (1909) – до 44. За 10 лет количество посещений возросло с 48 185 (1883–1893) до 33 000 ежегодно в начале XX в. Число пациентов с каждым годом повышалось: от 24 747 (1883–1893) за 10 лет до 30 700 (1907) только за 1 год.

Вторая старгородская амбулатория для туземных женщин и детей (1900) была открыта в Бешагачской части Ташкента, переведена (1904) в Шайхантахурскую часть города. Ее возглавляла (1900–1908) врач Анна Николаевна Предтеченская. Ежегодное количество больных увеличивалось в среднем с 8000 (1900) до 25 000 в последующие годы [2].

После прибытия (11.05.1885) в Ташкент туркестанской экспедиции (1885) проф. Г.Н. Минх с настойчивостью, терпением и трудолюбием начал осмотр обитателей махау-кишлаков. Ученый выразил благодарность Н.Н. Гундиус, А.В. Пославской, Э.Я. Рабинович, помогавшим ему в обследовании больных лепрой женщин [1, 4].

Переводчиком был выделенный городовой врачом М.Х. Батыршиным оспопрививатель. Результаты экспедиции были представлены проф. Г.Н. Минхом в работе «О путешествии в Туркестанскую область» (1886) [1, 4].

Амбулатории для туземных женщин и детей открылись (после 1885 г.) в Самарканде, Ходженте, Андижане, Маргилане, Намангане, Коканде. Была издана книга Е.И. Пахомовой «Амбулаторные лечебницы для туземных женщин и детей в Самаркандской области» (1895) [7].

В газете «Туркестанские ведомости» (1898, № 32) была опубликована корреспонденция о чествовании женщины-врача О.И. Солнышкиной, в течение 10 лет заведовавшей амбулаторной лечебницей для туземных женщин и детей в Андижане. О.И. Солнышкина лечила пациентов с различными болезнями, в том числе с кожными и сифилисом.

Автор писал: «Дай Бог нашему краю побольше таких бескорыстных, самоотверженных деятелей, каким является госпожа Солнышкина, для которой нравственное удовлетворение от сознания выполненного долга является единственной наградой за ее деятельность, так как труженики, подобные ей, весь век рискуют жизнью, тратят силы и здоровье и в конце концов остаются совершенно необеспеченными в старости или в случае трудной болезни, лишаящей их возможности работать; ни казна, ни земство, ни город не обеспечивают их пенсией» [2; 11, с. 4].

Вместе с мужем, военным врачом Александром Поликарповичем Шишовым, женщина-врач Мария Ивановна Шишова (20.02.1859, Екатеринбургская губ. – 27.02.1949) прибыла в Коканд. Заведовала амбулаторией для туземных женщин и детей Коканда в Ферганской долине. В крайне скромном помещении амбулатории работала энергично, с энтузиазмом, через 3 года добилась открытия стационара на 25 коек.

Не зная отдыха, в любое время дня и ночи М.И. Шишова спешила в самые отдаленные места города, кишлаки и аулы, лечила обращающихся с разными болезнями, в том числе кожными и сифилисом. Участвовала в работе Ферганского медицинского общества, изучила узбекский язык. В газете «Туркестанские ведомости» (1896, № 28) опубликована медицинская статья М.И. Шишовой.

Добилась открытия в одной из комнат амбулатории первой женской школы из 20 учениц, взяла над ней шефство, убеждала родителей отдавать девочек учиться грамоте, снискала признание населения. Когда Шишovy переезжали (1897) в Ташкент с целью обучения своих детей в гимназии, провожать Марию Ивановну вышло почти все население Коканда.

Заведовала (1908–1933) второй старогородской амбулаторией для женщин и детей, работала до 80 лет. М.И. Шишова являлась членом (1899) Туркестанского медицинского общества (с 05.10.1908 – Туркестанского общества врачей и естествоиспытателей) [2]. Упорный труд, внимательное и осторожное отношение к делу первых женщин-врачей поставили дело оказания помощи местным женщинам и детям на высоту.

Первая мужская амбулатория для туземного мужского населения (1886) в Туркестане была открыта в доме Мухаммада Юсуфа Муллы Зиёева в махалле Катортрак в Ташкенте. Возникла по инициативе врачей К.Л. Бентковского, Д.С. Палиенко, С.Ф. Рыжковского, В.В. Покровского, Г.В. Рождественского, З.К. Юрасова и К.А. Дыского, желавших помочь туземному населению безвозмездно, без вознаграждения. И только позже был приглашен (04.1895) первый платный врач.

Начал работу (1896) приехавший в Ташкент врач Соломон Лейбович Шварц, в последующем долгие годы заведовал всеми старогородскими амбулаториями. Лечебница под руководством С.Л. Шварца расположилась (1898) в частном доме по Шайхантахурской улице в махалле Кош-Бакал.

Помещение было старое, тесное и недостаточно опрятное [13]. С амбулаторных пациентов, кроме самых бедных, во всех городских лечебницах и больницах начали взимать (1905) низкую плату – по 10 копеек за консультацию и 10 копеек за лекарства. Вышла статья С.Л. Шварца «Медицинская помощь туземному населению Ташкента» (1909) [12].

Первоначально в Туркестане медицинскую помощь населению оказывали военные врачи военного лазарета (1868), преобразованного в военный госпиталь второго класса (1870). Выпускник ИВМА, военный врач Иван Петрович Шевердин (?–1928, Самарканд), дворянского происхождения, основал (1899–1903) сельскую амбулаторию в кишлаке Тиллау в Ташкентском уезде у реки Ангрен в «гиблом», загрязненном месте (рис. 5).

Окулист И.П. Шевердин изучил узбекский язык, лечил и пациентов с проявлениями сифилиса глаз, бленнореи. В подвижнической деятельности ему помогала жена О.А. Морель из рода французских баронов, выпускница Санкт-Петербургской консерватории, дочь действительного тайного советника (гражданский чин, соответствовавший чину генерал-лейтенанта в армии и вице-адмирала во флоте). Действительные тайные советники занимали высшие государственные должности.

Согласилась поехать в кишлак при условии, что муж привезет туда ее рояль «Беккер». Служению простым людям супруги Шевердины посвятили всю свою жизнь, в Туркестане обрели славу и вечный покой. Младший сын М.И. Шевердин стал



Рис. 5. И.П. Шевердин (?–1928)
Fig. 5. I. Sheverdin (?–1928)

народным писателем Узбекской ССР, описал работу родителей в историческом романе «Джейхун».

На основании отчетов (1924) зав. отрядами, зав. санэпидотделом Наркомздрава Туркестанской АССР Г.И. Дембо составил общий отчет «Подвижные обследовательски-лечебные отряды и их значение в организации медпомощи сельскому населению в Средней Азии» (1925) [3].

Врачи отрядов осознавали как тяжесть предстоящей работы, так и ее огромное общественное значение. НКЗ ТАССР поставил отрядам задачу привлечь население на сторону европейской медицины, бороться с табибством и насаждением фельдшерских пунктов.

Выпускник (1896) медфака ИМУ, д. м. (1902) Григорий Исаакович (Гирша Ицикович) Дембо (1872–1939, Л.) был врачом-гигиенистом, проф., зав. (1928–1939) кафедрой социальной гигиены I Ленинградского МИ.

Свой врачебный путь начал в отряде выпускник (1923) медфака Томского университета дерматовенеролог (1927) Александр Ипполитович Славнин (1900–1960), сотрудник (1927–1960) Узбекского НИКВИ, организатор и участник многих отрядов и экспедиций, зам. директора по научной работе. Скрупулезно собирал материалы по табибству.

Активное участие в работе отрядов принимал Лев Васильевич Ошанин (1884–1961), оказывавший помощь умиравшему проф. А.И. Лебедеву. Родился и жил в Ташкенте, учился (1903–1914) в Петербургском университете и ИВМА, где и начал работать врачом. Л.В. Ошанин – терапевт Ново-Городской больницы Ташкента, заместитель председателя Союза врачей ТАССР. Похоронен на Боткинском кладбище слева перед часовней.

Всем отрядам был придан венерологический уклон. Каждый отряд состоял из 2 врачей: заведующего и венеролога, 2 лекомов и переводчика. Кожно-венерологическая клиника (директор проф. И.С. Мильман) медфака взяла на себя обязательство обеспечить венерологами наиболее отдаленные Джетысуйские отряды, выезжавшие на срок 6 месяцев. Было установлено посменное 2–3-месячное пребывание венеролога в отряде.

Выпускник медфака Новороссийского университета (Одесса), ученик проф. С.С. Яковлева, зав. (1923–1924) кафедрой кожных и венерических болезней Смоленского университета проф. Исай Самойлович Мильман (1880–1957) был одаренным ученым, обладавшим глубокими знаниями в различных областях науки, владевшим 6 иностранными языками.

Его библиотека насчитывала тысячи экземпляров, содержала много редких изданий. И.С. Мильман работал в Германии у проф. Готтольда Герксгеймера (1872–1936) сверхштатным ассистентом Одесской кожно-венерологической клиники, с 1921 г. – доцент кафедры кожных и венерических болезней Одесского ГИДУВ. Закончив (1922) историко-филологический факультет Одесского университета, одновременно читал курс логики и введения в философию в Одесском педагогическом институте.

В связи со смертью проф. А.И. Лебедева был назначен зав. (1924–1931) кафедрой кожных и венерических болезней медфака Среднеазиатского государственного университета (САГУ), организовал Среднеазиатское научное общество дерматовенерологов.

Заведовали отрядами ассистенты клиник. Профком медфака выдвигал на работу в качестве среднего медперсонала студентов 5-го курса, главным образом из числа лекомов. Амбулаторный прием каждого отряда составлял до 300 человек в день.

Медики перевозили огромные тяжести. Так, Джетысуйским отрядам приходилось поднимать на подводы до 180 пудов (1 пуд – 16,380496 кг) медикаментов, Аулиеатинский отряд «весил» 200 пудов! Переезд через горные реки по остаткам мостов угрожал жизни. Так, в Джетысуйском отряде лошади вместе с мостом обрушились на дно обрыва.

Утомительные и опасные переходы через горные перевалы, где перегруженные животные падали от истощения, приводили медиков в отчаяние. При переезде рек вброд течение порой перевертывало брички и сшибало лошадей с ног. Поднимать животных и грузы приходилось врачам.

Ржавые бидоны из-под керосина с мазью Вилькинсона распаивались, протекали, а под влиянием жары иногда разрывались. Вблизи китайской границы обследование населения приходилось проводить под охраной винтовок. В разных местах медики страдали то от холода, то от жары.

Лечение и лекарства были бесплатными, но врачи отмечали: «Вопрос платы их всегда интересовал в первую очередь» (доктор Киселев, Джетысуйский отряд № 2) [3, с. 19]. «К европейской медицине киргизы относятся с полным доверием, но эта готовность лечиться имеет свои пределы, и если лечение хоть немного затрагивает материальные интересы, то от него готовы отказаться и поступиться своим здоровьем» [3, с. 19].

В одних уездах на первом месте среди всех выявленных больных стояли кожные заболевания, в других – сифилис. Среди кожных заболеваний на первом месте была чесотка, на втором – фавус. В материале по Каракольскому уезду Л.В. Ошанин

отметил, что население в 100% случаев во время осмотра либо в прошлом болело чесоткой.

Распространению кожных болезней способствовало характерное для местного населения отсутствие привычки регулярно мыться и употреблять мыло, не было бани. В отчете по Сыр-Дарьинской области так описано жилище бедняков: «...в маленькой сырой каморке ютятся вся семья, и больные, и здоровые; тут же лежат больные бараны, неокрепшие еще телята и козлята; ...спертый воздух, дым и теснота, так как свет пробивается еле-еле через маленькое окошечко, иногда вместо стекла окошко затянуто белым пузырем ...обилие вшей» [3, с. 25].

Условия жизни киргизского населения в отчете описаны так: «...скученность (грязь, неопрятность, общность посуды, полотенце и т. д.) крайне благоприятствует развитию болезней, особое значение имеет привычка к постоянному сплевыванию; плюют или под кошму, которой застелен пол, или прямо на нее; кошмы меняются редко, почти не выветриваются и только изредка встряхиваются» [3, с. 27]. При кожных болезнях население применяло странные средства, например при язвах – присыпки пережатой кошмой, привязывание живой лягушки и т. п.

Среди больных сифилисом первое место занимал вторичный, второе – третичный, при ничтожных цифрах выявления первичного сифилиса. Врачи отмечали, что «равнодушие к заболеванию, поразительная небрежливость играют немалую роль в распространении сифилиса» [3, с. 35]. Отрядами были выявлены случаи переноса сифилиса оспопрививателями через инструменты. Прививка производилась в первую межпальцевую складку.

Местное население применяло при сифилисе каломель, окуривание киноварью, отвар корня сассапарилля. По данным отчета, пациенты с третичным сифилисом «производят очень тяжелое впечатление: ...иногда не могут двигаться без посторонней помощи; чтоб ответить на вопрос, он должен пальцем закрывать дыру, которая осталась на месте носа, твердого неба уже нет. Во время осмотра полости рта не раз приходилось вытаскивать оттуда грязные тряпочки, которые служат протезом твердого неба» [3, с. 70].

И это наблюдалось после так называемого лечения у местных табибов, в результате которого «получились сильнейшие ртутные стоматиты, крошатся, стираются и вываливаются зубы» [3, с. 70].

Невзирая на подробные объяснения через переводчика, пациенты поступали по-своему. Так, был дан раствор йодистого калия с указанием принимать по 1 столовой ложке 3 раза в день. На следующий день пациент заявил: «Ты... обманул меня, на день не хватило» [3, с. 21]. Оказалось, он пил огромной кумысной ложкой. Другому пациенту была дана tinktura опия. Тот решил вылечиться сразу, выпил все и свалился с лошади.

Особенный восторг и сильное впечатление на пациентов производило лечение сальварсаном, действие которого они называли «чудом». За лечение их «даром они говорили о нас, как о «святых», и в таком духе слагали песни», – писал доктор Киселёв (Джетысуйский отряд № 2) [3, с. 19]. Некоторые пациенты следовали за отрядами для продолжения лечения.

Однако несмотря на свой изнурительный труд, неимоверные усилия, огромную нагрузку, невзгоды и тяготы трудного пути, зачастую медики не получали должного

ответа от охотно шедшего к ним лечиться населения. Нередко ощущали не только безразличное, но и непочтительное отношение.

Никакой помощи от представителей местной власти отряды не получали. «...содействие их при подыскании вьючных животных, найме юрт ограничивалось выдачей официальной бумаги, реальной же помощи отряд никогда не получал» [3, с. 8]. Наиболее острым везде являлся вопрос обеспечения транспортом. Нередко владельцы лошадей, которых временно поочередно определяли в отряд, ночью их уводили.

В некоторых районах цены на еду для медиков назначали баснословные. «Положение, например, Аулиеатинского отряда на первых порах было поистине ужасным, так как в расчете доставать продовольствие на месте отряд ничего с собой не взял и пришлось буквально голодать, пока не снарядили... транспорта за 150 верст за покупкой муки и риса» [3, с. 17].

Зав. Аулиеатинским отрядом венеролог военного госпиталя К.О. Рейнгард, работавший там еще до приезда проф. А.И. Лебедева, отмечал: «По прибытии отряда в какой-нибудь пункт мы всегда вызывали некоторое беспокойство со стороны населения, опасавшегося предстоящих ему хлопот по доставке продовольствия, лошадей, юрт и прочего, и нам каждый раз в этих случаях давались самые добрые, искренние советы передвинуться с отрядом куда-нибудь подальше, так как там будет лучше» [3, с. 19].

Юрты (переносные каркасные жилища с войлочным покрытием) для медиков население ставило неохотно, нередко приходилось спать на сырой земле. Предоставляли юрты дырявые, которые не закрывались, при порывах ветра их нередко сносило. Кроватями, столами и стульями служили ящики.

Ожидавшие очереди пациенты из любопытства заглядывали во все дырки юрты и сами разрывали все ее кошмы, что затрудняло прием женщин. Медики «...ожидали амбулаторию веревкой на столбах, ...но... больные... возвращались обратно на прежние позиции» [3, с. 21]. «...Передние, не имея возможности по свойственной киргизам привычке плюнуть в сторону, плевались беспрерывно в юрту, так это можно сказать, что мы работали как бы в плевательнице», – писал Киселёв [3, с. 21].

Встречались досадные случаи вымогательства взяток проводниками отрядов из местного населения, когда они уверяли селян, что якобы только по их указанию врачи ехали в тот или иной аул или кишлак. Однако бывали и случаи, когда население убегало, пряталось от медиков.

И тем не менее, проявляя снисходительность и всепрощение к порой неадекватным поступкам пациентов, врачи-просветители пытались привить населению какие-то элементы правильного общения и воспитанности.

Сохранение памяти о сердобольных и сострадательных врачах-подвижниках, их благородном, героическом труде – это наивысшая оценка и наибольшая награда, которую может получить врач за свою деятельность. Имена врачей-подвижников навсегда вошли в историю российской медицины. Вечная память...

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Belova L.V. History of combating contagious skin diseases and syphilis in Turkestan (1867-1916) (1867–1916). *Vestnik dermatol.* 1985;8:75–78. (in Russian)
2. Belova-Rahimova L.V., Prohorenkov V.I. *History of Venereology, Dermatology and Leprology in Russia and the USSR (1900-1959)*. Krasnoyarsk; 2013. 491 p. (in Russian)
3. Dembo G.I. *Mobile medical inspection detachments and their importance in organization of medical aid to rural population in Middle Asia (According to the data of detachments' work in Turkestan in 1924)*. Tashkent: Izd. NKZ Uzb. i Kirgizsk. Resp.; 1925. 90 p. (in Russian)
4. Minh G.N. *On the journey to Turkestan Region // Proc. of the Society of Kiev vr. for 1885; 1886*. P:14–18. (in Russian)
5. Mickevich S.I. *Zapiski doctor obschestvennika. 1888-1918*. M.; 1969. (in Russian)
6. *On national healing of the Sarts and Kirghiz in Turkestan. Medical Aid to the Peoples of Turkestan and their Relation to Russian Physicians*. In: *Sb. of St. Petersburg, 1903..* SPb.; 1903. (in Russian)
7. Pahomova E.I. *Outpatient clinics for native women and children in Samarkand Province. Samarkand, 1895; 1895*. (in Russian)
8. Popov G.I. History of medicine in the Verkhoyanskiy district of the Yakutsk region. *The Siberian Doctor*. 1915; № 43-46. 1915;(43–46). (in Russian)
9. Poslavskaya A.V., Mandel'shtam E.N. *A review of the ten-year activity of the outpatient clinic for native women and children in Tashkent (1883-1894)*. Tashkent: Syr-Daryin. regional stat. comm. Typescript and lithograph. S. I. Petukhov. 1894; 128 p. (in Russian)
10. Trutovskaya V.K. *An evil disease, or syphilis, a description of it, and advice on how to keep away from it and to cure it*. M.; 1888. (in Russian)
11. Chronicle. Honoring. *Turkestan gazette*, 1898;(32):14. (in Russian)
12. Shvarc S.L. *Medical aid to the native population of Tashkent*. Russ. doctor, 1909;(27):8–12. (in Russian)
13. Shvarc S.L. *25th anniversary of the first men's clinic in the native part of Tashkent*. Tashkent; 1911. 118 p. (in Russian)
14. Yakobson S.A. *History of Zemstvo surgery in Moscow province. An essay on the history of Russian surgery*. M.: izd-vo Kom. Akademii; 1930. 98 p. (in Russian)



Музыченко А.П.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Кафедре кожных и венерических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет» 100 лет

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 10.03.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: anna.muzychenka@gmail.com

Резюме

Приводится история кафедры кожных и венерических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет». Настоящий коллектив кафедры хранит и продолжает лучшие традиции Белорусской школы дерматовенерологов. Кафедра продолжает успешно развиваться, реализуя накопленный предыдущими поколениями опыт, постоянно совершенствуя преподавательскую, научную и лечебную деятельность.

Ключевые слова: кафедра кожных и венерических болезней, опыт поколений, юбилей

Muzychenka H.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

The Department of Skin and Venereal Diseases of the Belarusian State Medical University is 100 Years Old

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 10.03.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: anna.muzychenka@gmail.com

Abstract

The history of the Department of Skin and Venereal Diseases of the Belarusian State Medical University is given. The real staff of the department preserves and continues the best traditions of the Belarusian School of Dermatovenereologists. The department continues to develop successfully, implementing the experience accumulated by previous generations, constantly improving teaching, scientific and medical activities.

Keywords: department of skin and venereal diseases, experience of generations, anniversary

Кафедра кожных и венерических болезней была основана одной из первых в 1923 г. на базе медицинского факультета Белорусского государственного университета. Клинической базой кафедры в то время стала 1-я советская больница (рис. 1), сегодня – это 3-я городская клиническая больница имени Е.В. Клумова г. Минска. Создание кафедры кожных и венерических болезней Белорусского государственного медицинского университета послужило основой для формирования и становления всей дерматовенерологической школы Беларуси.

Впервые кафедру и клинику кожных и венерических болезней возглавил профессор Мронговиус Вильям Юлианович (1874–1938), который проявил себя как талантливый ученый, клиницист и руководитель, формируя молодую белорусскую школу дерматовенерологов. С 1922 по 1930 г. профессор В.Ю. Мронговиус возглавлял Минское научное общество врачей-дерматовенерологов. Период его работы совпал с началом основания кожно-венерологических диспансеров, которые с 1923 г. начинают функционировать в Минске и Витебске, а в 1925 г. – в Гомеле, Полоцке, Могилеве и Бобруйске. При участии кафедры к 1927 г. на территории Беларуси создано 12 кожно-венерологических диспансеров. Научные труды В.Ю. Мронговиуса были посвящены туберкулезной волчанке, инфекционным дерматозам, сифилису. Являлся автором учебников «Кожные и венерические болезни» (1928), «Скурныя і венэрычныя хваробы ў табліцах» (1929).

В 1930 г. из структуры Белорусского государственного университета был выделен самостоятельный вуз медицинского профиля – Минский медицинский институт (рис. 2).



Рис. 1. Клиническая база кафедры кожных и венерических болезней – 1-я советская больница
Fig. 1. Clinical base of the department of skin and venereal diseases – 1st Soviet hospital



Рис. 2. Минский медицинский институт
Fig. 2. Minsk Medical Institute

С 1931 г. в течение 40 лет кафедрой кожных и венерических болезней руководил академик Академии наук БССР (1940), доктор медицинских наук (1936), профессор (1931), заслуженный деятель науки БССР (1944) Андрей Яковлевич Прокопчук (1896–1970). В 1928–1929 гг. А.Я. Прокопчук стажировался по дерматовенерологии на медицинском факультете университета имени Луи Пастера Сорбонны под руководством известных профессоров А. Гужеро, Люсьена-Мари-Потрие, Перена, Милиана. Им впервые были получены сведения о клинике экспериментальных изменений в коже под влиянием различных физико-химических раздражителей, что положило начало созданию в дерматологии этого направления. Дальнейшие исследования А.Я. Прокопчука были посвящены разработке методов лечения гонореи альбукцидом, мягкого шанкра солями меди, вопросам экспериментального сифилиса, применению коротких и ультракоротких волн для лечения кожных заболеваний. В 1939 г. А.Я. Прокопчук предложил метод лечения красной волчанки акрихином, который получил название «русский метод лечения красной волчанки», был включен в учебники по кожным болезням в СССР, США, Англии и таким образом признан мировой медицинской общественностью, что положило начало эффективному лечению других болезней соединительной ткани. Значительным прорывом было создание в 1932 г. под его личным руководством Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института (БелНИКВИ), сотрудники которого на протяжении 50 лет координировали научную, организационно-методическую и лечебную работу дерматовенерологической службы страны. За весомый вклад в науку А.Я. Прокопчук награжден 2 орденами Ленина (1942, 1961) и 2 орденами Трудового Красного Знамени (1944), медалями. Разносторонность научных интересов А.Я. Прокопчука отразилась на тематиках исследований сотрудников кафедры, выполняемых под его руководством по следующим направлениям: разработка схем лечения красной волчанки, внедрение пенициллина в дерматологическую практику, профилактика и терапия профессиональных заболеваний кожи, использование радиоактивных изотопов в

лечении кожных заболеваний, влияние микроэлементов на состояние кожи, электронно-микроскопическое исследование структуры кожи человека в норме и при лучевых дерматитах, а также изучение морфологических особенностей возбудителей туберкулеза, сифилиса, микозов и пиодермий. В середине 50-х гг. А.Я. Прокопчук с сотрудниками впервые в стране разработал и применил технологию использования радиоактивных изотопов фосфора, кобальта, мышьяка, стронция, таллия, индия, церия.

После смерти академика А.Я. Прокопчука кафедру возглавил его ученик профессор Александр Тимофеевич Сосновский (1923–1996), который руководил ею с 1970 по 1986 г. Сфера научных интересов профессора в основном была сосредоточена на изучении лучевых повреждений кожи. Он впервые провел электронно-микроскопическое исследование ультраструктуры кожи при радиационных дерматитах и определил тактику лечения, одним из первых описал осложнения со стороны органа зрения при лечении пациентов с красной волчанкой препаратами хлорохинового ряда, метод лечения псориаза комплексом липотропных препаратов, изучал вопросы терапии герпеса, впервые в стране для лечения генитального герпеса применил антигерпетический иммуноглобулин. Им были разработаны материалы по лечению туберкулеза кожи, врачебной трудовой экспертизе при кожных заболеваниях, также он исследовал проблемы герпетиформной экземы Капоши, работал над вопросами диагностики патомимии, участвовал в организации муляжного музея кафедры. В этот период сотрудниками кафедры большое внимание уделялось



Рис. 3. Прокопчук А.Я., Гилевская В.Ф., Дыло П.В., Сосновский А.Т.
Fig. 3. Prokopchuk A., Gilevskaya V., Dylo P., Sosnovsky A.

интеграции учебного процесса, проводились совместные методические совещания с кафедрами эпидемиологии, микробиологии, акушерства и гинекологии, терапевтической стоматологии, на которых обсуждались программы лекций и практических занятий с целью наиболее глубокого всестороннего изучения отдельных разделов программы и устранения дублирования.

С 1986 по 1997 г. кафедру возглавлял заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор Яговдик Николай Захарович (1931–2022). Его научные исследования были посвящены изучению метаболических процессов и выяснению их роли в патогенезе хронических дерматозов. Под руководством и при личном участии профессора Н.З. Яговдика исследованы морфобиологические свойства культуры клеток кожи при псориазе, содержание в коже биологически активных веществ, участвующих в регуляции эпидермопозза при псориазе, функциональное состояние щитовидной железы при atopическом дерматите, гипофиза, половых желез, коры надпочечников у пациентов с гонореей, электронно-микроскопическая структура хламидии и впервые использован для диагностики хламидиоза культурный метод, состояние иммунитета, неспецифических факторов защиты при псориазе, разработаны методы лечения псориаза, atopического дерматита, комплексный метод лечения угревой болезни, рекомендации по восстановлению репродуктивной функции у мужчин, больных гонореей. Профессор Н.З. Яговдик длительный период являлся председателем Минского городского общества дерматовенерологов, с 1987 до 2011 г. – председателем правления Белорусского научного общества дерматовенерологов, экспертом ВАК СССР по медико-гигиеническим наукам (1986–1991), членом правления Всесоюзного научного общества дерматовенерологов (1975–1993), членом Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения БССР. Также являлся членом специализированного совета по защите диссертаций. Под руководством профессора Н.З. Яговдика защищены 3 докторские и 10 кандидатских диссертаций. Профессор награжден значком «Отличник здравоохранения», почетной грамотой Президиума Верховного Совета БССР за заслуги в развитии здравоохранения, активную научно-педагогическую, лечебную и общественную деятельность, а также званием «Заслуженный деятель науки».

С 1997 г. кафедрой руководил кандидат медицинских наук, доцент Валентин Гавриилович Панкратов, который занимался изучением эпидемиологии, патогенеза, клиники сифилиса, разработал новые методики его лечения, что способствовало снижению заболеваемости. В 1974–1977 и 1981–1984 гг. работал в Гвинейской Республике, где в течение 6 лет заведовал кафедрой кожных и венерических болезней на медицинском факультете Конакрийского университета, за что был дважды удостоен почетной грамоты посольства СССР в Гвинейской Республике, а также почетного диплома Конакрийского университета. На протяжении 10 лет являлся главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Республики Беларусь по дерматовенерологии. Внедрение в нашей стране амбулаторного и перманентного стационарно-амбулаторного методов лечения больных сифилисом позволило в течение короткого времени решить сложные вопросы организации лечения и профилактики инфекции в годы эпидемического подъема заболеваемости. В 2001 г. В.Г. Панкратов избран членом-корреспондентом Международной академии информационных технологий. Являлся членом редакционной коллегии журналов «Медицинские новости», «Медицинские знания», награжден медалями «За доблестный



Рис. 4. Профессор Мроноговиус В.Ю., академик Прокопчук А.Я., профессор Королев Ю.Ф., профессор Яговдик Н.З., профессор Сосновский А.Т.

Fig. 4. Professor Mronogivius V., Academician Prokopchuk A., Professor Korolev Yu., Professor Yagovdik N., Professor Sosnovsky A.

труд» (1970), «За працююныя заслугі» (2010), знаком «Отличник здравоохранения» (1986, 2003). На период его руководства пришелся пик заболеваемости сифилисом (1996); сфера научных интересов Валентина Гаврииловича была посвящена изучению эпидемиологии, патогенеза, клиники сифилитической и сочетанной венерической инфекции, совершенствованию диагностики, лечения и профилактики врожденного и поздних форм сифилиса. Является автором более 450 научных публикаций, 2 монографий, 1 справочника, 7 энциклопедических изданий, 1 руководства, 1 учебника, 5 инструкций по диагностике и лечению кожных и венерических больных, 24 учебно-методических пособий и разработок для студентов, 3 научно-популярных изданий, 6 авторских свидетельств на изобретения, 5 патентов Республики Беларусь, более 10 утвержденных рационализаторских предложений. Основными направлениями кафедры в этот период явились изучение заболеваемости сифилисом и другими ИППП, разработка методов лечения и способов профилактики.

В 2007–2012 гг. кафедру возглавлял кандидат медицинских наук, доцент Николай Дмитриевич Хилькевич, научная деятельность которого осуществлялась под руководством доктора медицинских наук, профессора Яговдика Николая Захаровича и доктора медицинских наук, профессора Виторского Владимира Владимировича. Тема кандидатской диссертации – «Комплексная терапия больных гонореей и гонорейно-хламидийной инфекцией, отягощенной хронической алкогольной интоксикацией» (1988). Основной сферой научных интересов Николая Дмитриевича являлась венерология, в частности воспалительные заболевания мочеполовой системы у мужчин, а также инфекционные и паразитарные заболевания кожи, лабораторная диагностика. Автор более 90 научных публикаций, 1 учебника, 3 учебных пособий и более 10 учебно-методических материалов, приказов, инструктивных материалов, клинических протоколов диагностики и лечения Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Награжден почетными грамотами УО «Белорусский государственный медицинский университет», Комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

С 2012 по 2017 г. руководителем кафедры являлся доктор медицинских наук, профессор Лукьянов Александр Михайлович. Защитил кандидатскую (2000) и докторскую диссертации (2009), которые были посвящены проблемам диагностики, лечения и реабилитации пациентов с нейросифилисом в Республике Беларусь. Научная

деятельность осуществлялась под руководством кандидата медицинских наук, доцента Панкратова Валентина Гавриловича и доктора медицинских наук, профессора Адашкевича Владимира Петровича. Доктор медицинских наук, профессор, заместитель председателя Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов, в течение 8 лет являлся главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Республики Беларусь по дерматовенерологии. Сфера научных интересов Лукьянова А.М.: аутоиммунная патология кожи, болезни сальных желез, сифилидология, ИППП, косметология, дерматоонкология, дерматохирургия. Лукьянов А.М. является автором 3 монографий, более 140 научных публикаций, 12 учебно-методических пособий, 1 патента, главным редактором журнала «Дерматовенерология. Косметология». Награжден почетными грамотами УО «Белорусский государственный медицинский университет», Комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

С 2017 г. и по настоящее время руководителем кафедры кожных и венерических болезней является кандидат медицинских наук, доцент Музыченко Анна Павловна, научная деятельность которой осуществлялась под руководством доктора медицинских наук, профессора Барабанова Л.Г. Сфера научных интересов посвящена изучению клиники, дифференциальной диагностики и персонализированных подходов к терапии акнеформных дерматозов, аутоиммунной патологии кожи, хронических дерматозов, а также особенностей заболеваний кожи в детском возрасте. В настоящее время основные направления ее научной деятельности связаны с изучением кожной патологии у пациентов, перенесших трансплантацию солидных органов. Является членом редакционного совета журнала «Дерматология. Косметология» (Республика Беларусь); ученым секретарем совета по защите диссертаций Д 03.18.04 при УО «Белорусский государственный медицинский университет»; членом Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов, ICD (Международного общества дерматологов), представителем научно-педагогической школы дерматовенерологов Белорусского государственного медицинского университета, с 2020 г. – главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Беларусь по дерматовенерологии. Автор более 120 научных работ, 2 учебно-методических пособий, 2 инструкций по применению, разработчик 9 клинических протоколов, приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Награждена почетными грамотами УО «Белорусский государственный медицинский университет», Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, администрации Московского района г. Минска, знаком «Отличник здравоохранения Республики Беларусь», удостоена стипендии Президента Республики Беларусь для молодых талантливых ученых (2012), гранта Президента Республики Беларусь в области «Здравоохранение» на 2021 г.

На сегодняшний день кафедра кожных и венерических болезней Белорусского государственного медицинского университета – это талантливый и дружный коллектив профессионалов, который проводит активную научно-исследовательскую и педагогическую работу, обучение студентов, клинических ординаторов и аспирантов, осуществляет повышение квалификации врачей (рис. 5–7).

Профессорско-преподавательский состав кафедры внес весомый вклад как в образовательный процесс, так и в практическое здравоохранение, публикуя научно-методические работы, статьи по актуальным вопросам дерматовенерологии,

внедряя в практику новые методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики при различных дерматозах, венерических заболеваниях и инфекциях, передаваемых половым путем. Сотрудниками кафедры проводилась подготовка проектов, положений, инструкций, методических рекомендаций, приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и смежных министерств и ведомств, их согласование, утверждение и внедрение в практику учреждений кожно-венерологического, урологического, акушерско-гинекологического, педиатрического профиля, подростковых кабинетов, службы переливания крови, центров профилактики СПИДа. Члены коллектива кафедры поддерживают научные связи в виде совместных научно-практических конференций, семинаров, мастер-классов с отечественными и зарубежными научными дерматовенерологическими центрами.

За период существования под руководством сотрудников кафедры защищено 8 докторских, 45 кандидатских диссертаций; изданы учебники по кожным и венерическим болезням, пособия по кожным и венерическим болезням; учебник по кожным и венерическим болезням для медицинских колледжей, 11 монографий, более 30 книг и справочников, большое количество учебно-методических пособий



Рис. 5. Коллектив кафедры кожных и венерических болезней, 2006 г. (слева направо): верхний ряд: асс. Поплавская Н.Б., асс. Барабанов А.Л., лаборант Короленя Т.Н., доц. Белугина И.Н., лаборант Скоморох Л.В., доц. Лукьянов А.М., доц. Панкратов В.Г., лаборант Карезо З.Н., доц. Навроцкий А.Л.; нижний ряд: доц. Качук М.В., доц. Хилькевич Н.Д., проф. Яговдик Н.З.

Fig. 5. The staff of the department of skin and venereal diseases, 2006 (From left to right): top row: assist. Poplavskaya N., assist. Barabanov A., laboratory assistant Korolenya T., assistant professor Belugina I., laboratory assistant Skomorokh L., assistant professor Lukyanov A., assistant professor Pankratov V., laboratory assistant Karezo Z., assistant professor Navrotskiy A.; lower row: assistant professor Kachuk M., assistant professor Khilkevich N., prof. Yagovdik N.



Рис. 6. Коллектив кафедры кожных и венерических болезней, 2014 г. (слева направо): верхний ряд: лаборант Карезо З.Н., асс. Сикорская Т.А., доц. Белугина И.Н., доц. Навроцкий А.Л., доц. Барабанов А.Л., лаборант Посредникова С.К., доц. Музыченко А.П.; нижний ряд: доц. Хилькевич Н.Д., доц. Лукьянов А.М., проф. Яговдик Н.З., доц. Панкратов В.Г., доц. Качук М.В.
Fig. 6. Staff of the Department of skin and venereal diseases, 2014 (From left to right): top row: laboratory assistant Z. Karezo, assistant T. Sikorskaya, assistant professor I. Belugina, assistant professor Navrotskiy A., assistant professor Barabanov A., laboratory assistant Posrednikova S., assistant professor Muzychenko A.; lower row: assistant professor Khilkevich N., assistant professor Lukyanov A., prof. Yagovdik N., assistant professor Pankratov V., assistant professor Kachuk M.

и рекомендаций, оформлено более 10 изобретений, получены патенты и свидетельства на рационализаторские предложения. Педагогическая деятельность кафедры способствует совершенствованию подготовки молодых специалистов на этапах до- и последиplomной подготовки врача.

Члены научно-педагогического коллектива кафедры принимают активное участие в республиканских и зарубежных симпозиумах, конференциях, съездах, имеют широкую научную аудиторию и известность, являются членами Белорусской общественной организации дерматовенерологов и косметологов (БООДК), Европейской ассоциации дерматовенерологов (EADV), Международного общества дерматологов (ICD), Международной академии информационных технологий. Заслуги сотрудников кафедры неоднократно отмечались государственными наградами и званиями. Профессорско-преподавательский состав кафедры регулярно осуществляет работу в качестве экспертов и рецензентов в научных журналах, фондах, программах, оппонировании диссертаций, участвует в ежегодном обновлении имеющихся образовательных программ и учебных курсов.

В настоящее время научно-исследовательская работа на кафедре кожных и венерических болезней ведется по следующим направлениям: разработка научно обоснованных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем; совместно с Национальной академией



Рис. 7. Коллектив кафедры кожных и венерических болезней, 2019 г. (слева направо): доц. Панкратов В.Г., лаборант Максимчик Н.К., лаборант Карезо З.Н., доц. Белугина И.Н., доц. Навроцкий А.Л., доц. Музыченко А.П., доц. Барабанов А.Л., доц. Качук М.В., доц. Хилькевич Н.Д., доц. Сикорская Т.А., асс. Мalyutin В.А., асс. Анискевич А.В., лаборант Дудко Е.А.

Fig. 7. The staff of the Department of Skin and Venereal Diseases, 2019
(From left to right): assistant professor Pankratov V., laboratory assistant N. Maksimchik, laboratory assistant Z. Karezo, assistant professor I. Belugina, assistant professor A. Navrotskiy, assistant professor Muzychenko A., assistant professor Barabanov A., assistant professor Kachuk M., assistant professor Khilkevich N., assistant professor Sikorskaya T., assistant Malyutin V., assistant Aniskevich A., laboratory assistant Dudko E.

наук Беларуси – разработка метода лечения алопеций с применением биомедицинского клеточного продукта на основе фолликулярных стволовых клеток кожи. Научные исследования посвящены совершенствованию качества диагностики, лечения и профилактики социально значимых дерматозов, косметических недостатков кожи и инфекций, передаваемых половым путем; повышению качества и объема оказания медицинской помощи населению.

Кафедра выполняет лечебно-консультативную работу, консультируя ежегодно 15–17 тысяч пациентов, участвует в организации съездов, научно-практических конференций, междисциплинарных форумов, проведении семинаров, лекций по ИППП для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, специалистов лабораторной службы; проводит информационно-просветительскую работу среди населения, направленную на профилактику венерических и заразных кожных болезней. Сотрудники кафедры принимают активное участие в работе Республиканского консультативного центра и профессорско-преподавательского центра УО БГМУ.

В настоящее время основными направлениями деятельности кафедры являются внедрение в лечебный процесс генно-инженерных биологических препаратов, лазерных технологий, применение современных неинвазивных методов диагностики кожных заболеваний, иммуногистохимической диагностики дерматозов. Перспективы развития заключаются в подготовке и повышении квалификации специалистов, динамическом развитии кадрового потенциала кафедры, научной и инновационной деятельности.

Кафедрой кожных и венерических болезней за 100 лет пройден большой и славный путь. Основание кафедры, послужившее началом зарождения

научно-педагогической школы дерматовенерологии, исторически сложившееся в 1923 г., отражает неразрывную связь прошлых, настоящих и будущих поколений ученых-медиков. Школа насчитывает десятки единомышленников, объединенных научно-педагогической идеей, завоевавших известность высоким уровнем подготовки специалистов и научных кадров высшей квалификации, а также высоким уровнем исследований в признанном и достаточно широком научном направлении, характеризующемся устойчивостью традиций и преемственностью накопленного опыта.

Настоящий коллектив кафедры хранит и продолжает лучшие традиции Белорусской школы дерматовенерологов, кафедра продолжает успешно развиваться, реализуя накопленный предыдущими поколениями опыт, постоянно совершенствуя преподавательскую, научную и лечебную деятельность.

<https://doi.org/10.34883/PI.2023.9.1.020>



Коваленко Е.В. ✉, Лебедевская А.А.

Минский городской клинический центр дерматовенерологии, Минск, Беларусь

История организации и деятельности кожно-венерологического диспансера г. Минска (к 100-летию со дня образования: 1923–2023 гг.)

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 13.03.2023

Принята: 20.03.2023

Контакты: info@kvd.by

Резюме

В статье приведена история кожно-венерологического диспансера г. Минска. За прошедшие годы центр стал одним из ведущих учреждений, оказывающих специализированную дерматовенерологическую помощь взрослому и детскому населению г. Минска.

Ключевые слова: кожно-венерологический диспансер, дерматовенерологическая помощь, история

Kovalenko E. ✉, Lebedevskaya A.

Minsk City Clinical Center of Dermatovenereology, Minsk, Belarus

History of Organization and Activity of the Dermatovenereologic Dispensary in Minsk (to the 100th Anniversary of its Foundation: 1923–2023)

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 13.03.2023

Accepted: 20.03.2023

Contacts: info@kvd.by

Abstract

The article presents the history of the dermatovenereological dispensary in Minsk. Over the past years, the center has become one of the leading institutions providing specialized dermatovenereological care to the adult and children's population of Minsk.

Keywords: dermatovenereological dispensary, dermatovenereological care, history

Венерологический диспансер был открыт в г. Минске в апреле 1923 г. В его штате числились 1 врач, 1 лекпом (он же и счетовод), 2 санитаря. Специальных сметных ассигнований на содержание диспансера выделено не было, расходы производились по мере надобности. С первых же дней открытия диспансер быстро расширяет свою работу, охватывая пораженные венерическими болезнями группы населения не только города Минска, но и округа, пользуясь большой популярностью и поддержкой населения.

Уже через два месяца работы штат был увеличен до 5 врачей.

В январе 1924 г. диспансер переходит в ведение Наркомздрава БССР и вскоре начинает работать в условиях регулярных бюджетных ассигнований. В феврале 1925 г. переводится во вновь отремонтированное приспособленное помещение по адресу ул. Красноармейская, 14, состоящее из двухэтажного каменного здания с достаточно светлым полуподвальным помещением. Все помещение распределено таким образом, чтобы для больных мужчин и женщин были отдельные входы, ожидальные комнаты и кабинеты.

С 1923 по 1927 год штат диспансера увеличился с 7 до 30 должностей. Диспансер работал с 10:30 до 21:00 без перерывов. Стационарное лечение проводилось в кожно-венерологической клинике. Ограниченное количество коек заставляло госпитализировать пациентов с наиболее тяжелыми и заразными формами сифилиса.

Летом 1931 года на Борисовском тракте состоялось открытие Клинического городка, а новая дерматовенерологическая клиника переехала в 4-й двухэтажный корпус, где было развернуто 100 дерматовенерологических коек. При кожно-венерологической клинике имелись бактериологическая, гистологическая, грибковая и фотолаборатории.

С целью лучшей организации борьбы с венерическими и кожными болезнями Наркомздравом на базе клиники в 1932 году открыт Белорусский государственный научно-исследовательский кожно-венерологический институт (БелНИКВИ).

Такая комбинация клиники научно-исследовательского института, поликлиники и диспансера наиболее способствовала дерматовенерологическому делу. Все они возглавлялись академиком А.Я. Прокопчуком.



Рис. 1. 1-й Клинический городок на Борисовском тракте
Fig. 1. The 1st Clinical Town on the Borisovskiy Tract



Рис. 2. Кожно-венерологическая клиника
Fig. 2. Dermatology and Venereology Clinic

4-й корпус Клинического городка, где располагались кожно-венерологические учреждения, был разрушен в годы Великой Отечественной войны. После войны клиника и БелНИКВИ были восстановлены на территории 2-й городской клинической больницы (ул. Богдановича, 2), где получали стационарную помощь пациенты дерматовенерологического профиля.

Кожно-венерологический диспансер в 1945–1961 гг. располагался по ул. Тифлисской, 8А, в одноэтажном деревянном здании, в нем были мужской и женский кабинеты, один кабинет для приема больных сифилисом и кожных больных, рентген-кабинет для эпиляции волос. Работали 6 врачей, врач-рентгенолог, 10 медсестер.

В эти годы главными врачами диспансера были Уманец А.А., Хатковский К.В., Громов Н.И., Петруша И.С.

С 1961 по 1963 год диспансер размещался по ул. Осипенко на базе 16-й поликлиники. В штате было 14 врачей, 12 медсестер, имелись серологическая и клиническая



Рис. 3. 2-й Клинический городок по ул. Богдановича
Fig. 3. 2nd Clinical quarter on Bogdanovich Street



Рис. 4. Работники КВД по ул. Тифлисской
Fig. 4. Employees of CVD on Tifliskaya street



Рис. 5. Главный врач Сорока В.П.
Fig. 5. Chief Doctor Soroka V.

лаборатории, затем с 1964 по 1967 год – на базе 14-й поликлиники по ул. Уральской. Главными врачами в этот период работали Иванкова Ф.И. и Баранов В.И.

В 1968–1973 гг. диспансер располагался по ул. Нахимова, 4, штат насчитывал уже 46 врачей. Руководили диспансером главные врачи Баранов В.И. и Крючков М.Т.

С 1 сентября 1971 г. диспансер возглавил Владимир Прокофьевич Сорока. При его активном участии в начале 1972 года в г. Минске проведена централизация дерматовенерологической службы.

В этот период по инициативе директора БелНИКВИ профессора Комова О.П. было спроектировано и начато строительство комплекса зданий кожно-венерологического диспансера по ул. Прилуцкой, 46а. В ходе строительства (1971–1973 гг.) изменения и дополнения вносил главный врач Сорока В.П.

22 мая 1973 г. диспансер переехал в новое здание поликлиники, а с 1 августа 1973 г. был открыт стационар, мощность которого к концу 1973 года насчитывала 410 коек.

Были развернуты вспомогательные подразделения: рентген-кабинет, аптека, физиотерапевтическое и приемное отделения, серологическая, бактериологическая,



Рис. 6. Городской клинический кожно-венерологический диспансер по ул. Прилуцкой, 46а (1973 год)

Fig. 6. City Clinical Dispensary for Skin and Venereal Diseases, Prilukskaya street, 46a (1973)

микологическая и клинико-диагностическая лаборатории. Организовано приготовление питания для пациентов стационара в собственном пищеблоке, налажена работа дезинфекционной камеры, прачечной, котельной. Открыты отделения № 1 (ул. Нахимова, 4) и № 2 (ул. Козлова, 7), позволившие существенно повысить доступность амбулаторно-дерматовенерологической помощи населению разных районов города. На базе бани № 9 функционировал скабиозорий.

Диспансер стал клинической базой БелНИКВИ, кафедры кожных и венерических болезней Минского государственного медицинского института, а в дальнейшем и кафедры дерматовенерологии Белорусского государственного института усовершенствования врачей (БелГИУВ), Республиканского центра дерматовенерологии, специалисты которых проводили большую научную, педагогическую, консультативную, лечебную работу под руководством директора БелНИКВИ профессора Комова О.П., заведующих кафедрой кожных и венерических болезней МГМИ профессоров Сосновского А.Т., Яговдика Н.З., доцентов Панкратова В.Г., Хилькевича Н.Д., доктора медицинских наук Лукьянова А.М., заведующих кафедрой дерматовенерологии БелГИУВ (позже – Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО)) профессоров Королева Ю.Ф., Барабанова Л.Г., Панкратова О.В.

Тесное сотрудничество ученых с практическим здравоохранением позволило подготовить плеяду специалистов высокой квалификации, которые внесли весомый вклад в развитие и совершенствование практической дерматовенерологической помощи населению: Безкровного В.Г., Папия Н.А., Романова В.В., Севрука С.И., Бойко Ю.Л., Райцину М.З., Барцевича Е.В., Иванчикову С.Г., Шиманского Г.А., Козловского Ю.И., Гищенко Л.А., Фролову Т.И., Прокопчук Н.А., Сергейчик З.Т., Пыжика И.М., Политова В.Ф., Федоровича Э.И., Никулину З.М., Петрикину И.В., Панову Р.Г., Лукашеву Л.С., Касперовича Л.С. и многих других.

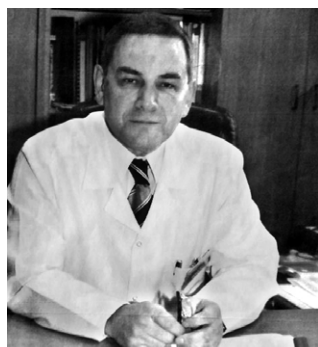
Главный врач диспансера в 1990–1996 гг. Балакирев Александр Васильевич активно внедрял в работу новые методы лечения сифилиса. Был открыт дневной стационар по лечению пациентов с сифилисом при поликлинике, организовано лечение в условиях стационара дневного пребывания. На пике заболеваемости одновременно лечение в диспансере получали до 500 пациентов с сифилисом при общей коечной мощности диспансера 410 коек.

С 1996 по 2010 год работой диспансера руководил главный врач Салук Юрий Владимирович. В этот период под руководством Городского межведомственного совета по предупреждению распространения СПИДа, венерических и заразных кожных заболеваний проводилась активная работа по стабилизации эпидемиологической ситуации с участием всех заинтересованных: управлений и отделов Мингорисполкома, организаций и общественных объединений.

В сентябре 2021 г. диспансер переименован в «Минский городской клинический центр дерматовенерологии».

С 2010 года по настоящее время учреждение здравоохранения возглавляет главный врач Коваленко Елена Владимировна.

Сегодня центр является современным медицинским учреждением по оказанию специализированной дерматовенерологической помощи населению г. Минска. По состоянию на начало 2023 года в учреждении работали 495 человек, из них: 129 врачей-специалистов и провизоров, 183 работника со средним медицинским и фармацевтическим образованием.



**Рис. 7. Главный врач
Балакирев А.В.**
Fig. 7. Chief doctor Balakirev A.



Рис. 8. Главный врач Салук Ю.В.
Fig. 8. Chief doctor Saluk Y.



**Рис. 9. Главный врач
Коваленко Е.В.**
Fig. 9. Chief doctor Kovalenko E.

Основной целью работы кожно-венерологической службы г. Минска в настоящее время являются организация и проведение профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление венерических болезней и других инфекций, передаваемых половым путем, заразных кожных заболеваний, оказание специализированной дерматовенерологической помощи пациентам с хроническими дерматозами. За прошедшие годы центр стал одним из ведущих учреждений, оказывающих специализированную дерматовенерологическую помощь взрослому и детскому населению г. Минска.

МГКЦД является клинической базой кафедры кожных и венерических болезней Белорусского государственного медицинского университета и кафедры дерматовенерологии и косметологии Белорусской медицинской академии последипломного образования. На функциональной основе на базе центра организована работа Республиканского центра дерматовенерологии.



Рис. 10. Учреждение здравоохранения «Минский городской клинический центр дерматовенерологии»
Fig. 10. Health Care Institution "Minsk City Clinical Center of Dermatovenereology"

Республиканскими функциями наделены: республиканская референс-лаборатория по диагностике сифилиса, которая обеспечивает качество лабораторной диагностики сифилиса в Республике Беларусь, проводит скрининговые исследования для организаций здравоохранения г. Минска, и Республиканский кабинет генетической патологии кожи, где ведется учет и создание банка данных о пациентах с генетической патологией кожи, оказывается содействие врачам-специалистам учреждений здравоохранения Республики Беларусь в оказании помощи пациентам с генодерматозами.

В структуре центра развернуты 4 амбулаторных отделения, из них 3 обеспечивают оказание амбулаторной дерматологической помощи населению г. Минска и располагаются по адресам: ул. Нахимова, 4, ул. Козлова, 7, ул. Прилуцкая, 46а. Амбулаторно-дерматовенерологическое отделение № 4 оказывает амбулаторную венерологическую помощь населению города и располагается по адресу Прилуцкая, 46а. При амбулаторно-дерматовенерологическом отделении № 3 работает отделение дневного пребывания на 25 коек.

Кабинет медицинской реабилитации организует работу с часто, длительно болеющими, инвалидами по кожным заболеваниям, проводит реабилитацию пациентов дерматологического профиля в стационарных и амбулаторных условиях. Более 350 000 посещений в год и около 700 посещений в смену регистрируются к врачам-дерматовенерологам амбулаторного приема.

В скабиозории (ул. Фабричная, 20а) осуществляется амбулаторное лечение пациентов с чесоткой и педикулезом, проводится профилактическое лечение, камерная обработка одежды и белья.

В стационаре центра на 01.01.2023 функционируют 5 отделений круглосуточного пребывания общей мощностью 260 дерматовенерологических коек, 25 из которых – детские. Ежегодно помощь в стационарных условиях получают более 6000 пациентов.



Рис. 11. Работники РРЛ по диагностике сифилиса
Fig. 11. RRL employees in syphilis diagnostics



**Рис. 12. Врач-дерматовенеролог КГПК
Яковлева С.В.**
**Fig. 12. Dermatovenerologist of the CGSP
S. Yakovleva**



**Рис. 13. Врач-дерматовенеролог КМР
Белевич В.П.**
Fig. 13. V. Belevich, dermatovenerologist of CMR

Работают клинично-диагностическая лаборатория, производственная аптека по изготовлению наружных лекарственных средств, централизованное стерилизационное отделение, централизованная бактериологическая лаборатория, располагающая современными автоматизированными комплексами для диагностики инфекций с применением новейшей технологии. Проводятся идентификация широкого спектра трудно культивируемых и редко встречающихся видов микроорганизмов и грибов, определение их чувствительности более чем к ста современным антимикробным препаратам, исследования по диагностике инфекций, передаваемых половым путем, и заразных кожных болезней.



Рис. 14. Работники ЦБЛ
Fig. 14. CBL staff



Рис. 15. Дерматоскопия
Fig. 15. Dermatoscopy



Рис. 16. Фотолечение
Fig. 16. Phototherapy

В 2020–2021 гг. койки стационара неоднократно перепрофилировались в инфекционные для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией. Для оказания кислородной поддержки была организована и модернизирована система подачи кислорода быстрого разворачивания. С целью прогнозирования риска развития осложнений у пациентов с коронавирусной инфекцией были внедрены дополнительные методы лабораторной диагностики. Организованы исследования на инфекцию COVID-19 для пациентов, направляемых рядом учреждений г. Минска.

В настоящее время автоматизированы рабочие места в амбулаторных и стационарных отделениях центра, лабораториях. Медицинские карты пациентов ведутся в электронном виде, используется электронная цифровая подпись при выписке электронных рецептов врачами-дерматовенерологами поликлиники, компьютеризированы учет и выдача медикаментов в отделениях стационара и выдача талонов через интернет-регистратуру в поликлинике. Лаборатории центра принимают направления и отправляют результаты лабораторных исследований в электронном виде.

В центре оказывается широкий перечень платных медицинских услуг гражданам Республики Беларусь и иностранным гражданам по венерологии, дерматологии, косметологии, физиотерапии, вакцинации, лабораторной диагностике.

Внедрены косметологические методы коррекции постакне, розацеа, купероза кожи, а также устранения вторичной пигментации и сосудистых изменений кожи.

Проводится расширение объема услуг по проведению дерматоскопии с целью ранней диагностики опухолевидных заболеваний кожи, в том числе меланомы.

Большое внимание уделяется мерам профилактики заразных кожных и венерических болезней, ИППП, популяризации и формированию здорового образа жизни у населения: врачи-дерматовенерологи участвуют в реализации профилактических проектов, в работе Центров, дружественных подросткам, сотрудничают со средствами массовой информации.

Усилия коллектива центра направлены на укрепление материально-технической и лечебно-диагностической базы, разработку и внедрение современных высокоэффективных, высокотехнологичных методов лечения инфекций, передаваемых половым путем, и кожных болезней, мотивацию населения к ведению здорового образа жизни с акцентом на профилактике болезней кожи и инфекций, передаваемых половым путем.

Весной 2023 года состоится открытие музея истории организации и деятельности кожно-венерологического диспансера г. Минска, приуроченное к 100-летию учреждения.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ, ПЛАНИРУЮЩИХ ПУБЛИКАЦИЮ В ЖУРНАЛАХ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ»

С подробной версией и примерами оформления статьи можно ознакомиться на сайте www.recipe.by.

В журнале публикуются оригинальные статьи, описания клинических наблюдений, лекции и обзоры литературы.

Журнал рассматривает материалы от аспирантов, соискателей, докторантов, специалистов и экспертов.

Представление статьи в журнал подразумевает, что:

- статья не была опубликована ранее в другом журнале;
- статья не находится на рассмотрении в другом журнале;
- все соавторы согласны с публикацией текущей версии статьи.

Перед отправкой статьи на рассмотрение убедитесь, что в файле (файлах) содержится вся необходимая информация на русском и английском языках, указаны источники информации, размещенной в рисунках и таблицах, все цитаты оформлены корректно.

Параметры форматирования: Times New Roman, кегль – 12, междустрочный интервал – 1,5. Объем оригинального исследования, описания клинического случая – 30 000 знаков с пробелами (15–17 страниц), обзора, лекции – 50 000 знаков с пробелами (20–25 страниц). Количество рисунков и таблиц – не более 5 для каждой позиции. Количество литературных источников: для оригинального исследования, описания клинического случая – не более 30, обзора, лекции – не более 50. Допускается 10–15%-е отклонение от заданных объемов.

На титульном листе статьи размещаются (на русском и английском языках):

I. Имя автора (авторов)

На русском языке при указании авторов статьи фамилия следует указывать до инициалов имени и отчества (Иванов П.С.).

На английском языке при указании авторов статьи используется формат «Имя, инициал отчества, фамилия» (Ivan I. Ivanov). Фамилию на английском языке необходимо указывать в соответствии тем, как она была указана в ранее опубликованных статьях, или использовать стандарт BSI.

II. Информация об авторе (авторах)

В этом разделе перечисляются звание, должность, иные регалии. Здесь также указываются e-mail и телефон ответственного автора.

III. Аффiliation автора (авторов)

Аффiliation включает в себя официальное название организации, включая город и страну. Авторам необходимо указывать все места работы, имеющие отношение к проведению исследования.

Если в подготовке статьи принимали участие авторы из разных учреждений, необходимо указать принадлежность каждого автора к конкретному учреждению с помощью надстрочного индекса.

Необходимо официальное англоязычное название учреждения для блока информации на английском языке.

IV. Название статьи

Название статьи на русском языке должно соответствовать содержанию статьи. Англоязычное название должно быть грамотно с точки зрения английского языка, при этом по смыслу полностью соответствовать русскоязычному названию.

V. Аннотация

Рекомендуемый объем структурированной аннотации для оригинальных исследований: 1000–2000

знаков с пробелами. Аннотация содержит следующие разделы: Цель, Методы, Результаты, Заключение. Для обзорных статей и описаний клинических случаев требований к структуре резюме нет, его объем должен составлять не менее 1000 знаков с пробелами.

В аннотацию не следует включать впервые введенные термины, аббревиатуры (за исключением общеизвестных), ссылки на литературу.

VI. Ключевые слова

5–7 слов по теме статьи. Желательно, чтобы ключевые слова дополняли аннотацию и название статьи.

VII. Благодарности

В этом разделе указываются все источники финансирования исследования, а также благодарности людям, которые участвовали в работе над статьей, но не являлись ее авторами.

VIII. Конфликт интересов

Автор обязан уведомить редактора о реальном или потенциальном конфликте интересов, включив информацию о конфликте интересов в соответствующий раздел статьи. Если конфликта интересов нет, автор должен также сообщить об этом. Пример формулировки: «Конфликт интересов: не заявлен».

Текст статьи

В журнале принят формат IMRAD (Introduction, Methods, Results, Discussion; Введение, Методы, Результаты, Обсуждение).

Рисунки

Рисунки должны быть хорошего качества, пригодные для печати. Все рисунки должны иметь подрисовочные подписи. Подрисовочная подпись должна быть переведена на английский язык.

Таблицы

Таблицы должны быть хорошего качества, пригодные для печати. Обязательны таблицы, пригодные для редактирования, а не отсканированные или в виде рисунков. Все таблицы должны иметь заголовки. Название таблицы должно быть переведено на английский язык.

Список литературы

В журнале используется Ванкуверский формат цитирования, который подразумевает отсылку на источник в квадратных скобках и последующее указание источников в списке литературы в порядке упоминания: [6].

При описании источника следует указывать его DOI, если его можно найти (для зарубежных источников удается это сделать в 95% случаев).

В ссылках на статьи из журналов должны быть обязательно указаны год выхода публикации, том и номер журнала, номера страниц.

В описании каждого источника должны быть представлены не более 3 авторов.

Ссылки должны быть верифицированы, выходные данные проверены на официальном сайте.

Списки литературы приводятся только на английском языке, без транслитерации. После описания русскоязычного источника в конце ссылки ставится указание на язык работы: (in Russian).

Для транслитерации имен и фамилий авторов в русскоязычных источниках, названий журналов следует использовать стандарт BSI.

Редакция журнала ведет переписку с ответственным (контактным) автором.

URELIA –

ISISPHARMA
DERMATOLOGIE

экспертная гамма средств
для кожи с псориазом от **ISISPHARMA**

Псориаз относится к группе хронических воспалительных дерматозов, протекает с периодами обострения и оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов (зуд, шелушение, неэстетический внешний вид, склонность к кожным инфекциям, нарушение социальной адаптации).

В периоды обострения и в межрецидивный период кожа при псориазе нуждается в специальном дерматологическом уходе для обеспечения качественной гигиены (профилактика инфицирования, бережное очищение без нарушения кожного барьера), кератолитической функции (устранение гиперкератоза, улучшение пенетрации топических продуктов), восстановления кожного барьера (ограничение ТЭПВ, проникновения аллергенов и микроорганизмов, устранение зуда и дискомфорта). Применение специальных средств космецевтического ухода улучшает результаты и сокращает сроки лечения, помогает продлить период ремиссии и избежать обострений.

Французская дерматокосметическая компания **ISISPHARMA** с многолетним экспертным опытом при поддержке собственной научно-исследовательской лаборатории разработала специализированную линейку продуктов для ухода за кожей с псориазом и улучшения качества жизни данной категории пациентов. Гамма средств **URELIA** создана на основе мочевины. Мочевина является одним из компонентов NMF, обладает увлажняющими и кератолитическими свойствами. Также продукты с мочевиной лучше переносятся пациентами и не подавляют действие топических средств на основе витамина D в отличие от салициловой кислоты. В продукты линейки входит специальный комплекс из аминокислот и постбиотика для укрепления кожного барьера и восстановления нормальной микробиоты.



URELIA GEL содержит 10% мочевины и может использоваться для гигиены лица, тела, ВЧГ у пациентов с псориазом в острый или межрецидивный период. Может применяться у детей с 1 года и беременных женщин. Снижает бактериальную контаминацию, восстанавливает кожный барьер, улучшает пенетрацию топических лечебных продуктов.



Крем URELIA 10 с 10% мочевины может использоваться в качестве эмульenta с легким кератолитическим эффектом для основного ухода за кожей с псориазом. Может применяться у детей с 1 года и беременных женщин. Восстанавливает кожный барьер, увлажняет, устраняет зуд и шелушение.



Бальзам URELIA 50 является единственным на рынке Республики Беларусь дерматокосметическим продуктом с концентрацией мочевины 50%, применяется локально на участки с выраженным гиперкератозом (ладони, подошвы, локти, колени) в качестве монотерапии или в комбинации с топическими лечебными продуктами. Имеет клинически доказанную эффективность (снижение индекса PASI на более чем 50% у 80% пациентов за 28 дней применения*, улучшение DLQI в среднем на 72% за 28 дней применения*).



XEROLAN – спрей-эмульент для восстановления локальных выраженных нарушений кожного барьера (ксероз, обострения сухих дерматозов) на основе 100% ультраочищенного ланолина. Создает окклюзию, устраняет зуд, гипоаллергенная минималистичная формула, бесконтактное гигиеничное нанесение. Можно применять у детей с рождения и беременных женщин.

ISISPHARMA – Вместе для Вашей кожи! Сделано во Франции

КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции.

НА ПЕРВУЮ

НА СЛЕДУЮЩУЮ

НА ПРЕДЫДУЩУЮ

К СОДЕРЖАНИЮ

ОБОСТРЕНИЕ ГИПЕРКЕРАТОЗА / ПСОРИАЗ с выраженными бляшками

ГИГИЕНА

ЛЕЧЕНИЕ

БАРЬЕР

ЗАЩИТА



В ТЕЧЕНИЕ 6–8 НЕДЕЛЬ ДО УМЕНЬШЕНИЯ БЛЯШЕК

СТАДИЯ РЕМИССИИ – СУХАЯ КОЖА, ШЕЛУШЕНИЕ

ГИГИЕНА

УХОД



Протокол лечения псориаза с использованием продукции ISISPHERMA

ПЕРИОД ПСОРИАЗА	ГИГИЕНА	УХОД	ЗАЩИТА
Обострение	URELIA GEL	URELIA 50 + XEROLAN локально на бляшки URELIA 10 – уход за кожей	Фотозащита UV-block
Межрецидивный период	URELIA GEL	URELIA 10	

ISISPHERMA – Вместе для Вашей кожи! Сделано во Франции

КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции.

Официальный дистрибьютор ООО «Юмитком» УНП 690034207

Подробная информация на сайтах: isisphearma.by, umitkom.by и по телефонам: +375 17 362 86 43 (45), +375 29 151 33 30

Приобрести продукцию: retodos.by

НА ПЕРВУЮ

НА СЛЕДУЮЩУЮ

НА ПРЕДЫДУЩУЮ

К СОДЕРЖАНИЮ

В НАСТОЯЩИЙ СБОРНИК ВКЛЮЧЕНЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ:

- «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекциями кожи и подкожной клетчатки»
- «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с буллезными нарушениями»
- «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматитом и экземой»
- «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с папулосквамозными нарушениями»
- «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с крапивницей и эритемой»
- «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями кожи и подкожной клетчатки, связанными с воздействием излучения»
- «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями придатков кожи»
- «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с другими болезнями кожи и подкожной клетчатки»



Издательство «Профессиональные издания» принимает заказы на приобретение сборника протоколов по тел.: +375 17 322 16 85, +375 29 633 01 37
e-mail: podpiska@recipe.by



Циклоферон – три эффекта, проверенные временем

при вирусных и бактериальных инфекциях*

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

У взрослых в комплексной терапии:

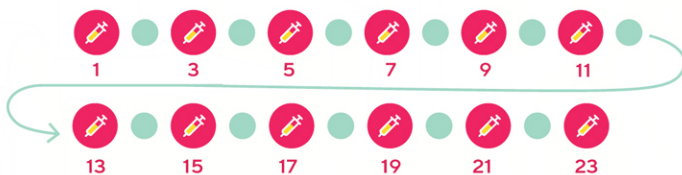
- герпеса и цитомегаловирусной инфекции
- хламидийных инфекций
- вторичных иммунодефицитов, ассоциированных с острыми и хроническими бактериальными и грибковыми инфекциями

У детей в комплексной терапии:

- герпетической инфекции

СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ:

Дни инъекций:



Внутривенно/внутримышечно. 1 раз в сутки, через день.
Продолжительность курса лечения от 5 до 12 инъекций

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Противопоказан при беременности.

ЦИКЛОФЕРОН® р-р Р/У 2801/97/03/08/13/16/18 от 28.12.2018.

Производитель: ООО "НТФФ Полисан". Представительство в Республике Беларусь:

г. Минск, 4-й пер. Кольцова, д.51, офис 222.

Тел.: +37517270 47 41



*www.polysan.ru