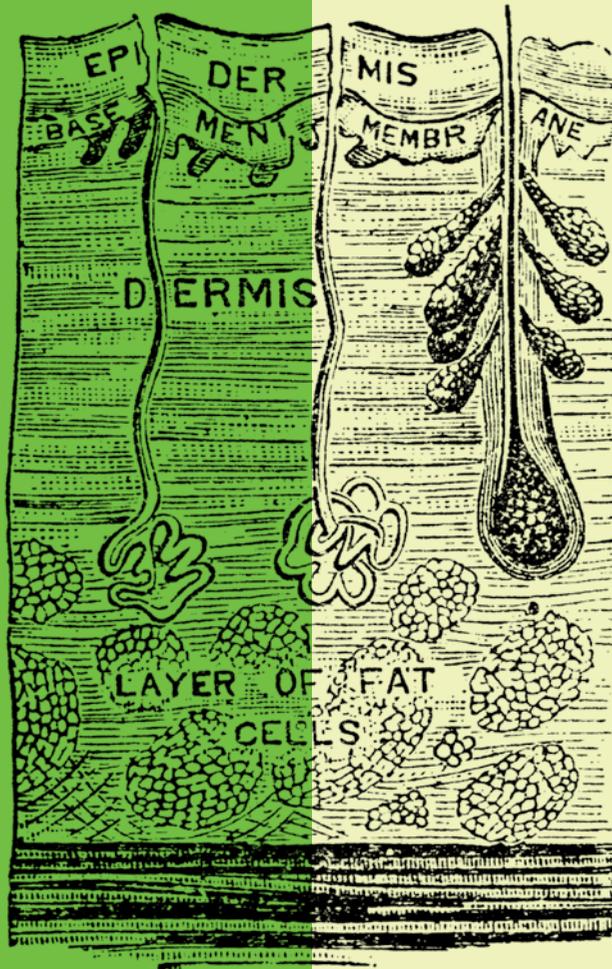


Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

№

39

ТОМ 19
2023ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
И ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЯ № 3

Эффективность
и безопасность
использования ингибитора
интерлейкина 17А
(нетакимаб) у пациентов
с псориатическим артритом

6

Оценка эффективности
дистанционных
программ обучения
пациентов
с атопическим
дерматитом

14

Междисциплинарный подход
к лечению акне и розацеа

54



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала

XXIV ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ



17–20 сентября
2024 г.



Место проведения

г. Москва, Площадь Европы, д. 2
ОТЕЛЬ «РЭДИССОН СЛАВЯНСКАЯ»



Организаторы

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»
- Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации



Эффективная фармакотерапия. 2023.
Том 19. № 39.
Дерматовенерология
и дерматокосметология

ISSN 2307-3586

© Агентство медицинской информации «Медфорум»
127422, Москва, ул. Тимирязевская,
д. 1, стр. 3, тел. (495) 234-07-34
www.medforum-agency.ru

Научный редактор направления
«Дерматовенерология и дерматокосметология»
И.М. КОРСУНСКАЯ, профессор, д.м.н.

Руководитель проекта
«Дерматовенерология и дерматокосметология»
А. РОДИОНОВА
(a.rodionova@medforum-agency.ru)

Редакционная коллегия

Ю.Г. АЛЯЕВ (*главный редактор*),
член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
И.С. БАЗИН (*ответственный секретарь*), *д.м.н. (Москва)*
Ф.Т. АГЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Б. БЕЛЯЕВА, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
Д.С. БОРДИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.М. ВОРОБЬЕВА, *д.м.н. (Москва)*
О.В. ВОРОБЬЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
М.А. ГОМБЕРГ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.А. ГОРБУНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. ГОРЕЛОВ, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.А. ДАЙХЕС, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Л.В. ДЕМИДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.А. ЗАЙЦЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.В. ЗАХАРОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Н. ЗАХАРОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Е. КАРАТЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. КАРАУЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Ю.А. КАРПОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Е.П. КАРПОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.В. КНЯЗЕВ, *д.м.н. (Москва)*
В.В. КОВАЛЬЧУК, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.М. КОРСУНСКАЯ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Г.Г. КРИВОБОРОДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.В. КУЗНЕЦОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.М. ЛЕСНЯК, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
И.А. ЛОСКУТОВ, *д.м.н. (Москва)*
Л.В. ЛУСС, *академик РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Ю. МАЙЧУК, *д.м.н. (Москва)*
А.Б. МАЛАХОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
С.Ю. МАРЦЕВИЧ, *член-корр. РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Н. МИНУШКИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.М. МКРТУМЯН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.М. НЕНАШЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.Ю. ОВЧИННИКОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Ш. ОЙНОТКИНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
К.В. ОРЛОВА, *к.м.н. (Москва)*
Н.А. ПЕТУНИНА, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*

Effective Pharmacotherapy. 2023.
Volume 19. Issue 39.
Dermatovenereology
and Dermatocosmetology

ISSN 2307-3586

© Medforum Medical Information Agency
1/3 Timiryazevskaya Street Moscow, 127422 Russian Federation
Phone: 7-495-2340734
www.medforum-agency.ru

Scientific Editor
for 'Dermatovenereology and Dermatocosmetology'
I.M. KORSUNSKAYA, Prof., MD, PhD

Advertising Manager
'Dermatovenereology and Dermatocosmetology'
A. RODIONOVA
(a.rodionova@medforum-agency.ru)

Editorial Board

Yury G. ALYAEV (*Editor-in-Chief*),
Prof., MD, PhD (Moscow)
Igor S. BAZIN (*Executive Editor*), *MD, PhD (Moscow)*
Fail T. AGEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina B. BELYAYEVA, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*
Dmitry S. BORDIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Natalya M. VOROBYOVA, *MD, PhD (Moscow)*
Olga V. VOROBYOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Mikhail A. GOMBERG, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vera A. GORBUNOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr V. GORELOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Nikolay A. DAIKHES, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Lev V. DEMIDOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Andrey A. ZAYTSEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vladimir V. ZAKHAROV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina N. ZAKHAROVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Dmitry Ye. KARATEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr V. KARAULOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yury A. KARPOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yelena P. KARPOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Oleg V. KNYAZEV, *MD, PhD (Moscow)*
Vitaly V. KOVALCHUK, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina M. KORSUNSKAYA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Grigory G. KRIVOBORODOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina V. KUZNETSOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga M. LESNYAK, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*
Igor A. LOSKUTOV, *MD, PhD (Moscow)*
Lyudmila V. LUSS, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Dmitry Yu. MAYCHUK, *MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr B. MALAKHOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Sergey Yu. MARTSEVICH, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Oleg N. MINUSHKIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Ashot M. MKRTUMYAN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
David V. NEBIERIDZE, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Natalya M. NENASHEVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Andrey Yu. OVCHINNIKOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga Sh. OYNOTKINOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Kristina V. ORLOVA, *PhD (Moscow)*
Nina A. PETUNINA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*

Редакционная коллегия

В.И. ПОПАДЮК, профессор, д.м.н. (Москва)
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)
О.А. ПУСТОТИНА, профессор, д.м.н. (Москва)
В.И. РУДЕНКО, профессор, д.м.н. (Москва)
С.В. РЯЗАНЦЕВ, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
С.В. СААКЯН, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.А. САБЕЛЬНИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
М.С. САВЕНКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ, профессор, д.м.н. (Москва)
О.М. СМIRНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.С. СНАРСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)
Н.А. ТАТАРОВА, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
В.Ф. УЧАЙКИН, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.И. ШМЕЛЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

Редакционный совет

Акушерство и гинекология

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА, В.Е. БАЛАН, К.Р. БАХТИЯРОВ,
В.Ф. БЕЖЕНАРЬ, О.А. ГРОМОВА, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,
С.А. ЛЕВАКОВ, Л.Е. МУРАШКО, Т.А. ОБОСКАЛОВА,
Т.В. ОВСЯННИКОВА, С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА,
В.Н. СЕРОВ, И.С. СИДОРОВА, Е.В. УВАРОВА

Аллергология и иммунология

Т.У. АРИПОВА, О.И. ЛЕТЯЕВА,
Н.Б. МИГАЧЕВА, И.В. НЕСТЕРОВА,
И.А. ТУЗАНКИНА, М.С. ШОГЕНОВА

Гастроэнтерология

М.Д. АРДАТСКАЯ, И.Г. БАКУЛИН, С.В. БЕЛЬМЕР, С. БОР,
И.А. БОРИСОВ, Е.И. БРЕХОВ, Е.В. ВИННИЦКАЯ,
Е.А. КОРНИЕНКО, Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ,
М. ЛЕЯ, М.А. ЛИВЗАН, И.Д. ЛОРАНСКАЯ,
В.А. МАКСИМОВ, Ф. Ди МАРИО

Дерматовенерология и дерматокосметология

А.Г. ГАДЖИГОРОЕВА, В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРЕВА,
Н.Г. КОЧЕРГИН, Л.С. КРУГЛОВА, Е.В. ЛИПОВА,
С.А. МАСЮКОВА, А.В. МОЛОЧКОВ, В.А. МОЛОЧКОВ,
Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ, И.Б. ТРОФИМОВА, А.А. ХАЛДИН,
А.Н. ХЛЕБНИКОВА, А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

Кардиология и ангиология

Г.А. БАРЫШНИКОВА, М.Г. БУБНОВА, Ж.Д. КОБАЛАВА,
М.Ю. СИТНИКОВА, М.Д. СМIRНОВА, О.Н. ТКАЧЕВА

Неврология и психиатрия

Неврология

Е.С. АКАРАЧКОВА, А.Н. БАРИНОВ, Н.В. ВАХНИНА,
В.Л. ГОЛУБЕВ, О.С. ДАВЫДОВ, А.Б. ДАНИЛОВ, Г.Е. ИВАНОВА,
Н.Е. ИВАНОВА, А.И. ИСАЙКИН, П.Р. КАМЧАТНОВ,
С.В. КОТОВ, О.В. КОТОВА, М.Л. КУКУШКИН, О.С. ЛЕВИН,
А.Б. ЛОКШИНА, А.В. НАУМОВ, А.Б. ОБУХОВА,
М.Г. ПОЛУЭКТОВ, И.С. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ, А.А. СКОРОМЕЦ,
И.А. СТРОКОВ, Г.Р. ТАБЕЕВА, Н.А. ШАМАЛОВ,
В.А. ШИРОКОВ, В.И. ШМЫРЕВ, Н.Н. ЯХНО

Психиатрия

А.Е. БОБРОВ, Н.Н. ИВАНЕЦ, С.В. ИВАНОВ, Г.И. КОПЕЙКО,
В.Н. КРАСНОВ, С.Н. МОСОЛОВ, Н.Г. НЕЗНАНОВ,
Ю.В. ПОПОВ, А.Б. СМУЛЕВИЧ

Editorial Board

Valentin I. POPADYUK, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vera N. PRILEPSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Olga A. PUSTOTINA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vadim I. RUDENKO, Prof., MD, PhD (Moscow)
Sergey V. RYAZANTSEV, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Svetlana V. SAAKYAN, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yelena A. SABELNIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Marina S. SAVENKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Aleksandr I. SINOPALNIKOV, Prof., MD, PhD (Moscow)
Olga M. SMIRNOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yelena S. SNARSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Nina A. TATAROVA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Vasily F. UCHAYKIN, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yevgeny I. SHMELYOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Editorial Council

Obstetrics and Gynecology

V.O. ANDREYEVA, I.A. APOLIKHINA, V.Ye. BALAN, K.R. BAKHTIYAROV,
V.F. BEZHENAR, O.A. GROMOVA, Yu.E. DOBROKHOTOVA,
S.A. LEVAKOV, L.Ye. MURASHKO, T.A. OBOSKALOVA,
T.V. OVSYANNIKOVA, S.I. ROGOVSKAYA, O.A. SAPRYKINA,
V.N. SEROV, I.S. SIDOROVA, Ye.V. UVAROVA

Allergology and Immunology

T.U. ARIPOVA, O.I. LETYAEVA,
N.B. MIGACHEVA, I.V. NESTEROVA,
I.A. TUZANKINA, M.S. SHOGENOVA

Gastroenterology

M.D. ARDATSKAYA, I.G. BAKULIN, S.V. BELMER, S. BOR,
I.A. BORISOV, Ye.I. BREKHOV, Ye.V. VINNITSKAYA,
Ye.A. KORNIYENKO, L.N. KOSTYUCHENKO, Yu.A. KUCHERYAVY,
M. LEYA, M.A. LIVZAN, I.D. LORANSKAYA,
V.A. MAKSIMOV, F. Di MARIO

Dermatovenereology and Dermatocosmetology

A.G. GADZHIGOROYEVA, V.I. KISINA, S.V. KLYUCHAREVA,
N.G. KOCHERGIN, L.S. KRUGLOVA, Ye.V. LIPOVA,
S.A. MASYUKOVA, A.V. MOLOCHKOV, V.A. MOLOCHKOV, Yu.N.
PERLAMUTROV, I.B. TROFIMOVA, A.A. KHALDIN,
A.N. KHLEBNIKOVA, A.A. KHRYANIN, N.I. CHERNOVA

Cardiology and Angiology

G.A. BARYSHNIKOVA, M.G. BUBNOVA, Zh.D. KOBALAVA,
M.Yu. SITNIKOVA, M.D. SMIRNOVA, O.N. TKACHEVA

Neurology and Psychiatry

Neurology

Ye.S. AKARACHKOVA, A.N. BARINOV, N.V. VAKHNINA,
V.L. GOLUBEV, O.S. DAVYDOV, A.B. DANILOV, G.Ye. IVANOVA,
N.Ye. IVANOVA, A.I. ISAYKIN, P.R. KAMCHATNOV,
S.V. KOTOV, O.V. KOTOVA, M.L. KUKUSHKIN, O.S. LEVIN,
A.B. LOKSHINA, A.V. NAUMOV, A.B. OBUKHOVA,
M.G. POLUEKTOV, I.S. PREOBRAZHENSKAYA, A.A. SKOROMETS,
I.A. STROKOV, G.R. TABEYEV, N.A. SHAMALOV,
V.A. SHIROKOV, V.I. SHMYREV, N.N. YAKHNO

Psychiatry

A.Ye. BOBROV, N.N. IVANETS, S.V. IVANOV, G.I. KOPEYKO,
V.N. KRASNOV, S.N. MOSOLOV, N.G. NEZNANOV,
Yu.V. POPOV, A.B. SMULEVICH

Онкология, гематология и радиология

Б.Я. АЛЕКСЕЕВ, Е.В. АРТАМОНОВА, М.Б. БЫЧКОВ,
С.Л. ГУТОРОВ, И.Л. ДАВЫДКИН, А.А. МЕЩЕРЯКОВ,
И.Г. РУСАКОВ, В.Ф. СЕМИГЛАЗОВ, А.Г. ТУРКИНА

Офтальмология

Д.Г. АРСЮТОВ, Т.Г. КАМЕНСКИХ, М.А. КОВАЛЕВСКАЯ,
Н.И. КУРЫШЕВА, А.В. МЯГКОВ, М.А. ФРОЛОВ, А.Ж. ФУРСОВА

Педиатрия

И.В. БЕРЕЖНАЯ, Н.А. ГЕППЕ, Ю.А. ДМИТРИЕВА,
О.В. ЗАЙЦЕВА, В.А. РЕВЯКИНА, Д.А. ТУЛУПОВ

Пульмонология и оториноларингология

А.А. ВИЗЕЛЬ, Н.П. КНЯЖЕСКАЯ, С.В. КОЗЛОВ,
Е.В. ПЕРЕДКОВА, Е.Л. САВЛЕВИЧ, О.И. СИМОНОВА

Ревматология, травматология и ортопедия

Л.И. АЛЕКСЕЕВА, Л.П. АНАНЬЕВА, Р.М. БАЛАБАНОВА,
Б.С. БЕЛОВ, В.И. ВАСИЛЬЕВ, Л.Н. ДЕНИСОВ, И.С. ДЫДЬКИНА,
Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, И.А. ЗБОРОВСКАЯ, Е.Г. ЗОТКИН,
А.Е. КАРАТЕЕВ, Н.В. ТОРОПЦОВА, Н.В. ЧИЧАСОВА,
Н.В. ЯРЫГИН

Урология и нефрология

А.Б. БАТЬКО, А.З. ВИНАРОВ, С.И. ГАМИДОВ, О.Н. КОТЕНКОВ,
К.Л. ЛОКШИН, А.Г. МАРТОВ, А.Ю. ПОПОВА, И.А. ТЮЗИКОВ,
Е.М. ШИЛОВ

Эндокринология

М.Б. АНЦИФЕРОВ, И.А. БОНДАРЬ, Г.Р. ГАЛСТЯН, С.В. ДОГАДИН,
В.С. ЗАДИОНЧЕНКО, Е.Л. НАСОНОВ, А.А. НЕЛАЕВА,
В.А. ПЕТЕРКОВА, В.А. ТЕРЕЩЕНКО, Ю.Ш. ХАЛИМОВ,
М.В. ШЕСТАКОВА

Эпидемиология и инфекции

Н.Н. БРИКО, Г.Х. ВИКУЛОВ, Л.Н. МАЗАНКОВА, Е.В. МЕЛЕХИНА,
А.А. НОВОКШОНОВ, Т.В. РУЖЕНЦОВА, Н.В. СКРИПЧЕНКО,
А.В. СУНДУКОВ, Д.В. УСЕНКО

Редакция

Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС

Выпускающие редакторы Н. РАМОС, Н. ФРОЛОВА, С. ЧЕЧИЛОВА

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнеры Т. АФОНЬКИН, А. ВИТАЛЬЕВА, Н. НИКАШИН

Oncology, Hematology and Radiology

B.Ya. ALEXEYEV, Ye.V. ARTAMONOVA, M.B. BYCHKOV,
S.L. GUTOROV, I.L. DAVYDKIN, A.A. MESHCHERYAKOV,
I.G. RUSAKOV, V.F. SEMIGLAZOV, A.G. TURKINA

Ophthalmology

D.G. ARSYUTOV, T.G. KAMENSKYKH, M.A. KOVALEVSKAYA,
N.I. KURYSHEVA, A.V. MYAGKOV, M.A. FROLOV, A.Zh. FURSOVA

Pediatrics

I.V. BEREZHNYAYA, N.A. GEPPE, Yu.A. DMITRIYEVA,
O.V. ZAYTSEVA, V.A. REVYAKINA, D.A. TULUPOV

Pulmonology and Otorhinolaryngology

A.A. VIZEL, N.P. KNYAZHESKAYA, S.V. KOZLOV,
Ye.V. PEREDKOVA, Ye.L. SAVLEVICH, O.I. SIMONOVA

Rheumatology, Traumatology and Orthopaedics

L.I. ALEKSEYEVA, L.P. ANANYEVA, R.M. BALABANOVA,
B.S. BELOV, V.I. VASILYEV, L.N. DENISOV, I.S. DYDYKINA,
N.V. ZAGORODNY, I.A. ZBOROVSKAYA, Ye.G. ZOTKIN,
A.Ye. KARATEYEV, N.V. TOROPTSOVA, N.V. CHICHASOVA,
N.V. YARYGIN

Urology and Nephrology

A.B. BATKO, A.Z. VINAROV, S.I. GAMIDOV, O.N. KOTENKOV,
K.L. LOKSHIN, A.G. MARTOV, A.Yu. POPOVA, I.A. TYUZIKOV,
Ye.M. SHILOV

Endocrinology

M.B. ANTSIFEROV, I.A. BONDAR, G.R. GALSTYAN, S.V. DOGADIN,
V.S. ZADIONCHENKO, Ye.L. NASONOV, A.A. NELAYEVA,
V.A. PETERKOVA, V.A. TERESHCHENKO, Yu.Sh. KHALIMOV,
M.V. SHESTAKOVA

Epidemiology and Infections

N.N. BRIKO, G.Kh. VIKULOV, L.N. MAZANKOVA, Ye.V. MELEKHINA,
A.A. NOVOKSHONOV, T.V. RUZHENTSOVA, N.V. SKRIPCHENKO,
A.V. SUNDUKOV, D.V. USENKO

Editorial Staff

Editor-in-Chief T. CHEMERIS

Commissioning Editors N. RAMOS, N. FROLOVA, S. CHEHILOVA

Journalists A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

Corrector Ye. SAMOYLOVA

Art Designers T. AFONKIN, A. VITALYEVA, N. NIKASHIN

Тираж 15 000 экз. Выходит 4 раза в год.
Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005.
Бесплатная подписка на электронную версию журнала
на сайте www.umedp.ru.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Любое воспроизведение материалов и их фрагментов возможно только с письменного разрешения редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Авторы, присылающие статьи для публикации, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором. Информация размещена на сайте www.umedp.ru.

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен в перечень рецензируемых научных изданий ВАК и индексируется в системе РИНЦ.

Print run of 15 000 copies. Published 4 times a year.
Registration certificate of mass media ПИ № ФС77-23066 of 27.09.2005.
Free subscription to the journal electronic version
on the website www.umedp.ru.

The Editorials is not responsible for the content of advertising materials. Any reproduction of materials and their fragments is possible only with the written permission of the journal. The Editorials' opinion may not coincide with the opinion of the authors.

Authors submitted articles for the publication should be acquainted with the instructions for authors and the public copyright agreement. The information is available on the website www.umedp.ru.

'Effective Pharmacotherapy' Journal is included in the list of reviewed scientific publications of VAK and is indexed in the RSCI system.

Содержание

Клиническая практика

- Н.О. ПЕРЕВЕРЗИНА, Л.С. КРУГЛОВА
Раннее назначение генно-инженерных биологических препаратов пациентам с псориазом кожи и аксиальными поражениями 6

Обзор

- А.В. МИЧЕНКО, А.Н. ЛЬВОВ, Л.С. КРУГЛОВА, Е.А. КУЗЬМА, С.Е. МАРТЫНОВ, Д.В. РОМАНОВ
Школы для пациентов с атопическим дерматитом: систематический обзор методологии проведения и оценки эффективности 14
- Л.А. РУБЦОВА, Л.С. КРУГЛОВА, М.С. КРУГЛОВА
Современные представления о постожоговых рубцовых поражениях 22
- С.Ю. ДОЛГИХ, А.Г. СТЕНЬКО, Н.В. ГРЯЗЕВА
Вопросы этиологии и патогенеза атрофических рубцов 28

Медицинский форум

- Существуют ли проблемы диагностики и лечения бактериальных инфекций кожи? 32
- Микозы кожи и ногтей: диагностика и терапия 42
- Зуд аногенитальной области – дифференциальный диагноз и принципы терапии 50
- Измените свое отношение к акне и розацеа: акцент на психодерматологические аспекты 54

Contents

Clinical Practice

- N.O. PEREVERZINA, L.S. KRUGLOVA
Early Prescription of Genetically-Engineered Drugs for Patients with Skin Psoriasis and Axial Lesions

Review

- A.V. MICHENKO, A.N. LVOV, L.S. KRUGLOVA, E.A. KUZMA, S.E. MARTYNOV, D.V. ROMANOV
Schools for Patients with Atopic Dermatitis: Systematic Review of the Methodology for Conducting and Evaluating Effectiveness
- L.A. RUBTSOVA, L.S. KRUGLOVA, M.S. KRUGLOVA
Modern Conceptions About Post-burn Scars
- S.Yu. DOLGIKH, A.G. STENKO, N.V. GRYAZEVA
Questions of Etiology and Pathogenesis of Atrophic Scars

Medical Forum

- Are There Any Problems in Diagnosis and Treatment of Skin Bacterial Infections?
- Mycoses of Skin and Nails: Diagnosis and Therapy
- Itching of the Anogenital Area – Differential Diagnoses and Principles of Therapy
- Change Your Attitude to Acne and Rosacea: the Accent to Psychodermatological Aspects

ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



umedp.ru/magazines



elibrary.ru/contents



ИЗДАЕТСЯ С 2005 ГОДА

ТЕРАПИЯ

ПО ВАШЕМУ ПРОФИЛЮ

- Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен в перечень рецензируемых научных изданий **ВАК** по научным специальностям: акушерство и гинекология; болезни уха, горла и носа; гастроэнтерология; глазные болезни; внутренние болезни; инфекционные болезни; кардиология; клиническая иммунология, аллергология; кожные и венерические болезни; нервные болезни; онкология; педиатрия; пульмонология; ревматология; урология; эндокринология
- Онлайн-версия на медпортале umedp.ru и в электронных рассылках
- Информационный партнер главных медицинских мероприятий
- Распространяется бесплатно





¹ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

² Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства, Москва

Раннее назначение генно-инженерных биологических препаратов пациентам с псориазом кожи и аксиальными поражениями

Н.О. Переверзина, к.м.н.^{1,2}, Л.С. Круглова, д.м.н., проф.¹

Адрес для переписки: Наталья Олеговна Переверзина, natalia.pereverzina@gmail.com

Для цитирования: Переверзина Н.О., Круглова Л.С. Раннее назначение генно-инженерных биологических препаратов пациентам с псориазом кожи и аксиальными поражениями. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (39): 6–12.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-39-6-12

Псориатический артрит (ПсА) является гетерогенным многофакторным заболеванием и может иметь широкий спектр симптомов. В последние годы в связи с ростом заболеваемости ПсА увеличивается число случаев его тяжелого, устойчивого к стандартной терапии течения, пациенты все чаще отмечают выраженное ухудшение качества жизни, потерю трудоспособности, раннюю инвалидизацию, возрастает необходимость не только диагностики на доклинических стадиях заболевания, но и ранней терапии, а также вторичной профилактики.

Материал и методы. В исследование было включено 37 пациентов (19 (51,4%) мужчин и 18 (48,6%) женщин) в возрасте 18–48 лет (средний возраст – $33,4 \pm 3,8$ года), которые получали нетакимаб в дозировке 120 мг подкожно на 0-й, 1-й, 2-й неделях и затем 120 мг каждый месяц на протяжении 52 недель. Средняя продолжительность псориаза кожи составила 14,7 года. Среднее значение PASI – 34,8 балла, BSA – 36,4 балла, также отмечалась высокая активность ПсА со средним значением BASDAI 6,7 (SD = 0,7) балла.

Результаты. К 52-й неделе 100% ($n = 37$) пациентов достигли уровня PASI 75, 100% ($n = 37$) – PASI 90 и 97,3% ($n = 36$) – PASI 100. Выраженное улучшение качества жизни отмечалось у 34 (91,89%) пациентов согласно дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ) < 5 уже к 12-й неделе терапии.

К 24-й и 52-й неделям ДИКЖ < 5 был у 94,59 и 100% пациентов соответственно. При проведении МРТ крестцово-подвздошных сочленений в режиме STIR с подавлением жира не было обнаружено признаков активного воспалительного процесса. Кроме того, не было отмечено прогрессирования структурных повреждений на рентгенограмме шейного отдела позвоночника. Применение нетакимаба приводило к снижению выраженности не только аксиальных проявлений заболевания, но также энтезита и дактилита. Так, до терапии отмечалась высокая активность заболевания со средним значением BASDAI 6,7 (SD = 0,7) балла. Все пациенты в группе нетакимаба сообщили об уменьшении воспалительной боли в спине на 12-й, 24-й и 52-й неделях со средним значением BASDAI 5,9 (SD = 2,4); 4,2 (SD = 1,3) и 3,1 (SD = 0,8) соответственно.

Заключение. Стратегия раннего назначения генно-инженерных биологических препаратов пациентам с тяжелым и среднетяжелым псориазом кожи и воспалительной болью в спине оправданна и может позволить избежать инвалидизации, выраженного снижения качества жизни, необратимых изменений суставов, будет способствовать уменьшению системного воспаления, что в перспективе может рассматриваться как вторичная профилактика развития тяжелых форм ПсА.

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит, аксиальные проявления, энтезит, дактилит, раннее назначение генно-инженерной терапии, блокатор ИЛ-17А, нетакимаб



Введение

Псориаз – хроническое иммуноопосредованное заболевание, преимущественно поражающее кожу и опорно-двигательный аппарат. Согласно эпидемиологическим данным, в последние несколько лет наблюдается повышение заболеваемости псориатическим артритом (ПсА): все чаще сообщается о случаях тяжелого течения болезни с функциональными нарушениями, потерей трудоспособности, инвалидизацией и выраженным снижением качества жизни у таких пациентов [1]. Отмечается также увеличение смертности больных ПсА в сравнении с общей популяцией [2, 3]. При ПсА часто подвергается поражению в том числе и позвоночник. Такие изменения могут сочетаться с любыми другими формами ПсА, чаще с периферическими поражениями. Однако изолированный спондилит отмечают в 0,7–17% случаев заболеваемости ПсА [4, 5]. Аксиальные (осевые) поражения при ПсА, по данным литературы, проявляются в основном в возрасте 30–40 лет и могут значимо влиять на качество жизни пациента, социальные аспекты, снижать производительность труда, приводить к инвалидизации [6]. На ранних стадиях такие поражения могут остаться незамеченными, так как протекают малосимптомно или вовсе без каких-либо проявлений («молчащее» течение) [7]. Кроме того, рентгенологические признаки аксиальных поражений появляются спустя годы от начала заболевания, а проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) не является первостепенным методом обследования. Чаще всего пациенты обращаются к ревматологам, когда уже имеется выраженная клиническая картина и активный сакроилеит при МРТ [8]. Мало- или бессимптомное течение, позднее распознавание (средняя задержка более шести месяцев), прогрессирующее течение, необратимость повреждений приводят к задержке начала терапии, снижению ее эффективности, выраженному снижению качества жизни и инвалидизации.

Согласно недавно представленной концепции, клинически манифестному ПсА предшествуют преклиническая, субклиническая и продромальная фазы [9, 10]. При влиянии неблагоприятных факторов (как внешних, так и внутренних) происходит активация иммунной системы, где ключевая роль принадлежит оси интерлейкинов (ИЛ) 23/17. Далее повышается синтез фактора некроза опухоли α и возникают субклинические изменения, приводящие к поражению костно-суставных структур. Кроме того, патологический процесс при ПсА носит прогрессирующий и агрессивный характер. При раннем ПсА в течение пяти месяцев после появления клинических симптомов у 27% пациентов уже имелись эрозии в периферических суставах, а в течение последующих двух лет еще у 47% пациентов были выявлены эрозии, несмотря на прием базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) [11, 12]. Тяжелые необратимые последствия может предупредить ранняя диагностика и раннее актив-

ное начало лечения. Согласно стратегии «лечение до достижения цели» (treat to target, T2T), которая предполагает четкую формулировку целей, своевременную оценку результатов и коррекцию терапии в зависимости от достижения поставленных целей, необходимо достижение ремиссии или минимальной активности болезни (МАБ). Установлено, что МАБ и/или ремиссия заболевания ассоциируются с лучшими исходами ПсА [13]. Также все чаще на международных и российских консилиумах говорится о концепции «окно возможностей» (window of opportunity), в период которого раннее начало эффективной терапии приводит к подавлению воспалительного каскада, позволяет достичь ремиссии либо МАБ, предотвращает инвалидизацию [14, 15]. При ПсА продолжительность «окна возможности» от появления первых симптомов все еще не определена, однако может составлять до 24 месяцев [16]. Раньше генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) на ранней стадии назначали при наличии факторов неблагоприятного прогноза и неэффективности базисной терапии в течение трех – шести месяцев. В настоящее время все чаще подчеркивается целесообразность раннего назначения ингибиторов ГИБП ревматологическим пациентам независимо от периода заболевания, особенно пациентам с высокой активностью, торпидным течением болезни, наличием клинически значимой коморбидной патологии, невозможностью назначения стандартной терапии. При ПсА с поражением энтезисов и при аксиальных поражениях, согласно рекомендациям Европейской антиревматической лиги (European League Against Rheumatism, EULAR), ГИБП назначают после 4–12 недель неэффективного применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), минуя этап терапии БПВП [10]. Члены экспертной группы (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis, GRAPPA) в настоящее время не выделяют определенные рекомендации по лечению аксиального поражения при ПсА, чаще всего они используют схемы терапии как при аксиальном спондилоартрите и анкилозирующем спондилите [17]. Вопросы раннего назначения ГИБП все чаще поднимают в исследованиях и на международных экспертных собраниях [18]. В рекомендациях GRAPPA 2015 г. уже указано, что ГИБП могут быть использованы в качестве препаратов первой линии при периферическом артритe и аксиальных поражениях [19]. В согласительных документах 2018 г. также подтверждается целесообразность раннего назначения ГИБП [20]. Кроме того, вопросы раннего назначения ГИБП поднимаются и в других работах [18, 21, 22]. Считается, что ключевую роль в развитии поражений костно-суставной системы при ПсА энтезитов играет именно ИЛ-17А. О высокой эффективности именно раннего применения ингибиторов ИЛ-17А в терапии псориатического артрита сообщают в крупных клинических иссле-



дованиях FUTURE и PSARTROS. У 80% пациентов на фоне терапии ингибиторами ИЛ-17А отмечается полное разрешение дактилитов, более чем у 70% пациентов наблюдается полное разрешение энтезитов, а также клиническая ремиссия синовитов, остановка катаболических и анаболических изменений костей. Кроме того, при терапии ингибиторами ИЛ-17А 60% пациентов с ПсА и аксиальными поражениями достигали ASAS 20 уже на 12-й неделе [21].

У большинства пациентов (около 70% случаев) кожные проявления предшествуют поражению суставов, у 20% – возникают одновременно, и у 15–20% пациентов дебют заболевания начинается с поражений косто-суставных структур [23]. Поскольку ПсА в большинстве случаев развивается позже псориаза кожи, возрастает роль дерматовенерологов в ранней диагностике ПсА и предотвращении развития псориаза и поражений косто-суставных структур. Согласно уже имеющимся исследованиям, раннее лечение ГИБП из группы ингибиторов ИЛ-17А эффективно и безопасно в отношении купирования как кожных проявлений, так и аксиальных поражений [1]. Все чаще в дерматологической практике обсуждают клинические ситуации, в которых следует рассматривать вопрос о раннем назначении ГИБП у пациентов с псориазом кожи: тяжелый псориаз (PASI > 20, BSA > 20%); псориаз волосистой части головы, ладонно-подошвенный, инверсный; псориагическая ониходистрофия; умеренно выраженный активный ПсА в сочетании с тяжелым псориазом гладкой кожи; наличие дактилитов/энтезитов и недостаточный ответ на лечение НПВП; ассоциация псориаза со значимыми коморбидными заболеваниями; субклиническое воспаление опорно-двигательного аппарата [24]. Сегодня практикующие врачи и ученые все больше придерживаются мнения, что раннее назначение ГИБП не только профилактирует прогрессирование патологического процесса, но и предотвращает развитие ПсА. С учетом того что псориаз кожи является легко идентифицируемым маркером ПсА, при наличии дополнительных факторов, указанных выше, возникает терапевтическая возможность повлиять на течение и прогрессирование заболевания со всех звеньев патогенеза. Кроме того, тяжелые формы псориаза кожи часто устойчивы к стандартной системной терапии или же такие пациенты отказываются от лечения в связи с неблагоприятным профилем безопасности. Поэтому использованию ГИБП как первой линии терапии все чаще отдают предпочтение.

Материал и методы

Проведено проспективное неинтервенционное исследование с целью изучить эффективность и безопасность использования ингибитора ИЛ-17А (нетакимаб) у пациентов с псориазом гладкой кожи и аксиальными поражениями как ран-

ними проявлениями псориагического артрита на основании индексов тяжести и активности патологического процесса. Кроме того, в задачи исследования входило определение класс-специфических эффектов препаратов из группы блокаторов ИЛ-17А в раннюю стадию воспалительных изменений аксиальных поражений у пациентов с псориазом кожи. Оценку эффективности проводили с учетом общепринятых индексов тяжести псориаза (PASI и BSA) и псориагического артрита (BASDAI и DAPSA).

Всего было включено 37 пациентов (19 (51,4%) мужчин и 18 (48,6%) женщин) в возрасте 18–48 лет (средний возраст – $33,4 \pm 3,8$ года), которые получали ГИБП нетакимаб в дозировке 120 мг подкожно на 0-й, 1-й, 2-й неделях и затем 120 мг каждый месяц на протяжении 52 недель. Средняя продолжительность псориаза кожи составила 14,7 года. Среднее значение PASI – 34,8 балла, BSA – 36,4 балла, также отмечалась высокая активность ПсА со средним значением BASDAI 6,7 (SD = 0,7) балла. Период наблюдения составил 52 недели.

Статистический анализ данных проводили при помощи специализированных программ SPSS Statistics 26.0 (StatSoft Inc, США) и StatTech 2.8.8 (ООО «Статтех», Россия).

Результаты исследования

Большинство пациентов, принимавших нетакимаб, отметили выраженную положительную динамику со стороны кожного процесса и суставов уже к концу третьей недели терапии. К 12-й неделе 34 (91,89%) пациента достигли уровня PASI 75, 33 (89,19%) – PASI 90 и 28 (75,68%) пациентов – PASI 100. К 24-й неделе дельта PASI 75 отмечена у 36 (97,3%) пациентов, PASI 90 – у 35 (94,59%), PASI 100 – у 33 (89,19%) пациентов. К 52-й неделе 37 (100%) пациентов достигли уровня PASI 75, 37 (100%) – PASI 90 и 36 (97,3%) пациентов – PASI 100.

Помимо этого, у пациентов, имевших на момент исследования псориагическое поражение ногтей, в ходе терапии было отмечено снижение NAPSI или полное исчезновение симптомов. У одного пациента отмечалось слабо выраженное обострение процесса со стороны ногтевых пластин после 48-й недели терапии. Следует учитывать, что у пациента присутствует ежедневная травматизация ногтевых пластин ввиду профессиональной деятельности (программист).

Выраженное улучшение качества жизни отмечалось у 34 (91,89%) пациентов согласно дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ) < 5 уже к 12-й неделе терапии. К 24-й и 52-й неделям ДИКЖ < 5 был у 94,59 и 100% пациентов соответственно.

При проведении МРТ крестцово-подвздошных сочленений в режиме STIR с подавлением жира не было обнаружено признаков активного воспалительного процесса. Кроме того, не было отмечено прогрессирования структурных повреждений



на рентгенограмме шейного отдела позвоночника. Применение нетакимаба приводило к снижению выраженности не только аксиальных проявлений заболевания, но также энтезита и дактилита. Так, до терапии отмечалась высокая активность заболевания со средним значением BASDAI 6,7 (SD = 0,7) балла. Все пациенты в группе нетакимаба сообщили об уменьшении воспалительной боли в спине на 12-й, 24-й и 52-й неделях со средним значением BASDAI 5,9 (SD = 2,4); 4,2 (SD = 1,3) и 3,5 (SD = 0,8) соответственно.

Установлено, что 31 (83,78%) пациент в группе нетакимаба достиг ACR 20 к концу исследования на 52-й неделе. В промежуточной точке оценки результатов на 12-й неделе ACR 20 составила 64,86%. У всех пациентов на момент начала терапии наблюдалась высокая активность заболевания. Большинство пациентов, получавших нетакимаб, достигли ремиссии по DAPSA или низкой активности заболевания по DAPSA через 24 недели терапии.

Отмечалась хорошая переносимость нетакимаба при применении в течение 52 недель терапии. Из побочных явлений наиболее частым являлся назофарингит. Значительные побочные эффекты не отмечались.

Таким образом, стратегия раннего назначения генно-инженерных биологических препаратов пациентам с тяжелым и среднетяжелым псориазом кожи и воспалительной болью в спине оправдана и может позволить избежать инвалидизации, выраженного снижения качества жизни, необратимых изменений суставов, будет способствовать уменьшению системного воспаления, что в перспективе может рассматриваться как вторичная профилактика развития тяжелых форм ПсА.

Заключение

ПсА является гетерогенным многофакторным заболеванием и может иметь широкий спектр симптомов. Так как в последние годы отмечается рост заболеваемости ПсА, увеличивается число случаев его тяжелого, устойчивого к стандартной терапии течения, пациенты все чаще отмечают выраженное ухудшение качества жизни, потерю трудоспособности, раннюю инвалидизацию, возрастает необходимость не только диагностики на доклинических стадиях заболевания, но и ранней терапии, а также вторичной профилактики. Поэтому все больше возрастает роль дерматовенерологов в выявлении предикторов и факторов риска развития псориатического артрита. Так как в настоящее время отсутствуют какие-либо данные о характеристике аксиальных поражений у пациентов с псориазом гладкой кожи, нами было впервые проведено ретроспективное исследование, где в реальной практике были оценены клиничко-инструментальные особенности ранних аксиальных поражений у пациентов с псориазом кожи. Выявлено, что ранними проявлениями аксиаль-

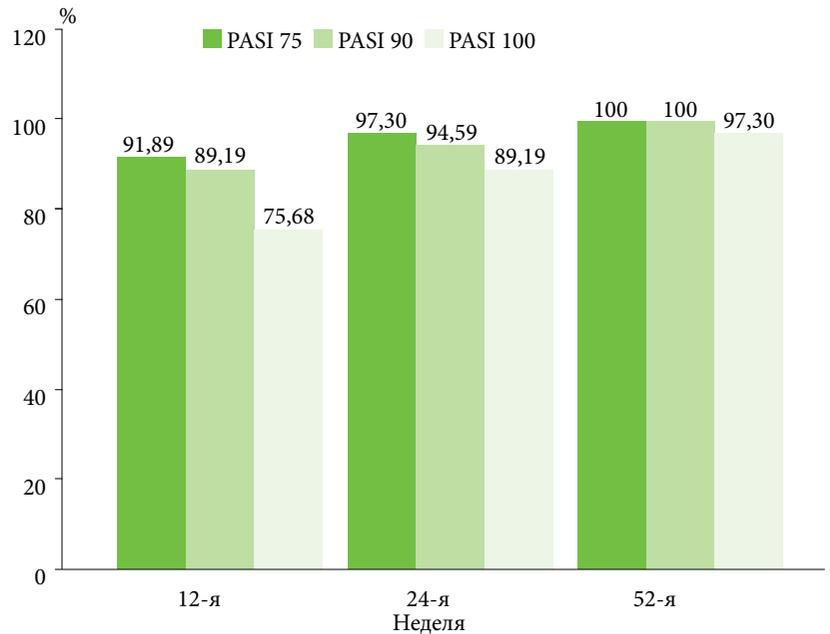


Рис. 1. Количество пациентов с достижением конечной точки PASI 75, PASI 90 и PASI 100 на фоне применения нетакимаба

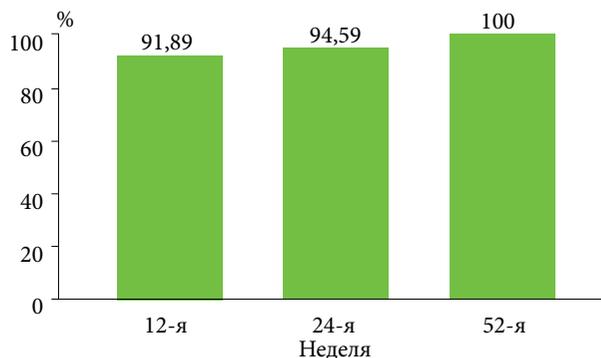


Рис. 2. Количество пациентов с достижением конечной точки ДИКЖ < 5 на фоне применения нетакимаба

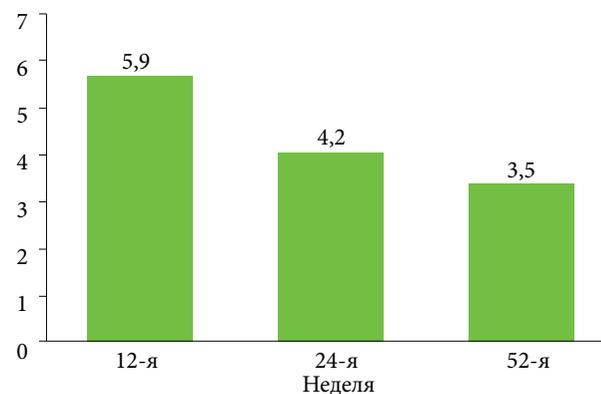


Рис. 3. Динамика показателей индекса BASDAI (баллы) на фоне применения нетакимаба



Сегодня практикующие врачи и ученые все чаще стали придерживаться мнения, что раннее назначение ГИБП не только профилаксирует прогрессирование патологического процесса, но и предотвращает развитие ПсА. С учетом того что псориаз кожи является легко идентифицируемым маркером ПсА при наличии определенных факторов, возникает терапевтическая возможность повлиять на течение и прогрессирование заболевания со всех звеньев патогенеза

ных поражений у пациентов с псориазом гладкой кожи являются ноющая, тянущая боль в спине (у 37,2% пациентов) или шее (у 22,1% пациентов), которая интенсивнее всего в ночное время или в состоянии покоя, а также чувство скованности в спине (у 46,3% пациентов) или шее (у 38,9% па-

циентов) [25]. Пациенты отмечали, что чаще всего физические упражнения в виде разминки, зарядки или другая умеренная физическая активность приносили чувство облегчения. Следует отметить, что у пациентов с псориазом гладкой кожи может быть и смешанный (механический и воспалительный) характер болей в спине, что также необходимо учитывать при ранней диагностике и четко дифференцировать именно псориазическое поражение костно-суставной системы [26]. В нашем исследовании мы приводим первый опыт использования ГИБП из группы ингибиторов ИЛ-17А у пациентов с псориазом гладкой кожи и аксиальными поражениями как ранними проявлениями псориазического артрита. Большинство пациентов, принимавших анти-ИЛ-17А, отметили выраженную положительную динамику от терапии со стороны кожного процесса и суставов уже к концу четвертой недели терапии. Установлено, что пациенты хорошо переносили терапию при длительном применении, о значительных побочных эффектах в группе анти-ИЛ-17А не сообщалось, что свидетельствует о безопасности применения ингибиторов ИЛ-17А. ●

Литература

1. Переверзина Н.О., Круглова Л.С., Коротаева Т.В. Эффективность и безопасность раннего назначения ингибиторов ИЛ-17А при терапии аксиальных поражений у пациентов с псориазом кожи. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2023; 26 (1): 13–24.
2. Мишина О.С., Коротаева Т.В., Стародубов В.И., Насонов Е.Л. Заболеваемость псориазическим артритом в Российской Федерации: тенденции на современном этапе и перспективы. *Научно-практическая ревматология*. 2015; 53 (3): 251–257.
3. Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л., Логинова Е.Ю. Псориазический артрит. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. *Современная ревматология*. 2018; 12 (2): 22–35.
4. Niccoli L., Nannini C., Cassara E. Frequency of iridocyclitis in patients with early psoriatic arthritis: a prospective, follow up study. *Int. J. Rheum. Dis.* 2012; 15 (4): 414–418.
5. De Vlam K., Lories R., Steinfeld S. Is axial involvement underestimated in patients with psoriatic arthritis? Data from the BEPAS Cohort. *Ann. Rheum. Dis.* 2016; 75: 1156–1157.
6. Корешкова К.М., Хисматуллина З.Р. Качество жизни у больных псориазическим артритом. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2021; 97 (3): 56–65.
7. Jadon D., Sengupta R., Nightingale A. Axial disease in psoriatic arthritis study: defining the clinical and radiographic phenotype of psoriatic spondyloarthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2017; 76 (4): 701–707.
8. Логинова Е.Ю. Особенности поражения осевого скелета при раннем псориазическом артритом (исследование РЕМАРКА). *Научно-практическая ревматология*. 2016; 54 (S1): 15–19.
9. Scher J.U., Ogdie A., Merola J.F., Ritchlin C. Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. *Nat. Rev. Rheumatol.* 2019; 15 (3): 153–166.
10. Насонов Е.Л., Коротаева Т.В., Лиля А.М. Можно ли предотвратить развитие псориазического артрита у пациентов с псориазом? *Научно-практическая ревматология*. 2019; 57 (3): 250–254.
11. Kane D., Stafford L., Bresnihan B., FitzGerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology (Oxford)*. 2003; 42 (12): 1460–1468.
12. Lubrano E., Mesina F., Caporali R. Clinical remission in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Clin. Exp. Rheumatol.* 2018; 36 (5): 900–910.
13. Smolen J.S., Schols M., Braun J., et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann. Rheum. Dis.* 2018; 77 (1): 3–17.
14. Burgers L., Raza K., van der Helm, van Mil A.H. Window of opportunity in rheumatoid arthritis—definitions and supporting evidence: from old to new perspectives. *RMD Open*. 2019; 5 (1): e000870.
15. Van Steenberghe H., da Silva J.A., Huizinga T.W. Preventing progression from arthralgia to arthritis: targeting the right patients. *Nat. Rev. Rheumatol.* 2018; 14 (1): 32–41.



ЭФЛЕЙРА®
нетакимаб

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ИНГИБИТОР ИЛ-17

ПРЕПАРАТ ЭФФЕКТИВЕН
В ОТНОШЕНИИ ВСЕХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

АРТРИТ

82%

пациентов
достигли ответа
по ACR20°

ПСОРИАЗ

83%

пациентов
достигли ответа
по PASI75°

ЭНТЕЗИТ

63%

пациентов достигли
разрешения
энтезита°

ДАКТИЛИТ

77%

пациентов достигли
разрешения
дактилитов°

ВЫРАЖЕНО СНИЗИЛАСЬ ИНТЕНСИВНОСТЬ
АКСИАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ° НА 24 НЕДЕЛЕ ТЕРАПИИ

**2 РЕЖИМА
ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА
ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ
АРТРИТЕ°**

Разовая доза 120 мг
Индукция 0,1,2 недели

Далее:
1 раз в 2 недели, начиная с недели
4 по неделю 10 включительно,
далее 1 раз в 4 недели с недели 14

Пациентам с наличием спондилита или не достигшим клинической эффективности при применении нетакимаба 1 раз в 4 недели, возможно назначение препарата 1 раз в 2 недели

°Biocad Data on File, 2019

© ИМП ГРЛС

BCD-085-B PATERA. Международное многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование эффективности и безопасности препарата BCD-085 у пациентов с псориатическим артритом.

Краткая инструкция по применению препарата Эфлейра®

Перед началом применения ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению препарата Эфлейра®.

Краткое описание препарата Эфлейра®:

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

Показания к применению:

Лечение бляшечного псориаза среднетяжелой и тяжелой степени у взрослых пациентов, когда показана системная терапия или фототерапия; лечение активного анкилозирующего спондилита у взрослых пациентов при недостаточном ответе на стандартную терапию, лечение активного псориатического артрита в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом при недостаточном ответе на стандартную терапию.

Противопоказания:

Гиперчувствительность к нетакимабу, а также к любому из вспомогательных веществ препарата; клинически значимые инфекционные заболевания в острой фазе, включая туберкулез; детский и подростковый возраст до 18 лет; беременность, грудное вскармливание.

С осторожностью:

Следует соблюдать осторожность при назначении нетакимаба пациентам с хроническими и рецидивирующими инфекциями или с анамнестическими указаниями на них, в периоде ранней реконвалесценции после тяжелых и среднетяжелых инфекционных заболеваний, а также после недавно проведенной вакцинации живыми вакцинами; в связи с ограничением данными клинических исследований о применении нетакимаба у пациентов в возрасте старше 65 лет, следует соблюдать осторожность при назначении препарата пациентам указанной возрастной группы; в связи с отсутствием сведений о применении нетакимаба у больных воспалительными заболеваниями кишечника, следует избегать его назначения пациентам с болезнью Крона или язвенным колитом.

Режим дозирования:

- Псориаз: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем 1 раз каждые 4 недели.
- Анкилозирующий спондилит: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем каждые 2 недели.
- Псориатический артрит: 120 мг подкожно 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем каждые 2 недели до недели 10, далее 1 раз в 4 недели. 2 режима введения препарата при псориатическом артрите®: Разовая доза 120 мг. Индукция 0,1,2 недели. Далее: 1 раз в 2 недели, начиная с недели 4 по неделю 10 включительно, далее 1 раз в 4 недели с недели 14. Пациентам с наличием спондилита или не достигшим клинической эффективности при применении нетакимаба 1 раз в 4 недели, возможно назначение препарата 1 раз в 2 недели.

ACR20 – индекс оценки изменений симптомов артрита (20% улучшение).

PASI75 – % пациентов, достигших 75% улучшения в отношении проявлений псориаза.

Особые указания:

- Наличие таких потенциально тяжелых инфекций как ВИЧ, активный гепатит В и/или С, сифилис, туберкулез, относится к противопоказаниям для назначения нетакимаба.
- Перед назначением препарата Эфлейра® и в ходе терапии необходимо проводить стандартный скрининг на туберкулез. Пациентам с латентным туберкулезом рекомендуется пройти стандартный курс противотуберкулезной терапии перед началом терапии препаратом Эфлейра®.
- При использовании нетакимаба потенциально возможно развитие реакции гиперчувствительности. При возникновении анафилактических или других серьезных аллергических реакций применение препарата Эфлейра® следует немедленно прекратить и начать соответствующую симптоматическую терапию.
- Наличие алкогольной или наркотической зависимости, а также психических расстройств может стать причиной несоблюдения пациентом графика лечения нетакимабом, что, в свою очередь, может привести к снижению эффективности терапии.
- Не следует проводить иммунизацию живыми вакцинами в ходе лечения препаратом Эфлейра®, так как клиническая оценка безопасности данного взаимодействия в рамках клинических исследований не проводилась. Иммунизация инактивированными вакцинами во время терапии нетакимабом должна выполняться с осторожностью.

Побочное действие: наиболее частой нежелательной реакцией в проведенных клинических исследованиях была нейтропения, большинство случаев которой были легкой или средней степени тяжести и не требовали прекращения лечения. Часто (от 1 до 10%) встречались инфекции верхних дыхательных путей, нейтропения, лейкопения, лимфоцитоз, повышение активности АЛТ, АСТ, положительный результат исследования на комплекс Mycobacterium tuberculosis.

Иммуногенность: в ходе клинических исследований препарат Эфлейра® при лечении псориаза и анкилозирующего спондилита выработка связывающих антител к нетакимабу была зарегистрирована менее чем в 0,5% случаев. Нейтрализующих антител выявлено не было.

Условия хранения: при температуре от 2 до 8 °С в защищенном от света месте. Не замораживать! Срок годности: 2 года. Отпускают по рецепту.

Для получения более подробной информации о препарате обратитесь к полной инструкции по медицинскому применению препарата Эфлейра®, ЗАО «БИОСАД», Россия.



16. Круглова Л.С., Бакулев А.Л., Коротаева Т.В. и др. Псориаз. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
17. Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В. Поражение осевого скелета при псориатическом артрите. Современная ревматология. 2017; 11 (1): 46–55.
18. Круглова Л.С., Переверзина Н.О. Эффективность раннего назначения блокаторов интерлейкина-17 в терапии аксиальных поражений при псориатическом артрите. Фарматека. 2021; 14: 22–26.
19. Coates L.C. Group for research and assessment of psoriasis and psoriatic arthritis 2015 treatment recommendations for psoriatic arthritis. Arthritis Rheumatol. 2016; 68 (5): 1060–1071.
20. Абдулганиева Д.И., Бакулев А.Л., Белоусова Е.А. и др. Проект междисциплинарных рекомендаций по диагностике, методам оценки степени активности, терапевтической эффективности и применению генно-инженерных биологических препаратов у пациентов с сочетанными иммуновоспалительными заболеваниями (псориаз, псориатический артрит, болезнь Крона). Современная ревматология. 2018; 12 (3): 4–18.
21. Круглова Л.С., Хотко А.А., Петрий М.А. Раннее назначение генно-инженерной биологической терапии пациентам с псориазом. Медицинский алфавит. 2019; 1 (7): 25–28.
22. Faustini F, Simon D, Oliveira I, Kleyer A. Subclinical joint inflammation in patients with psoriasis without concomitant psoriatic arthritis: a cross-sectional and longitudinal analysis. Ann. Rheum. Dis. 2016; 75 (12): 2068–2074.
23. Olivieri I, Padula A., D'Angelo S., et al. Psoriatic arthritis sine psoriasis. J. Rheumatol. Suppl. 2009; 83: 28–29.
24. Круглова Л.С., Львов А.Н. Ранняя диагностика псориатического артрита и возможности контроля над заболеванием. Обзор литературы. Медицинский алфавит. 2019; 2-26 (401): 44–48.
25. Переверзина Н.О. Эффективность раннего назначения генно-инженерных биологических препаратов при терапии аксиальных поражений у пациентов с псориазом кожи: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2022.
26. Chandran V. Psoriatic spondylitis or ankylosing spondylitis with psoriasis: same or different? Curr. Opin. Rheumatol. 2019; 31 (4): 329–334.

Early Prescription of Genetically-Engineered Drugs for Patients with Skin Psoriasis and Axial Lesions

N.O. Pereverzina, PhD ^{1,2}, L.S. Kruglova, PhD, Prof. ¹

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

² Federal Research and Clinical Center of Physical-Chemical Medicine of Federal Medical Biological Agency, Moscow

Contact person: Natalia O. Pereverzina, natalia.pereverzina@gmail.com

Psoriatic arthritis (PsA) is a heterogeneous multifactorial disease and can have a wide range of symptoms. Since in recent years there has been an increase in the incidence of PsA, the number of cases of its severe, resistant to standard therapy course is increasing, patients are increasingly noting a marked deterioration in the quality of life, disability, early disability, the need for not only diagnosis at preclinical stages of the disease, but also early therapy, as well as secondary prevention.

Material and methods. A total of 37 patients (19 (51.4%) men and 18 (48.6%) women) aged 18–48 years (the average age was 33.4 ± 3.8 years) were included who received netakimab at a dosage of 120 mg subcutaneously at 0, 1, 2 weeks and then 120 mg every month for 52 weeks. The average duration of psoriasis of the skin was 14.7 years. The average value of PASI = 34.8 points, BSA = 36.4 points, there was also a high activity of PsA with an average BASDAI value of 6.7 (SD = 0.7) points.

Results. By week 52, 100% (n = 37) of patients had reached PASI 75, 100% (n = 37) – PASI 90 and 97,3% (n = 36) – PASI 100. In patients, there was a marked improvement in the quality of life in 91.89% of patients (n = 34) according to the dermatological quality of life index (DIC) < 5 by the 12th week of therapy. By 24 and 52 weeks, BCG < 5 was in 94.59% and 100% of patients, respectively. When performing an MRI of the sacroiliac joints in the STIR mode with fat suppression, no signs of an active inflammatory process were found. In addition, there was no progression of structural damage on the radiograph of the cervical spine. The use of netakimab led to a decrease in the severity of not only axial manifestations of the disease, but also enteritis and dactylitis. So, before therapy, there was a high activity of the disease with an average BASDAI value of 6.7 (SD = 0.7) points. All patients in the netakimab group reported a decrease in inflammatory back pain at 12, 24 and 52 weeks with an average BASDAI of 5.9 (SD = 2.4), 4.2 (SD = 1.3) and 3.1 (SD = 0.8), respectively.

Conclusions. Thus, the strategy of early administration of genetically engineered biological drugs to patients with severe and moderate-severe skin psoriasis and inflammatory back pain is justified and may allow to avoid disability, marked decline in quality of life, irreversible joint changes, will contribute to reducing systemic inflammation, which in the future can be considered as a secondary prevention of the development of severe forms of PsA.

Keywords: psoriasis, psoriatic arthritis, axial manifestations, enthesitis, dactyl, early appointment of genetically engineered therapy, IL-17A blocker, netakimab



Нужна медицинская книга?
Закажите:

- на сайте www.mbookshop.ru
- по телефону 8 (967) 026-11-09
- по эл. почте zakaz@medcongress.ru

У НАС ДЕШЕВЛЕ!
СРАВНИТЕ ЦЕНЫ
И УБЕДИТЕСЬ
САМИ!





¹ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Москва

² Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

³ Международный институт психосоматического здоровья

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

⁵ Научный центр психического здоровья, Москва

Школы для пациентов с атопическим дерматитом: систематический обзор методологии проведения и оценки эффективности

А.В. Миченко, к.м.н.^{1,2,3}, А.Н. Львов, д.м.н., проф.^{1,2}, Л.С. Круглова, д.м.н., проф.¹, Е.А. Кузьма¹, С.Е. Мартынов³, Д.В. Романов, д.м.н., проф.^{4,5}

Адрес для переписки: Анна Валентиновна Миченко, amichenko@mail.ru

Для цитирования: Миченко А.В., Львов А.Н., Круглова Л.С. и др. Школы для пациентов с атопическим дерматитом: систематический обзор методологии проведения и оценки эффективности. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (39): 14–20.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-39-14-20

Атопический дерматит является одним из наиболее распространенных зудящих дерматозов. При ведении пациентов с атопическим дерматитом необходимо соблюдать комплексный подход, поэтому терапевтический план должен быть дополнен рекомендациями по режиму питания, мытью, рациональному использованию местного лечения и уходу за кожей, а также психоэмоциональной поддержкой пациентов. С целью повышения информированности пациентов с атопическим дерматитом, их комплаентности, повышения эффективности лечения и увеличения продолжительности и качества ремиссии были разработаны школы для пациентов с различными методологиями их проведения.

Цель – изучить по литературным данным спектр применяемых методик обучения пациентов и их эффективность.

Материал и методы. Проведен библиографический поиск в базах данных PubMed, eLibrary, Google Scholar по ключевым словам: «atopic dermatitis», «patient education», «atopic eczema», «effectivity», «атопический дерматит», «школа атопика», «эффективность». В анализ включены работы, содержащие описание методики проведения обучения, критерии и результаты оценки эффективности обучения.

Результаты. При поиске по ключевым словам обнаружены 302 статьи, семь статей содержали информацию о методике проведения обучения и оценке его эффективности и были подвергнуты окончательному анализу. Методы обучения пациентов с атопическим дерматитом разнообразны: применяются индивидуальные и групповые программы, в очном и дистанционном форматах, для разной целевой аудитории (для родителей или опекунов детей с атопическим дерматитом и для самих пациентов), для пациентов разных возрастных категорий. Эффективность проведенных образовательных программ достаточна высока.

Заключение. С учетом современных потребностей недостаточное внимание уделено разработке и оценке эффективности дистанционных программ обучения пациентов с атопическим дерматитом.

Ключевые слова: атопический дерматит, школы для пациентов с атопическим дерматитом

Введение

Атопический дерматит (АтД) – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением,

возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. В структуре кожных заболеваний АтД составляет от 20 до 40%, встречается во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах. Распространенность АтД



среди детского населения составляет до 20%, среди взрослого населения – 2–8%.

Хронический характер АтД приводит пациента к формированию чувства беспомощности, разочарования, застенчивости по поводу своего внешнего вида, оказывает негативное влияние на социальные отношения. Дети с АтД часто имеют плохой, прерывистый сон, ограничения в питании, нарушения поведения, они гиперактивны, раздражительны, беспокойны. Родители и опекуны также испытывают значительные трудности при уходе за ребенком, часто ссылаются на свою беспомощность, невозможность запретить расчесы и неспособность повлиять на зуд ребенка. Родители детей с АтД чаще страдают тревожными и депрессивными расстройствами по причине заболевания у ребенка.

Расчесы и зуд усиливают друг друга при АтД, психосоциальные стрессовые факторы также участвуют в цикле «зуд – расчес». Стрессовое событие может вызвать ощущение зуда и повышенного беспокойства, что в конечном итоге провоцирует расчесывание [1]. Выраженная психосоматическая составляющая при данном дерматозе, по сведениям ряда авторов, отмечается у 40–80% больных, причем в качестве ведущего состояния выступает комплексный тревожно-депрессивный синдром [2]. В настоящее время в разных странах накоплен различный опыт организации школ для проведения терапевтического обучения пациентов. Терапевтическое обучение пациентов – это процесс, ориентированный на пациента, который подразумевает обучение пациентов и/или лиц, осуществляющих уход за ними, определенным навыкам (например, самоконтролю, адаптации к терапии) и проводится подготовленным медицинским работником. Показано, что терапевтическое обучение пациентов помогает увеличить приверженность лечению, предотвратить осложнения и улучшить качество жизни при хронических заболеваниях, таких как диабет, астма и сердечно-сосудистые заболевания.

Терапевтическое обучение пациентов состоит из четырех шагов. Первый шаг направлен на понимание того, что пациент уже знает, во что верит, чего он боится и на что надеется. На втором этапе вместе с пациентом определяются цели обучения (требуемые навыки) в зависимости от его возраста. Третий шаг – приобретение навыков пациентом или его родителями. На этом этапе медицинские работники могут использовать ряд различных образовательных ресурсов (например, ориентированные на пациента методы коммуникации, практические демонстрации и образовательные инструменты). Четвертый шаг подразумевает оценку терапевтического обучения пациентов и является важной частью образовательного процесса. Оценка терапевтического обучения пациентов должна включать биомедицинские результаты, соответствующие психологические показатели, показатели качества жизни и медико-экономические показатели [3].

Для пациентов с АтД в ряде стран организованы обучающие программы, поэтому целью настоящего исследования стало изучение по литературным данным спектра применяемых методик обучения пациентов и их эффективности.

Материал и методы

Проведен библиографический поиск в базах данных PubMed, eLibrary, Google Scholar по ключевым словам: «patient education», «itch», «pruritus» «atopic dermatitis», «atopic eczema», «effectivity», «школа пациента», «зуд», «атопический дерматит», «школа атопика», «эффективность». Критериями включения работ в анализ служили содержание методики проведения обучения пациентов, указание критериев и методов оценки эффективности обучения, а также описание результатов оценки эффективности обучения.

Результаты

При поиске по ключевым словам обнаружено 302 статьи, семь статей содержали информацию о методике проведения, критериях и методах оценки эффективности обучения пациентов с АтД, а также описание результатов оценки его эффективности (таблица). При анализе отобранных статей выявлено, что оценку эффективности обучающих программ для пациентов с АтД проводят в разных странах с использованием многообразия методологических подходов в обучении пациентов. Обучением пациентов занимаются специалисты разного профиля и разного уровня образования: врачи, средний медицинский персонал, психологи, педагоги, философы, фармакологи, спортивные преподаватели, психотерапевты, преподаватели йоги. При этом длительность и программа обучения варьируют от одной консультации в 30 минут до ежедневных консультаций в течение восьми недель, преподавательский состав включает от одной медсестры до нескольких специалистов разного профиля. В качестве обучающихся в подобных программах участвуют как сами пациенты, так и близкие люди, осуществляющие уход за ними. Описан опыт проведения обучения пациентов разных возрастных групп. Также следует отметить разнообразие тем и вопросов программ обучения пациентов: вопросы этиологии, патогенеза заболевания, лечения, ухода за кожей, аспекты питания, психологические аспекты. Используются разные форматы обучения – как очный, так и дистанционный. Оценка эффективности проведения школ проводится с использованием различных методов, шкал и индексов.

Опыт проведения терапевтического обучения пациентов с АтД с оценкой эффективности в России включает клиническое обследование 131 больного АтД в возрасте от 15 до 30 лет, находившегося на амбулаторном и стационарном лечении в клинике кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Терапевтическое обучение пациентов проходило на достаточной выборке. Для удобства восприятия информационных блоков курс был разделен на занятия, на которых кроме теоретической части, представляемой врачом-дерматологом, важная роль была отведена дискуссии пациентов и врача, а также дискуссии между самими обучающимися. Программа включала следующие темы: общие вопросы по АтД, механизмы возникновения зуда, основные методы лечения пациентов с АтД, методы ухода за кожей, обсуждение питания и других вопросов с врачом.

Проведение обучения в школах для пациентов с АтД в России привело к положительной динамике показателей индекса Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD) в основной и контрольной группах [2]. Также в основной группе, где пациенты получали лечение традиционными методами и параллельно проходили курс обучающей программы «Школа для больных атопическим дерматитом», средняя частота аппликаций наружных глюкокортикоидов (ГКС) значительно снизилась. Клиническая эффективность «улучшение/клиническое выздоровление» в исследуемой группе по сравнению с группой контроля увеличилась в 1,2 раза, интенсивность зуда снизилась, время ремиссии увеличилось в 2,5 раза, качество жизни больных повысилось в 3, раза. Можно отметить, что использование в программе как теоретической части, так и дискуссии между врачом и пациентом и между пациентами способствует значительному улучшению прогноза течения АтД, но проведения обучения только врачом-дерматологом недостаточно для комплексного подхода к обучению пациента.

Опыт проведения исследования в Германии. Рандомизированное контролируемое исследование, проведенное в Германии, состояло из нескольких этапов. На первом этапе было отобрано 315 пациентов с АтД. Пациенты были разделены на две группы: 1) пациенты, участвующие в образовательной программе обучения продолжительностью 12 часов в амбулаторных условиях; 2) контрольная. Каждое занятие продолжалось два часа. На втором этапе обучение проводили специалисты междисциплинарной профессиональной группы (дерматологи, психологи, педагоги, диетологи), которые заранее прошли специальную квалификационную подготовку для обеспечения стандартизации обучения пациентов с АтД. Кроме того, все соответствующие процедуры обучения были одобрены исследователями – профессионалами в области дерматологии, психологии, психосоматики, психотерапии, медицинской социологии, питания и исследований в области здравоохранения. Обучение проходило в небольших группах, включающих в общей сложности от пяти до восьми участников. Участники в каждой группе были сопоставимыми по тяжести симптомов на протяжении всего вмешательства. Учебная программа включала следующие темы: общие вопросы по АтД, вопросы ухода и лечения пациентов с АтД, психологические аспекты, аспекты питания, ведение и обсуждение дневников [4].

Проведение программ в школах для пациентов АтД в Германии повлияло на симптомы заболевания, социальную тревожность и эффективность лечения пациентов. Наблюдалось значительное уменьшение катастрофизации зуда, оцененное с помощью опросника для исследования зуда (Juckreiz-Kognitions-Fragebogen, JKF): в группе, где проводилось обучение, этот показатель составил 20,46, в контрольной группе – 20,70. Наблюдалось снижение социальной тревожности, оцененное с помощью Марбургского дерматологического опросника (Marburger-Hautfragebogen, MHF): в группе обучающихся в школе данный показатель составил 39,94, в контрольной группе – 37,46. Наблюдалось снижение бремени субъективных симптомов в группе пациентов,

участвующих в образовательной программе: в группе обучающихся в школе данный показатель составил 6,20, в контрольной группе – 61,56. По результатам оценки с использованием индекса SCORAD обучение пациентов также способствовало значительному улучшению признаков и облегчению симптомов заболевания: в группе обучающихся в школе данный показатель составил 47,89, в контрольной группе – 48,56 [4]. Обучение пациентов специализированной группой специалистов разных направлений, заранее проходивших квалификационную подготовку, положительно повлияло как на процесс обучения, так и на эффективность образовательной программы. Стоит подчеркнуть, что обучение пациентов в группах по несколько человек положительно влияет на восприятие информации и дальнейшую эффективность лечения, а ведение и последующее обсуждение дневников с врачом по вопросам питания, психологического состояния, топического лечения положительно влияют на прогноз заболевания.

Опыт проведения гибридной образовательной программы для матерей детей с АтД в Корее. В исследовании участвовали 23 матери детей с АтД. Для них была предоставлена онлайн-сессия с подробным описанием каждой недели обучения. В нее входили следующие вопросы: принципы лечения АтД, эффективность и необходимость увлажнения кожи, необходимые дозы и методы применения местных кортикостероидов. Программа включала два месяца занятий, которые проводились ежедневно или еженедельно. На данных онлайн-уроках матерям предлагали задавать вопросы или загружать фотографии состояния кожи своих детей в блог группы. Кроме того, администратор блога загружал краткие отчеты еженедельно, чтобы общаться индивидуально с каждым участником. Также эти отчеты были доступны для других участников, чтобы предоставить им информацию об опыте других участниц [6].

В результате проведения гибридной образовательной программы для матерей детей с АтД в Корее онлайн-обучение признано оптимальным методом предоставления медицинских образовательных программ для большого числа людей вследствие его доступности, простоты использования и экономической эффективности. Также онлайн-образование позволяет решить такие проблемы, как нехватка времени, обязанности по работе, по дому, а также различные физические и психологические трудности. Гибридная образовательная программа для матерей детей с АтД оказалась эффективной в снижении их тревожности, повышении эффективности ухода за детьми и уровня знаний матерей по уходу. Сочетание онлайн- и офлайн-образования может быть более эффективным для улучшения результатов обучения с точки зрения целостного образования, чем только онлайн-обучение [6].

Опыт влияния образовательной интернет-программы на тяжесть заболевания, качество жизни и самоэффективность матерей детей с АтД. В общей сложности 40 пар «мать – ребенок» приняли участие в данной программе. Образовательная программа включала в себя две сессии: 1) теоретическая часть; 2) практическая часть обучения пациентов [7].

В результате исследования влияния образовательной интернет-программы на тяжесть заболевания, качество жизни и самооэффективность матерей детей с АтД сделаны следующие выводы: образовательная программа на основе Интернета по уходу за больными предоставляет существенные знания и поддержку матерям, ухаживающим за детьми с АтД, это исследование демонстрирует эффективность образовательной программы на базе Интернета в качестве сестринского вмешательства при АтД. Кроме того, программа может служить в качестве учебного пособия по сестринскому делу для клинической практики. Это сетевое пособие по уходу за больными должно сделать более доступным обучение матерей детей с АтД с учетом ограничения у них свободного времени [7].

Опыт проведения школы для пациентов с АтД в Швейцарии. Многопрофильная образовательная программа HautTief для пациентов с псориазом или АтД состояла из двухчасовых сеансов два раза в неделю в течение девяти недель. Шестьдесят четыре пациента с диагностированным псориазом или АтД были отобраны из Университетской клиники Цюриха и разделены на экспериментальную и контрольную группы. Программа HautTief охватывала широкий круг тем – от информации о заболеваниях кожи, факторах образа жизни, психологических аспектах до возможности обмена опытом. Занятия проводила команда специалистов, включающая дерматолога, медсестру-дерматолога, фармацевта, психиатра, психолога, диетолога, философа, тренера по спорту и йоге [8]. По результатам обучения на третий месяц 13 (44,8%) из 29 пациентов, участвовавших в образовательной программе, достигли улучшения дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) не менее чем на 25% по сравнению с 9 (32,1%) из 28 пациентов контрольной группы. Аналогичные результаты были отмечены на шестом месяце. К девятому месяцу обучения 19 (67,9%) из 28 пациентов в экспериментальной группе и 11 (40,7%) из 27 пациентов из контрольной группы подтвердили улучшение ДИКЖ не менее чем на 25%. Также можно отметить улучшение показателей по шкале Skindex-29 на 25%: у 12 (42,9%) из 28 пациентов в экспериментальной группе по сравнению с 8 (28,6%) из 28 пациентов в контрольной группе через три месяца. Через шесть месяцев улучшение Skindex-29 не менее чем на 25% было достигнуто у 15 (51,7%) из 29 пациентов в группе вмешательства по сравнению с 11 (40,7%) из 27 пациентов в контрольной группе. Обучающая программа положительно повлияла на качество жизни и показатели депрессии у пациентов с АтД.

Опыт проведения одной консультации медицинской сестрой с дальнейшей оценкой влияния на качество жизни детей с АтД в Великобритании. В течение одной получасовой консультации демонстрировали технику нанесения лекарственных средств и давали важные рекомендации. Влияние на семью оценивали при помощи семейного индекса дерматита (Family dermatitis index, FDI), качество жизни оценивали с помощью младенческого опросника по качеству жизни при дерматите (Infants' Dermatitis Quality of Life Index, IDQoL) или

у детей в возрасте 4–16 лет детского дерматологического индекса качества жизни (Children Dermatology Life Quality Index, CDLQI). Базовую оценку проводили через четыре и через 12 недель. По результатам этого исследования сделано заключение: влияние на качество жизни одного занятия с дерматологической медсестрой было незначительным в отношении влияния на семью и не было очевидным по другим критериям как при краткосрочной, так и при долгосрочной оценке [9].

Исследование применения терапевтического обучения пациентов с АтД в некоторых странах мира. Эксперты из 23 больниц, расположенных в 11 странах мира, ответили на опросник, содержащий десять основных вопросов. Опросник включал три основные группы вопросов: профиль пациентов, программа обучения, организация обучения.

По результатам исследования пациенты, участвующие в программах терапевтического обучения, в основном были дети и подростки с АтД средней и тяжелой степени тяжести и пациенты со сниженным качеством жизни. Использовали как индивидуальные, так и групповые подходы к обучению. В зависимости от центра количество сеансов варьировало от одного до шести, соответственно от 2 до 12 часов обучения. Ежегодно наблюдали от 20 до 200 пациентов. Образовательная команда каждого центра состояла из многопрофильных специалистов, включающих врачей, медсестер, психологов. Оценка эффективности была основана на клинической картине, анализе качества жизни пациента, индекса удовлетворенности или комбинации трех этих показателей. Финансирование проводили за счет региональных органов здравоохранения (Франция), страховых компаний (Германия), пожертвований (Соединенные Штаты) или фармацевтических фирм (Япония, Италия). Полученные данные демонстрируют растущий интерес к терапевтическому обучению пациентов с АтД [10]. Опыт проведения школы для пациентов с АтД также был описан во Франции. В группу исследования входили дети с тяжелой формой атопического дерматита, получавшие системную терапию (метотрексат и циклоспорин) и/или ультрафиолетовую терапию или имевшие показатель SCORAD выше 60 в течение двух последовательных амбулаторных консультаций. Образовательная программа включала обсуждение общих вопросов по АтД, по использованию местных кортикостероидов, вопросов, связанных с аллергией, питанием, увлажнением кожи, зудом, применением системной терапии, а также вопросов социальной сферы. Ни один пациент, принявший участие в программе, не был госпитализирован. Показатели SCORAD значительно снизились (с 46,9 до 31,9). Количество пропусков в школе сократилось с двух до одного дня в месяц [11].

Заключение

Эффективность обучения подтверждена достаточно убедительно, однако отмечается отсутствие унифицированного подхода к обучению пациентов. Обучение с участием специалистов различного профиля, имеющих высшее медицинское образование и зара-

Сравнительная характеристика школ для пациентов с АтД в разных странах

Критерии оценки	Германия [4]	Россия [2]	Корея [7]
Специалисты, участвующие в обучении	Дерматолог, психолог или педагог, диетолог	Дерматолог	Интернет-программа
Общая продолжительность/ формат обучения	12 часов/очное обучение	8–10 часов/очное обучение	Две недели/дистанционное обучение
Программа обучения	Общие вопросы по АтД, психологические аспекты, аспекты питания, ведение и обсуждение дневников	Общие вопросы по АтД, механизмы возникновения зуда, основные методы лечения пациентов с АтД, вопросы ухода за кожей, аспекты питания, обсуждение вопросов с врачом	Первая неделя – теоретическая: определение эпидемиологии, этиологии, симптомов АтД, лечения. Вторая неделя – практическая: уход за кожей, лечение симптомов (профилактика зуда и нарушений сна), питание (грудное вскармливание, отлучение от груди, пищевая аллергия и питание при пищевой аллергии), управление окружающей средой (раздражителями/триггерными факторами)
Целевая аудитория	Пациенты от 18 до 65 лет	Пациенты от 15 до 30 лет	40 пар (мать и ребенок)
Методы оценки эффективности	<ul style="list-style-type: none"> ■ Опросник JKE, опросник MHF ■ Опросник Skindex-29 ■ Индекс SCORAD 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Индекс SCORAD ■ Оценка частоты аппликации ГКС ■ Оценка ДИКЖ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Тяжесть АтД – шкала РОЕМ ■ Оценка качества жизни детей с АтД – индекс качества жизни при дерматите у младенцев (IDQoL) ■ Самоэффективность матерей детей с АтД – модифицированный индекс самоэффективности родителей с индексом лечения экземы (Child Eczema. Management Questionnaire, CEMQ)
Эффективность	Значительное снижение катастрофизации зуда; снижение социальной тревожности; снижение бремени субъективных симптомов; значительное улучшение признаков и облегчение симптомов АтД	Снижение показателя SCORAD; снижение средней частоты аппликаций наружных ГКС; повышение клинической эффективности; снижение интенсивности зуда и удлинение ремиссии; повышение качества жизни больных	Снижение тяжести заболевания; повышение качества жизни детей с АтД; повышение самоэффективности матерей детей с АтД



Корея [6]	Швейцария [8]	Великобритания [9]	Франция [11]
Дерматолог, медсестры, ассистент медсестры, координатор программы	Дерматолог, фармаколог, дерматологическая медицинская сестра, спортивный преподаватель, преподаватель йоги, преподаватель по психотерапии осознанности, диетолог, психолог, философ	Медицинская сестра	Медицинские работники
Восемь недель/онлайн-обучение	36 часов 15 минут/очное обучение	Одна консультация в течение 30 минут/очное обучение	12–18 месяцев/очное обучение
Принципы лечения АтД, эффективность и необходимость увлажнения кожи, определение необходимых доз и методов применения местных кортикостероидов	Обучение по уходу за кожей. Работа со стрессом: физическая тренировка, йога, медитация для тренировки осознанности, прогрессивное мышечное расслабление. Обучение по факторам образа жизни: питание, гигиена сна, психодерматология, совладание с заболеванием, отказ от курения, практическая философия. Обратная связь (в группе и индивидуально)	Демонстрация техники нанесения лекарственных средств и консультирование	Обсуждение общих вопросов по АтД, использованию кортикостероидов, вопросам, связанных с аллергией, питанием, увлажнением кожи, зудом, применением системной терапии, а также социальных вопросов
Обучение матерей, у детей которых диагностирован АтД	Взрослые пациенты	Дети от 6 месяцев до 16 лет	Дети с тяжелым АтД, получающие метотрексат и циклоспорин и/или фототерапию или имеющие SCORAD выше 60 в течение двух последовательных амбулаторных консультаций
<ul style="list-style-type: none"> Опросник измерения уровня тревожности Шкала родительского чувства компетентности (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC) 	<ul style="list-style-type: none"> Дерматологический индекс качества жизни (DLQI), Skindex-29, EuroQol-5D (EQ-5D), краткая форма опросника RAND 36 (SF-36), шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI); индекс площади и тяжести экземы (Eczema Area and Severity Index, EASI) 	<ul style="list-style-type: none"> Влияние на семью – FDI Качество жизни –IDQoL или у детей в возрасте 4–16 лет –CDLQI 	<ul style="list-style-type: none"> Оценка числа госпитализаций SCORAD Число пропусков в школе
Снижение тревожности матерей; повышение эффективности ухода за детьми; повышение уровня знаний матерей по уходу	Улучшение качества жизни и показателей депрессии у пациентов с АтД	Влияние на качество жизни одного занятия с дерматологической медсестрой было незначительным в отношении влияния на семью и не было очевидным по другим критериям как при краткосрочной, так и при долгосрочной оценке	После проведения программы ни один пациент не был госпитализирован. Показатели SCORAD значительно снизились (с 46,9 до 31,9). Количество пропусков в школе сократилось с 2 до 1 дня в месяц

нее проходивших квалификационную подготовку, более эффективно, чем проведение обучения одним специалистом со средним медицинским образова-

ем. Также можно сделать вывод о том, что проведение обучения в дистанционном формате эффективно, но нуждается в усовершенствовании. ●

Литература

1. Eichenfield L.F., Kusari A., Han A.M., et al. Therapeutic education in atopic dermatitis: a position paper from the International Eczema Council. *JAAD Int.* 2021; 3: 8–13.
2. Львов А.Н., Косцова Г.Б., Цыкин А.А. Школа атопика – новая форма работы с больными атопическим дерматитом. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2005; 5: 66–69.
3. Barbarot S., Stalder J.F. Therapeutic patient education in atopic eczema. *Br. J. Dermatol.* 2014; 170 (1): 44–48.
4. Heratizadeh A., Werfel T., Wollenberg A., et al. Effects of structured patient education in adults with atopic dermatitis: multicenter randomized controlled trial. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2017; 140 (3): 845–853.e3.
5. Zhao M., Liang Y., Shen C., et al. Patient education programs in pediatric atopic dermatitis: a systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *Dermatol. Ther. (Heidelb.)*. 2020; 10 (3): 449–464.
6. Yoo J.B., De Gagne J.C., Jeong S.S., Jeong C.W. Effects of a hybrid education programme for Korean mothers of children with atopic dermatitis. *Acta Derm. Venereol.* 2018; 98 (3): 329–334.
7. Son H.K., Lim J. The effect of a web-based education programme (WBEP) on disease severity, quality of life and mothers' self-efficacy in children with atopic dermatitis. *J. Adv. Nurs.* 2014; 70 (10): 2326–2338.
8. Sahin U., Sahin U., Tochtermann G., et al. HautTief multidisciplinary educational program for patients with psoriasis or atopic dermatitis: a randomized controlled study. *Dermatology.* 2022; 238 (6): 1050–1059.
9. Chinn D.J., Poyner T., Sibley G. Randomized controlled trial of a single dermatology nurse consultation in primary care on the quality of life of children with atopic eczema. *Br. J. Dermatol.* 2002; 146 (3): 432–439.
10. Stalder J.-F., Bernier C., Ball A., et al. Therapeutic patient education in atopic dermatitis: worldwide experiences. *Pediatr. Dermatol.* 2013; 30 (3): 329–334.
11. Dufresne H., Bekel L., Compain S., et al. Efficiency of a therapeutic patient education programme in children with severe atopic dermatitis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2020; 34 (10): e648–e651.

Schools for Patients with Atopic Dermatitis: Systematic Review of the Methodology for Conducting and Evaluating Effectiveness

A.V. Michenko, PhD^{1, 2, 3}, A.N. Lvov, PhD, Prof.^{1, 2}, L.S. Kruglova, PhD, Prof.¹, E.A. Kuzma¹, S.E. Martynov³, D.V. Romanov, PhD, Prof.^{4, 5}

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

² Medical Scientific and Educational Center of Lomonosov Moscow State University, Moscow

³ International Institute of Psychosomatic Health, Moscow

⁴ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

⁵ Scientific Center of Mental Health, Moscow

Contact person: Anna V. Mishchenko, amichenko@mail.ru

Atopic dermatitis is one of the most common itchy dermatoses. When managing patients with atopic dermatitis, it is necessary to follow an integrated approach, therefore, the therapeutic plan should be supplemented with recommendations on nutrition, washing, rational use of local treatment and skin care, as well as psychoemotional support for patients. In order to increase the awareness of patients with atopic dermatitis, their compliance, increase the effectiveness of treatment and increase the duration and quality of remission, schools for patients with various methodologies for their implementation have been developed.

The aim – to study the range of applied methods of teaching patients and their effectiveness based on literature data.

Material and methods. A bibliographic search was conducted in the PubMed, Elibrary, Google Scholar databases for keywords, "atopic dermatitis", "patient education", "atopic eczema", "effectiveness", "atopic school". The analysis includes works containing a description of the training methodology, criteria and results of evaluating the effectiveness of training.

Results. When searching for keywords, 302 articles were found, seven articles contained information about the methodology of conducting training and evaluating its effectiveness and were subjected to a final analysis. Methods of teaching patients with atopic dermatitis are diverse: individual and group programs are used, in full-time and distance formats, for different target audiences (for parents or guardians of children with atopic dermatitis and for the patients themselves), for patients of different age categories. The effectiveness of the conducted educational programs is sufficiently high.

Conclusion. Taking into account modern needs, insufficient attention is paid to the development and evaluation of the effectiveness of distance learning programs for patients with atopic dermatitis.

Keywords: atopic dermatitis, schools for patients with atopic dermatitis

Онлайн-школа, онлайн-семинар, вебинар



Агентство «Медфорум» ведет трансляции на <https://umedp.ru/online-events/> из видеостудий и подключает спикеров дистанционно (из рабочего кабинета, дома). По всем основным направлениям медицины мы создаем интегрированные программы, используя собственные ресурсы и привлекая лучшую экспертизу отрасли.



Преимущества



Качественная аудитория – в нашей базе действительно врачи – более 100 тыс. контактов из всех регионов РФ. Источники контактов – регистрация на врачебных конференциях, регистрация на сайте с загрузкой скана диплома, подписки на научные журналы



Таргетированная рассылка – выбор врачей для приглашения по специальности, узкой специализации и региону



Собственная оборудованная видеостудия в Москве



Качество подключений к трансляции на неограниченное число участников



Обратная связь с аудиторией – текстовые комментарии (чат) во время трансляции для вопросов спикеру. Ответы в прямом эфире



Учет подключений к просмотру и итоговая статистика



Запись видео публикуется на <https://umedp.ru/> – портале с высокой посещаемостью (открытая статистика Яндекс.Метрики – 12 000 посетителей в день)



Диалог с экспертом



1000+ онлайн-участников

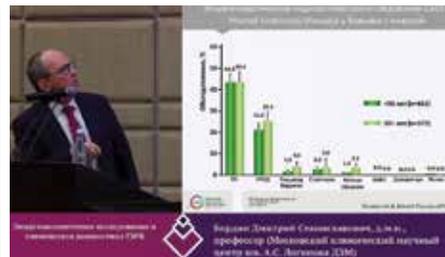


Изображения в 2 окнах (презентация, спикер)



700+ просмотров записи вебинара на YouTube

Еще больше возможностей предложим по вашему запросу



Современные представления о постожоговых рубцовых поражениях

Л.А. Рубцова¹, Л.С. Круглова, д.м.н., проф.¹, М.С. Круглова²

Адрес для переписки: Любовь Алексеевна Рубцова, lubovrubtz@gmail.com

Для цитирования: Рубцова Л.А., Круглова Л.С., Круглова М.С. Современные представления о постожоговых рубцовых поражениях. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (39): 22–26.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-39-22-26

В настоящее время благодаря достижению лучшей выживаемости после заживления тяжелых ожогов основной акцент в уходе за пораженными областями смещается в сторону профилактики и лечения рубцовых деформаций. Патологические постожоговые рубцы – серьезное осложнение ожоговой травмы, характеризующееся длительными неблагоприятными функциональными, эстетическими и психологическими последствиями для пациентов. Современные тенденции в принципах терапии постожоговых рубцов заключаются в поиске комплексных методов с более глубоким и цельным пониманием процесса образования этих поражений.

Ключевые слова: *постожоговые рубцы, гипертрофические рубцы, патологические рубцы, лечение рубцов*

Введение

Ожоговые травмы являются широко распространенной проблемой в современной медицине. Обширный ожог представляет собой острое жизнеугрожающее состояние с поражением практически всех систем органов, приводящее ко многим осложнениям и оказывающее значительное влияние на качество жизни пациентов [1, 2]. Патологически это связано с потерей органной функции кожи, а также запуском активного воспалительного ответа [3].

Специфичность разрешения ожоговых травм обусловлена глубиной, площадью поврежденной поверхности и локализацией ожога; особенностями заживления постожоговых ран, в частности присоединением вторичной инфекции, длительным воспалением и задержкой реэпителизации; индивидуальными параметрами пациента, включающими генетические факторы, иммунологический статус и возраст [1–5]. Все эти параметры зачастую приводят к образованию патологических рубцовых поражений в области повреждения. Сообщается, что частота возникновения гипертрофических рубцов после ожоговых травм варьируется в пределах от 32 до 94%. Эти поражения могут

сильно ограничивать движения в суставах, болеть, быть большим психологическим бременем, что требует грамотно подобранного и комплексного подхода в тактике ведения таких пациентов [6].

Патологические рубцовые поражения

Согласно наиболее актуальной клинической классификации [4], с целью корректного выбора метода лечения различают следующие виды патологических рубцов в зависимости от различий морфологической структуры и давности рубцовой деформации:

- атрофические (остаются свежими до шести месяцев – посттравматические, поствоспалительные, гормонально-зависимые); гипертрофические (остаются свежими до 12 месяцев – посттравматические, поствоспалительные);
- келоидные (остаются свежими до 36 месяцев – посттравматические, поствоспалительные, спонтанные);
- комбинированные (постожоговые).

Кроме того, в зависимости от стадии формирования рубцовой деформации принято выделять незрелые и зрелые рубцы. Незрелые рубцы характеризуются интенсивной эритемой, легкой при-



поднятостью над уровнем здоровой кожи, зудом и болезненностью. Это обусловлено отеком и синтезом коллагена, накопление которого обычно достигает максимума через три недели после повреждения. В течение последующих шести месяцев происходят реорганизация и ремоделирование рубца, в очагах коллаген первого типа становится преобладающим по отношению к коллагену третьего типа, его прочность увеличивается вследствие образования перекрестных связей. В незрелом рубце гистологически наблюдается большое количество воспалительных клеток. Примерно через две недели преобладающими клетками являются макрофаги, рассеянные лимфоциты и редкие тучные клетки. Отмечается увеличение количества фибробластов, в том числе миофибробластов, кровеносных сосудов и эпидермальная гиперплазия (на период до нескольких месяцев) [3–5].

При переходе от незрелого рубца к зрелому ключевым визуальным маркером является разрешение эритемы. Зрелый рубец характеризуется стабильностью, отсутствием эритемы и субъективных ощущений в области повреждения. К этому моменту воспалительные клетки, эндотелиальные клетки и большая часть фибробластов подвергаются апоптозу, рельеф в нормотрофических рубцах сглаживается по отношению к здоровой коже. Коллагеновые волокна идут в нескольких направлениях, придавая рубцу более жесткие биомеханические свойства; они имеют различную ширину в зависимости от генетических факторов и воздействия напряжения, которое оказывало влияние на заживающий незрелый рубец. Количество свободной жидкости в тканях сокращается, что способствует разрешению отека, поэтому рубец становится более плоским. Цвет зрелого рубца варьируется от депигментированного (отсутствие меланоцитов) до гиперпигментированного (характерно для этнических групп с повышенным содержанием меланоцитов в базальном слое эпидермиса, таких как жители Южной Азии, Африки, Ближнего Востока, Средиземноморья и Латинской Америки) [4, 5].

Формирование постожоговых рубцов

Как небольшие, так и обширные тяжелые ожоги инициируют динамический процесс заживления ран, который состоит из нескольких фаз с временным перекрытием каждой следующей стадии [1, 3, 4, 6]:

- воспаление (включает процессы альтерации, экссудации, некролиза);
- пролиферации (обеспечивает формирование грануляционной ткани);
- ремоделирование тканей.

Патофизиологические механизмы восстановления кожных покровов опосредованы сложными каскадами клеточных и биохимических процессов, которые нарушаются в медленно заживающих ожоговых ранах [1, 2]. Такие раны отличаются от других типов повреждений характерными системными

реакциями, развитием гиперметаболического/катаболического состояния [7]. Высвобождение медиаторов воспаления (фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α), интерлейкин (ИЛ) 6, ИЛ-8, ИЛ-1 β), уровень повышения которых в сыворотке крови прямо пропорционален площади ожога, оказывает воздействие на все системы органов, провоцируя таким образом функциональные изменения в работе сердца, легких, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, лимфоидных органов и костного мозга, что при тяжелом течении ожоговой болезни может приводить к синдрому полиорганной недостаточности, присоединению вторичной инфекции и даже летальному исходу [6, 7]. Доказано, что при ожогах, охватывающих более 20% общей поверхности тела, могут происходить такие гиперметаболические, воспалительные и стрессовые реакции, которые вызывают тяжелые последствия, идентичные по ущербу глубоким ожогам более 40% площади поражения. Поэтому, по последним данным, лечение ожогов должно быть направлено на купирование гипергликемии, воспаления, гиперметаболизма [7].

Патогенез образования патологических рубцов, согласно современным представлениям, обусловлен воспалением в глубокой ретикулярной дерме, накоплением клеток воспаления и фибробластов, а также активной неоваскуляризацией и образованием коллагеновых волокон [8].

В норме исходом ранозаживления становится образование тонкого плоского линейного рубца, последовательность восстановления тканей которого стабильна. После первичной агрегации тромбоцитов происходят отложение временного матрикса, куда привлекается пул воспалительных клеток, и последующая пролиферация клеток и тканей, включающая процессы фиброплазии и ангиогенеза. Заживление ран сопровождается клеточным апоптозом с разрешением воспаления. Отложение постоянного матрикса, состоящего из коллагена, начинается в течение трех дней. Максимальное отложение коллагена первого и третьего типов происходит в первые несколько недель, затем в течение нескольких месяцев распада и синтеза коллагена происходит увеличение количества коллагена первого типа, что способствует организации и возрастанию прочности рубца [3, 6].

Но в большинстве случаев, особенно при ожоговых травмах, первоначальное повреждение не является линейным и охватывает большую площадь. Если реэпителизация области повреждения не завершается в течение первых двух-трех недель, то риск образования гипертрофического рубца значительно возрастает, в особенности у детей и взрослых в возрасте до 40 лет. При образовании гипертрофического рубца период накопления коллагена удлиняется до 6–12 месяцев. Рубец характеризуется как распространенный, приподнятый по отношению к здоровой коже, практически никогда не выходящий за пределы ожоговой травмы, утолщенный и очень

жесткий при пальпации. Отмечаются длительно сохраняющаяся эритема, субъективные ощущения интенсивного зуда и даже болезненности [4, 5].

Поверхностные неосложненные ожоги обычно полностью заживают в течение 14 дней после травмы с минимальным образованием рубцовой деформации. При глубоких ожогах заживление более длительное, а также включает реэпителизацию и контракцию раны. При неглубоких ожогах реэпителизация происходит вследствие миграции кератиноцитов из жизнеспособных придатков кожи, залегающих в дерме. Этот процесс начинается уже через несколько часов после ожогового повреждения. При более глубоких ожогах с малым количеством/отсутствием сохранных кожных придатков заживление происходит от краев, а не из центра раны, поэтому для ее полного закрытия необходима контракция. Это дополнительное сокращение обеспечивается постоянным синтезом трансформирующего фактора роста бета (TGF- β), который также влияет на подавление фазы ремоделирования в процессе заживления ран [3, 6].

Развитие гипертрофического рубца зависит от ключевого регулятора TGF- β и его нижестоящих эффекторов. Этот путь стимулирует фибробласты к пролиферации и дифференцировке в миофибробласты, их сокращение и ремоделирование ран, а также к синтезу коллагена. В патологических рубцах чрезмерное отложение внеклеточного матрикса миофибробластами может сохраняться в течение многих лет, поскольку эти клетки не подвергаются нормальному апоптозу. Одним из предполагаемых механизмов такой дисфункции является сверхэкспрессия тканевой трансглутаминазы, которая стабилизирует вновь сформированный матрикс. Кроме того, снижение активности матриксной металлопротеиназы (ММР) приводит к уменьшению деградации коллагена. Происходит увеличение выработки факторов роста (TGF- β , фактор роста соединительной ткани (CTGF) и фактор роста эндотелия сосудов (VEGF)), что является ключевым механизмом образования гипертрофического рубца [6, 8].

Существует корреляция глубины повреждения при ожоге и связанной с ней сигнальной реакции. Чем глубже ожоговая рана, тем больше повреждаются структур, расположенных под эпидермисом, что способствует активизации дополнительных путей заживления. Воздействие на чувствительные нейроны приводит к постоянной стимуляции нервных окончаний с последующим высвобождением нейропептидов и развитием нейрогенного воспаления. Чем глубже рана, тем большую механическую нагрузку несет процесс заживления. Такое механическое напряжение воспринимается механорецепторами поверхностных клеток и преобразуется в биохимические сигналы, стимулирующие дифференцировку миофибробластов и синтез коллагена, – этот феномен известен как механотрансдукция. В механотрансдукции осно-

вополагающую играют роль несколько путей передачи сигналов: TGF- β 1, Rho-киназа (Rho/ROCK), Yes-ассоциированный белок (YAP/TAZ) и белок мегакариобластного лейкоцита 1 (MKL-1/MRTF-A). По мере усугубления тяжести ожоговой раны обнаруживаются отдельные жировые отложения, которые также обладают уникальными сигнальными путями, приводящими к преобразованию фибробластов в миофибробласты и потенциальному образованию гипертрофических рубцов. В основе этих реакций лежат измененные взаимодействия стволовых клеток, активированных в жировой ткани, и выделенного экссудата при глубоких ожоговых повреждениях [6, 8, 9].

По последним данным, важным компонентом в регенерации и заживлении постожоговых ран являются дермальные конусы/жировые купола придатков кожи, которые также содержат мезенхимальные стволовые клетки. Однако этот процесс сложен, и оптимальные сроки стимуляции стволовых клеток и их потенциального терапевтического использования до сих пор не ясны [6].

Дифференциальная диагностика постожоговых рубцов

Гипертрофические рубцы характеризуются эритематозными, зудящими, приподнятыми над уровнем здоровой кожи поражениями, не выходящими за пределы исходной области раны, с наиболее частой локализацией в области суставов и участков, подвергающихся растяжению. Такие рубцы быстро растут в течение 4–12 недель после повреждения и имеют тенденцию к созреванию и сглаживанию своего рельефа с течением времени [10].

Келоидные рубцы, в свою очередь, отличаются разрастанием за пределы исходной области раны, проникновением в окружающие здоровые ткани. Такие рубцы могут образовываться даже спустя годы после полученной травмы, при этом развиваются медленнее, чем гипертрофические рубцы, почти никогда не регрессируют самостоятельно и продолжают расти подобно доброкачественной фибропролиферативной опухоли. Они возникают в результате различных повреждений кожи, таких как царапины, укусы насекомых, вакцинация, перфорация, эрупция, хирургические раны и ожоги. Наиболее часто отмечаются на участках кожи, где отсутствуют волосяные фолликулы, а именно на шее, груди, плечах, верхней части спины, ушных раковинах и животе. Келоиды наиболее распространены среди лиц африканского или азиатского происхождения и, как правило, имеют генетическую предрасположенность. Гипертрофические и келоидные рубцы также различаются структурно, основные различия существуют в размерах и архитектуре построения коллагеновых волокон, их клеточном составе [8, 11].

В келоидных рубцах отмечаются интенсивная воспалительная реакция, значительное увеличение уровня провоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО- α ; преобладание тучных клеток,



T- и B-лимфоцитов в очаге. Кроме того, в келоидах накапливаются альтернативно активированные макрофаги типа M2, которые влияют на активацию фибробластов и образования коллагена. Это способствует поддержанию хронического воспаления, что впоследствии приводит к разрастанию келоида за пределы исходной области раны. При келоидах фибробласты более чувствительны к TGF- β 1, чем в нормотрофических рубцах. Плотность и скорость пролиферации таких образований высоки, тогда как апоптоз клеток менее выражен [8, 12].

В гипертрофических рубцах воспалительная реакция выражена слабее, чем в келоидных, так как интенсивность и продолжительность воспаления в глубокой ретикулярной дерме таких поражений ниже. Количество иммунных клеток в очагах по сравнению с келоидами также в разы меньше. Экспрессия некоторых генов, связанных с провоспалительными цитокинами (например, ФНО- α , ИЛ-1 и ИЛ-10), в гипертрофических рубцах снижена по сравнению с нормотрофическими рубцами [8, 12].

Обнаружение α SMA-позитивных сокращающихся миофибробластов характерно для гипертрофических рубцов. Фибробласты и миофибробласты, простимулированные несколькими факторами роста, такими как TGF- β , фактор роста тромбоцитов (PDGF) и инсулиноподобный фактор роста (IGF), производят большое количество коллагена и других компонентов внеклеточного матрикса, таким образом ускоряя образование фиброзной ткани в патологических рубцах. По результатам некоторых исследований, синтез коллагена в семь раз выше в гипертрофических рубцах и в 20 раз выше в келоидах по сравнению с нормой в здоровой коже [13]. В гипертрофических рубцах соотношение между коллагеном первого и третьего типов (6:1) ниже по сравнению с соотношением таковых в келоидных рубцах (17:1) и, следовательно, ближе к значению нормы в здоровой коже (5:1). В келоидных рубцах количество поперечных связей коллагена в два раза больше, чем в гипертрофических, что обуславливает образование толстых пучков коллагена. Кроме того, уровни многих других компонентов внеклеточного матрикса, таких как гиалуроновая кислота, фибронектин, тенасин и матриксная металлопротеиназа 19 (MMP-19), увеличены при обоих типах патологических рубцов, но их относительная экспрессия и локализация в области поражения могут варьироваться в зависимости от типа патологического рубца [8].

Тактика терапии постожоговых рубцов

Терапевтические методы на ранних сроках направлены на купирование роста рубцов путем устранения различных факторов, способствующих их образованию. Такие методы включают использование препаратов на основе силикона, компрессионную терапию, средства для местного применения (к примеру, содержащие экстракт лука). Использование препаратов и пластырей с содержанием силиконового геля является предпочтительной терапией первой линии. Многие иссле-

дования подтверждают, что такие средства хорошо сочетаются с другими видами терапии и наиболее эффективны именно на ранних сроках [4, 14–19].

Для ведения пациентов с рубцовыми поражениями наиболее актуальны принципы комбинированной терапии. Клинический опыт многих специалистов и имеющиеся научно обоснованные данные свидетельствуют о том, что использование нескольких методов различного характера воздействия более эффективно по сравнению с использованием одного фактора в монотерапии. Так, возможны сочетания аппаратных, инъекционных методик и пластической хирургии [4, 14–19]. Локальные инъекции глюкокортикоидов часто используются для лечения гипертрофических рубцов и могут быть дополнены блеомицином, ботулотоксином, 5-фторурацилом и/или верапамилом. Такие методы могут быть применены на всех этапах реабилитации и хорошо сочетаются с аппаратными методиками [4, 15]. Особое внимание следует уделять правильному применению лазерной терапии в качестве ранней профилактики и лечения постожоговых рубцов. При возникновении эритемы, телеангиэктазий рекомендовано как можно раньше начинать лазерную терапию после тщательной оценки заживления ран, образования контрактур и острых язвенных дефектов. Варианты лазерных методов лечения являются фракционная лазерная терапия (включая абляционную и неабляционную) и сосудистая лазерная терапия (импульсная лазерная терапия на красителях, лазерная терапия на неодим-иттрий-алюминиевом гранате, лазерная терапия с калий-титанилфосфатом и устройства интенсивного импульсного света) для попеременного или комбинированного использования [4, 14].

Клинический алгоритм профилактики и лечения постожоговых рубцов сложен и требует индивидуального подхода, состоящего из комбинированных или альтернативных методов лечения, включающих наложение силиконовых гелевых пластин, пресотерапию, массаж/физиотерапию, применение инъекций глюкокортикоидов, фторурацила, ферментативных препаратов, аппаратную терапию и хирургическое лечение (W- и Z-образная пластика при зрелых гипертрофических рубцах и контрактурах) [4, 14, 15, 18].

Регулярная оценка является ключевым фактором во всем процессе лечения рубцовых поражений, она включает протоколирование объективных и субъективных изменений в характеристиках рубцов, эффективности предшествующего лечения с целью дальнейшей его актуализации. Существуют различные шкалы для помощи в объективной оценке рубцовых поражений: Vancouver Scar Scale (VSS), Visual Analog Scale (VAS), Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS). Рекомендуются вести динамичный и эффективный алгоритм лечения до тех пор, пока не будет достигнуто удовлетворение от курса проведенной терапии со стороны пациента и специалиста [14, 19].

Выводы

1. Постожеговые рубцы вызывают значительное снижение качества жизни пациентов вследствие изменения функциональных и эстетических свойств кожного покрова и подлежащих тканей.
2. Появление новых концепций в патофизиологии развития постожоговых рубцовых поражений позволяет совершенствовать методы лечения рубцов, что способствует улучшению прогноза и качества жизни пациентов.
3. Применение комплексных индивидуализированных подходов к профилактике и терапии постожоговых рубцовых поражений позволяет добиться наиболее высоких результатов в тактике ведения пациентов. ●

Литература

1. Wang Y., Beekman J., Hew J., et al. Burn injury: challenges and advances in burn wound healing, infection, pain and scarring. *Adv. Drug Deliv. Rev.* 2018; 123: 3–17.
2. Hall C., Hardin C., Corkins C.J., et al. Pathophysiologic mechanisms and current treatments for cutaneous sequelae of burn wounds. *Compr. Physiol.* 2011; 8 (1): 371–405.
3. Kang S. *Fitzpatrick's Dermatology*. 9th edn., 2-volume set. 2019; 2.
4. Мантурова Н.Е., Круглова Л.С., Стенько А.Г. Рубцы кожи. Клинические проявления, диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
5. Mustoe T.A. International scar classification in 2019. In: *Textbook on Scar Management: State of the Art Management and Emerging Technologies* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2020. Chapter 9. 2020.
6. Chiang R.S., Borovikova A.A., King K., et al. Current concepts related to hypertrophic scarring in burn injuries. *Wound Repair Regen.* 2016; 24 (3): 466–477.
7. Stanojic M., Abdullahi A., Rehou S., et al. Pathophysiological response to burn injury in adults. *Ann. Surg.* 2018; 267 (3): 576.
8. Karppinen S.M., Heljasvaara R., Gullberg D., et al. Toward understanding scarless skin wound healing and pathological scarring. *F1000Res.* 2019; 8.
9. Rose L.F., Wu J.C., Carlsson A.H., et al. Recipient wound bed characteristics affect scarring and skin graft contraction. *Wound Repair Regen.* 2015; 23 (2): 287–296.
10. Zhu Z., Ding J., Tredget E.E. The molecular basis of hypertrophic scars. *Burns Trauma.* 2016; 4: 2.
11. Mari W., Alsabir S.G., Tabal N., et al. Novel insights on understanding of keloid scar: article review. *J. Am. Coll. Clin. Wound Spec.* 2016; 7 (1-3): 1–7.
12. Ogawa R. Keloid and hypertrophic scars are the result of chronic inflammation in the reticular dermis. *Int. J. Mol. Sci.* 2017; 18: 606.
13. Xue M., Jackson C.J. Extracellular matrix reorganization during wound healing and its impact on abnormal scarring. *Adv. Wound Care.* 2015; 4 (3): 119–136.
14. Lv K., Xia Z. Chinese expert consensus on clinical prevention and treatment of scar. *Burns Trauma.* 2018; 6: 27.
15. Monstrey S., Middelkoop E., Vranckx J.J., et al. Updated scar management practical guidelines: non-invasive and invasive measures. *J. Plast. Reconst. Aesthet. Surg.* 2014; 67 (8): 1017–1025.
16. Kopp R., Deilmann A., Limper U. Behandlung thermischer Verletzungen des Erwachsenen. *Anaesthesist.* 2022; 71 (5): 377–383.
17. Carney B.C., Bailey J.K., Powell H.M., et al. Scar management and dyschromia: a summary report from the 2021 American burn association state of the science meeting. *J. Burn Care Res.* 2023; 44 (3): 535–545.
18. Obaidi N., Keenan C., Chan R.K. Burn scar management and reconstructive surgery. *Surg. Clin.* 2023; 103 (3): 515–527.
19. Da Costa P.T.L., Echevarría-Guanilo M.E., Gonçalves N., et al. Subjective tools for burn scar assessment: an integrative review. *Adv. Skin Wound Care.* 2021; 34 (6): 1–10.

Modern Conceptions About Post-burn Scars

L.A. Rubtsova¹, L.S. Kruglova, PhD, Prof.¹, M.S. Kruglova²

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Lyubov A. Rubtsova, lubovrubtz@gmail.com

Currently, due to the increasing survival rate after burn injuries, the main focus of treatment of the affected areas is shifting towards the prevention and treatment of scars. Pathological post-burn scar is a serious complication of burn injury, characterized by long-term adverse functional, aesthetic and psychological consequences for the patient. Modern trends in the treatment of post-burn scars require the search for complex methods using a more profound and comprehensive understanding of the process of formation of these lesions.

Keywords: postburn scars, hypertrophic scars, pathological scars, treatment of scars



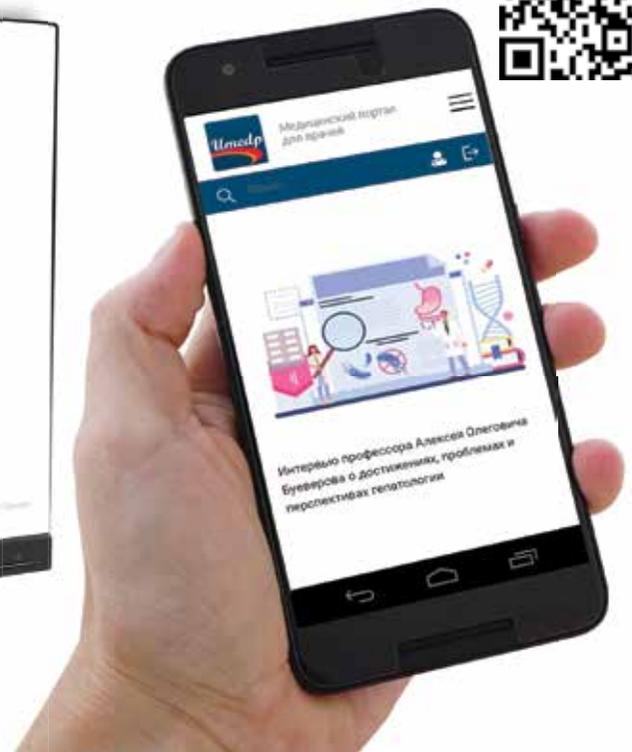
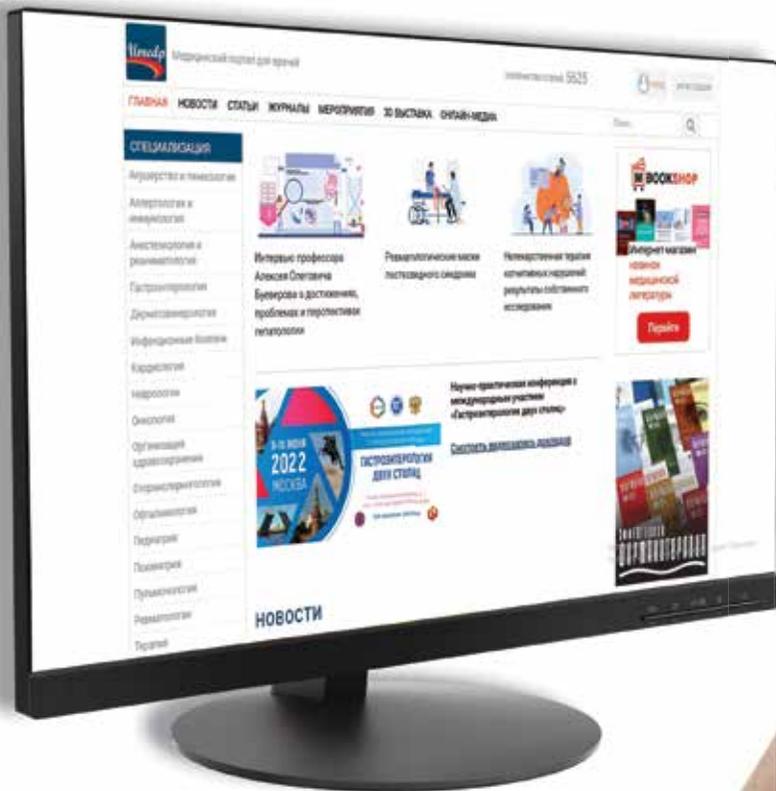
Прямой эфир на медицинском портале для врачей uMEDp.ru



Онлайн-школы, онлайн-семинары, вебинары, конгрессы, конференции

- Все основные направления медицины
- Актуальные темы в выступлениях лучших экспертов
- Дискуссии, клинические разборы, лекции
- Качество подключений к трансляции
- Неограниченное число участников
- Обратная связь со спикером, ответы в прямом эфире
- Электронная рассылка с записью видео после эфира

Сетка вещания <https://umedp.ru/online-events/>



Также на портале читайте научные обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости.

Регистрируйтесь на портале, чтобы быть в курсе



**МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**
UMEDP.RU



<https://vk.com/vk.medforum>



<https://www.youtube.com/umedportal>

Вопросы этиологии и патогенеза атрофических рубцов

С.Ю. Долгих, А.Г. Стенько, д.м.н., проф., Н.В. Грязева, к.м.н.

Адрес для переписки: Наталья Владимировна Грязева, tynrik@yandex.ru

Для цитирования: Долгих С.Ю., Стенько А.Г., Грязева Н.В. Вопросы этиологии и патогенеза атрофических рубцов. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (39): 28–31.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-39-28-31

В статье описаны основные причины формирования атрофических рубцов (АР): 58% случаев рубцовых деформаций приходится на АР, при этом из них 65% – рубцы постакне, 25% – посттравматические рубцы, 7% – послеоперационные рубцы и 3% – результат применения кортикостероидов. Также дано представление об основных факторах патогенеза, играющих роль в развитии АР, и описаны современные подходы к терапии АР.

Ключевые слова: атрофические рубцы, стрии, патогенез, терапия

Рубцовые деформации являются одной из наиболее частых причин обращения в лечебные учреждения дерматологического или косметологического профиля, при этом, по данным О.С. Озерской (2004), атрофические рубцы (АР) составляют подавляющее большинство (60,3%) случаев обращений за медицинской помощью в профильные учреждения [1]. Аналогичную статистику опубликовала Н.А. Данилина (2002) – 58% случаев рубцовых деформаций приходится на АР, при этом из них 65% – рубцы постакне, 25% – посттравматические рубцы, 7% – послеоперационные рубцы и 3% – результат применения кортикостероидов [2]. По данным С.Г. Течиевой (2016), основными причинами АР являются акне – 28,3%; прием стероидных препаратов (системных и топических кортикостероидов, стероидных гормонов) – 19,9%; гормональные изменения (беременность) – 16,1%; метаболический синдром – 12,2%; травмы (операционные разрезы, механические травмы) – 9,4% [3].

Основной причиной развития стрий являются различные гормональные факторы, преимущественно эстрогены или кортикостероиды. Так, в период беременности и лактации вследствие гормональной перестройки, а в ряде случаев и на фоне набора избыточного веса в местах наибольшего натяжения кожи (грудь, живот, бедра) формируются АР [4]. Ожирение, метаболический синдром по схожим механизмам приводят к развитию АР [5]. Формирование АР может быть спровоцировано увеличением мышечной массы, что довольно часто наблюдается у бодибилдеров или лиц, употребляющих стероиды для набора мышечной массы. Гормональная перестройка в пубертатном периоде, быстрый рост или набор веса могут привести к появлению АР [6]. При этом на развитие гормонально зависимых АР могут влиять и наследственные факторы.

Важным фактором в формировании АР являются эстрогены. Исследования *in vitro* показали, что половые гормоны оказывают воздействие на такие важные стадии заживления ран, как воспаление и пролиферация. Эстрогены контролируют синтез изоформ трансформирующего фактора роста бета (TGF- β), повышая его уровень, и образование рецепторов TGF- β , которые играют важную роль в синтезе коллагена, а значит, и в формировании атрофических и патологических рубцов. Наличие рецепторов эстрогенов на поверхности фибробластов указывает на возможность прямой регуляции функции этих клеток эстрогенами [7].

Роль воспалительной реакции и, в частности, функция макрофагов и нейтрофилов в формировании рубцов активно изучаются. По данным ряда авторов [8], дисфункция работы этих лейкоцитов приводит к образованию патологических или АР. В печени истощение макрофагов во время раннего восстановления снижает образование рубцов; однако, если эти клетки истощаются после того, как закладывается внеклеточный матрикс, процесс фиброобразования нарушается [9]. В коже раннее истощение макрофагов после травмы нарушает формирование нормальной грануляционной ткани и реэпителизации, тогда как истощение на средней стадии приводит к снижению нормального развития сосудов, способствующего возникновению кровотечения; на поздней стадии истощения макрофагов характер образования рубцов изменяется [10]. Доказано, что многие нейтрофилы подвергаются апоптозу на месте воспаления, есть также доказательства обратной миграции нейтрофилов из очагов воспаления [11]. В других исследованиях высказано предположение о том, что нейтрофилы играют активную роль в разрешении воспаления вследствие истощения хемоаттрактантов, которые изначально привлекли их к месту воспаления [12].



Как указано выше, макрофаги и другие клетки врожденного и адаптивного иммунного ответа способствуют восстановлению тканей. Однако различные механизмы, которые модулируют функцию макрофагов на разных этапах заживления, полностью не изучены. Условия в местах воспаления могут быть неблагоприятными для эффективного репаративного процесса из-за сочетания инфекции, гипоксии и накопления метаболитов, при этом биоэнергетические возможности макрофагов и нейтрофилов все еще плохо изучены. Эти биоэнергетические возможности характеризуются активацией множества метаболических путей, включая гликолиз, цикл трикарбоновых кислот, пентозофосфатный путь, синтез и окисление жирных кислот [13].

Понимание значимости проразрешающих молекул, продуцируемых макрофагами и другими иммунокомпетентными клетками в очагах воспаления, может способствовать разработке новых терапевтических стратегий лечения рубцов, прежде всего с противовоспалительной направленностью [14].

Механизм формирования АР на молекулярном уровне обусловлен локальным лизисом белковых компонентов соединительной ткани в ответ на действие триггерных факторов и в определенной степени носит универсальный характер [15]. Группа исследователей под руководством Т.У. Гафарова (2013) с помощью введения в дерму протеолитического фермента (коллагеназы) воспроизвели экспериментальную модель АР у лабораторных крыс. Последующее гистологическое исследование ткани кожи крысы, проведенное через определенные интервалы времени, показало, что развитие АР проходит несколько стадий: первично наблюдался отек и присутствовал геморрагический компонент, в дальнейшем формировалось асептическое воспаление с последующим развитием атрофии [16]. При этом гистологическая ткань АР характеризовалась истончением всех слоев кожи при сохраненной структуре эпидермально-дермальных слоев на фоне снижения васкуляризации тканей [17].

Распространенность стрий среди беременных женщин и подростков, по данным различных авторов, варьирует в пределах 43–88 и 6–86% соответственно [18]. Среди лиц, страдающих ожирением, с индексом массы тела (ИМТ) 27–51 распространенность стрий доходит до 43%. Результаты исследований других групп пациентов, таких как небеременные женщины и взрослые мужчины, также показывают различную распространенность стрий. Так, у девочек-подростков вследствие растяжения кожи во время интенсивного роста и отчасти гиперактивности надпочечников стрии встречаются в 72–77% случаев с преимущественной локализацией на коже бедер, груди и ягодиц [19]. У юношей в период пубертата в результате интенсивного роста и гиперактивности надпочечников стрии отмечаются в 6–86% случаев. У взрослых мужчин данная патология встречается реже – около 11% – с локализацией на коже ягодиц. У лиц с фототипом IV–VI стрии встречаются гораздо чаще, чем при фототипе I–II, степень их тяжести и локализация зависят от пола и возраста пациента. У подростков стрии чаще локализируются в нижней части

спины и области коленей, у женщин преимущественная локализация – кожа бедер, при беременности стрии формируются у 75–90% пациенток, в основном в области живота и груди [20].

Наиболее часто в литературе описываются гормонально зависимые рубцы при беременности или у подростков. Существуют данные об определенных факторах риска формирования АР у данных категорий пациентов: в подростковом и детском возрасте это прежде всего высокий ИМТ (ожирение) и метаболические нарушения; при беременности факторы риска могут быть связаны с конституцией или течением самой беременности. Также при беременности конституциональными факторами риска являются возраст пациентки (в молодом возрасте риски выше), ИМТ до беременности, отягощенный анамнез, курение, а факторами, связанными с течением беременности, – вес при рождении, гестационный возраст, увеличение ИМТ во время беременности, многоводие [21].

При беременности наиболее критическим в плане рисков формирования АР считается конец второго триместра (20–24-я недели). В этот период частота возникновения стрий, по данным ряда авторов, составляет 61% и риск повышается при быстром или избыточном наборе массы тела, а также отягощенном акушерском анамнезе (самопроизвольные, искусственные аборт) [22].

Описана и генетическая предрасположенность к развитию АР: развитие гормонально зависимых АР у монозиготных близнецов, семейный анамнез, генодерматозы, а также представлена серия семейных случаев при синдроме Марфана. При гистологическом исследовании гормонально зависимых АР наблюдается снижение темпов миграции и пролиферации фибробластов, что подтверждает генетическую составляющую АР [23]. В самой большой геномной базе данных к настоящему времени изучены четыре локуса, связанных с образованием АР, но конкретные гены еще не определены [24]. Существуют три теории, связанные с механизмами формирования стрий, которые при ряде АР могут быть взаимно дополняющими [25]:

- механическое растяжение кожи;
- гормональные изменения;
- врожденные нарушения структуры эпидермально-дермальных слоев.

Механическое растяжение часто разрешается как атрофический кожный рубец, в котором промежутки дермального матрикса заполнены новыми, аномально расположенными волокнами коллагена и эластина.

Однако именно гормональные изменения в конечном счете играют ведущую роль. Так, адренокортикотропный гормон и кортизол активируют фибробласты, катаболизм белков, что приводит к изменению коллагеновых и эластических волокон, а также модулируют клеточную продукцию компонентов внеклеточного матрикса вследствие изменения клеточной среды [26]. При гормонально зависимых АР отмечается повышение по сравнению с нормальной кожей содержания эстрогена и рецепторов андрогена. Наблюдается низкий уровень релаксина в сыворотке у беременных с АР по сравнению с пациентками без АР. Также отмечается

Эффективные методы коррекции стрий [по 28]

Источник	Количество пациентов	Средний возраст/пол (муж/жен)	Метод	Количество процедур	Интервал между процедурами (недели)
Yang, 2011	24	38,4/(0/24)	Неабляционный Er:glass лазер CO ₂ -фракционный лазер	3	4
Naein, 2012	92	–/(0/92)	CO ₂ -фракционный лазер + третиноин	5	2–4
Hexsel, 2014	32	16,9/(0/32)	Микродермабразия + третиноин	4	4
Ibrahim, 2015	68	21,8/(14/54)	Микродермабразия + PRP-терапия	6	2
Taieb, 2016	40	31,5/(0/40)	CO ₂ -фракционный лазер + IPL	10	2
Khate, 2016	20	33,5/(0/20)	CO ₂ -фракционный лазер + микронидлинг	3	4
Gamil, 2018	30	28,0/(3/27)	PRP-терапия + третиноин	3	4
Hodeib, 2018	20	46,5/(0/20)	PRP-терапия + карбокситерапия	4	3–4
Zaleski-Larse, 2018	20	39,5/(0/20)	Неабляционный Er:glass лазер + Nd:YAG лазер	3	3
Ahmed, 2019	45	28,5/(0/45)	PRP-терапия + карбокситерапия + RF-терапия	5	1
Naspolini, 2019	20	35,0/(0/20)	Неабляционный Er:glass лазер + микронидлинг	5	4
Sobh, 2019	17	–/(0/17)	CO ₂ -фракционный лазер + микронидлинг	5	4
Soliman, 2019	33	33,3/(5/28)	CO ₂ -фракционный лазер + микронидлинг	3	4
Tian, 2019	18	35,8/(0/18)	RF-терапия + третиноин	3	12

снижение экспрессии генов проколлагена и фибронектина в тканях при AP [23].

Дисбаланс глюкокортикоидов также имеет отношение к образованию стрий, поскольку они вызывают катаболический ответ фибробластов, уменьшение эластина и коллагена. Этот эффект аналогичен при топическом применении кортикостероидов.

Рубцы вызывают дискомфорт, особенно при расположении на открытых участках тела, а также отрицательно влияют на качество жизни и самооценку пациентов. Несмотря на многочисленные исследования, отсутствие унифицированного подхода к проблеме лечения AP, подробной клинико-морфологической классификации приводит к тому, что врачи эмпирически выбирают тактику ведения пациентов, что обуславливает ненадежность или даже отсутствие эффекта, необходимость проведения многочисленных повторных курсов терапии, значительные экономические затраты. Для решения вопроса о способах лечения AP определяющее значение имеют их клиническая разновидность, срок существования, так как при различных фенотипах AP необходимо применение разных методов терапии и их методологии.

Исследования, проведенные A.C. Schwingel и соавт., не смогли продемонстрировать влияние какой-либо диеты по программе похудения и любого типа упражнений на клинические симптомы стрий [27].

На сегодняшний день для коррекции стрий широко применяются топические средства, микродермабразия, лазерная терапия, светотерапия, RF-терапия, карбокситерапия, микродермабразия, инъекции обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP), однако их эффективность умеренная [29]. В доступной литературе нет четкого ранжирования этих методов лечения с точки зрения их клинической эффективности и особенно удовлетворенности пациентов.

В доступной литературе по ключевым словам было выявлено 1350 потенциально релевантных статей. В итоге только 14 статей содержали данные с доказательной базой (таблица) по эффективности неабляционного лазера, CO₂-фракционного лазера, Nd:YAG-лазера, интенсивного импульсного света, третиноина, карбокситерапии, инъекций богатой тромбоцитами плазмы, микродермабразии, биполярной радиочастотной терапии, микроигл и комбинированных методов лечения. Общее количество участников в этих исследованиях составило 651 человек.

Лечение пациентов с данной патологией связано с определенными трудностями и представляет сложность для практических врачей. В связи с этим очень важно понимать механизмы действия различных терапевтических методов, выбирать наиболее эффективные из них и обеспечивать правильное консультирование пациентов для оптимизации результатов лечения. ●

Литература

1. Озерская О.С. Рубцы кожи. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2004; 4: 50–57.
2. Гейниц А.В., Данилин Н.А., Доронин В.А. Лазерная дермабразия при лечении дефектов кожи в амбулаторных условиях. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2003; 1: 27–32.

3. Течиева С.Г. Комбинированное применение фореа экстракта плаценты и лазерных технологий в коррекции атрофических рубцов: автореф. дисс. ... канд мед. наук. М., 2016.
4. Корчажкина Н.Б., Шептий О.В., Круглова Л.С. и др. Коррекция атрофических рубцов кожи лица методом фракционной абляции. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2011; 3: 23–28.
5. Эндокринология. Национальное руководство. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
6. Болотова Н.В., Лазебникова С.В., Аверьянов А.П. Особенности формирования метаболического синдрома у детей и подростков. Педиатрия. 2007; 3: 35–39.
7. Круглова Л.С., Течиева С.Г., Стенько А.Г., Шматова А.А. Современный взгляд на инновационные методы терапии патологических рубцовых деформаций. Клиническая дерматология и венерология. 2014; 5: 105–117.
8. Liu Y., Yang D., Xiao Z., Zhang M. MiRNA expression profiles in keloid tissue and corresponding normal skin tissue. Aesthetic Plast. Surg. 2012; 36: 193–201.
9. Henderson N.C., Rieder F., Wynn T.A. Fibrosis: from mechanisms to medicines. Nature. 2020; 587: 555–566.
10. Lucas T., Waisman A., Ranjan R., et al. Differential roles of macrophages in diverse phases of skin repair. J. Immunol. 2010; 184: 3964–3977.
11. Ellett F., Elks P.M., Robertson A.L., et al. Defining the phenotype of neutrophils following reverse migration in zebrafish. J. Leukoc. Biol. 2015; 98 (6): 975–981.
12. Weisenberger D.J., Velicescu M., Cheng J.C., et al. Role of the DNA methyltransferase variant DNMT3b3 in DNA methylation. Mol. Cancer Res. 2004; 2: 62–72.
13. O'Neill L.A., Pearce E.J. Immunometabolism governs dendritic cell and macrophage function. J. Exp. Med. 2016; 213 (1): 15–23.
14. Serhan C.N. Novel lipid mediators and resolution mechanisms in acute inflammation: to resolve or not? Am. J. Pathol. 2010; 177 (4): 1576–1591.
15. Wang K., Ross N., Osley K., et al. Evaluation of a 1540-nm and a 1410-nm nonablative fractionated laser for the treatment of striae. Dermatol. Surg. 2016; 42: 225–231.
16. Гафаров Т.У., Еникеев Д.А., Идрисова Л.Т. и др. Моделирование атрофического рубцового дефекта кожи у лабораторных животных. Успехи современного естествознания. 2013; 6: 28–42.
17. Мантурова Н.Е., Круглова Л.С., Стенько А.Г. Рубцы кожи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
18. Chang A.L., Agredano Y.Z., Kimball A.B. Risk factors associated with striae gravidarum. J. Am. Acad. Dermatol. 2004; 51: 881–885.
19. Hessel D., Soirefmann M., Porto M.D., et al. Superficial dermabrasion versus topical tretinoin on early striae distensae: a randomized, pilot study. Dermatol. Surg. 2014; 40: 537–544.
20. Bolognia J.L., Jorizzo J., Rapini R.P. Dermatology. 2nd ed. Vol. 1–2. Maryland Heights, MO: Mosby, 2007.
21. Liu L., Huang J., Wang Y., Li Y. Risk factors of striae gravidarum in Chinese primiparous women. PLoS One. 2018; 13 (6): e0198720.
22. Шехтман М.М., Варламова Т.М., Бурдули Г.М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных. М.: Триада-Х, 2001.
23. Ross N.A., Ho D., Fisher J., et al. Striae distensae: preventative and therapeutic modalities to improve aesthetic appearance. Dermatol. Surg. 2017; 43 (5): 635–648.
24. Elsaie M.L., Hussein M.S., Tawkk A.A., et al. Comparison of the effectiveness of two fluences using long-pulsed Nd:YAG laser in the treatment of striae distensae. Histological and morphometric evaluation. J. Lasers Med. Sci. 2016; 31: 1845–1853.
25. Gilmore S.J., Vaughan B.L. Jr, Madzvamuse A., Maini P.K. A mechanochemical model of striae distensae. Math. Biosci. 2012; 240: 141–147.
26. Thornton M.J. Estrogens and aging skin. Dermatoendocrinol. 2013; 5: 264–270.
27. Schwingel A.C., Shimura Y., Nataka Y., Kazunori O. Exercise and striae distensae in obese women. Med. Sci. Sports Exerc. 2003; 35: S33.
28. Tian T., Luo Y.J., Wang H., et al. Efficacy and safety of a subablative bipolar fractional radiofrequency system combined with topical tretinoin in treating striae gravidarum: a randomized pilot study. Dermatol. Surg. 2019; 45: 1245–1252.
29. Forbat E., Al-Niaimi F. Treatment of striae distensae: an evidence-based approach. J. Cosmet. Laser. Ther. 2019; 21: 49–57.

Questions of Etiology and Pathogenesis of Atrophic Scars

S.Yu. Dolgikh, A.G. Stenko, PhD, Prof., N.V. Gryazeva, PhD

Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow

Contact person: Natalia V. Gryazeva, tynrik@yandex.ru

This article describes the main causes of the formation of atrophic scars: 58% of cases of scar deformities are atrophic scars, while 65% of them are post-acne scars, 25% are post-traumatic scars, 7% are postoperative scars and 3% are the result of corticosteroids. It also gives an idea of the main pathogenesis factors that play a role in the development of atrophic scars and describes modern ideas about approaches to the treatment of atrophic scars.

Keywords: atrophic scars, striae, pathogenesis, therapy



Существуют ли проблемы диагностики и лечения бактериальных инфекций кожи?

Ведущие эксперты в области дерматологии рассмотрели практические подходы к диагностике и лечению бактериальных инфекций кожи. Особое внимание было уделено вопросам рационального использования современных топических препаратов в дерматологической практике.



К.м.н., доцент
Л.П. Котрехова

Как отметила доцент кафедры дерматовенерологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, к.м.н. Любовь Павловна КОТРЕХОВА, несмотря на обширный опыт в области дерматологии, вопросы диагностики и лечения бактериальных инфекций кожи остаются актуальными. Гнойничковые заболевания кожи (пиодермии) – наиболее распространенные инфекции кожи человека, которые вызываются гноеродными бактериями. Впервые термин «пиодермиты» был предложен в 1891 г. Н. Leloir. В настоящее время в Российской Федерации для определения бактериальных инфекций кожи чаще используется термин «пиодермия». За рубежом этот термин не получил широкого применения. В частности, для определения инфекции кожи и мягких тканей, поверхностных пиодермий

Пиодермии: эпидемиология, этиология и патогенез

используется термин «импетиго», а при инфекции подкожно-жировой клетчатки и подлежащих тканей – «целлюлит», «эризипеллоид», «абсцесс».

Пиодермии – заболевания кожи, развивающиеся при проникновении в кожу патогенных микроорганизмов (транзитной микрофлоры), главным образом стафилококков и стрептококков, а при снижении защитных сил организма – вследствие трансформации собственной условно-патогенной (резидентной) микробиоты. Следует отметить, что в клинической практике все реже встречаются изолированные формы пиодермий, такие как стафилодермия, стрептодермия. Вместе с тем в роли возбудителя пиодермии нередко выступают так называемые представители резидентной микробиоты. Например, эпидермальный стафилококк может становиться агрессивным в условиях иммуносупрессии или действия широкого спектра лекарственных препаратов.

Как известно, пиодермии представляют собой первичные инфекции кожи. Тем не менее на фоне бактериальных инфекций осложняется течение ряда кожных заболеваний, что приводит к вторичному инфицированию, прежде всего при atopическом дерматите, экземе,

псориазе и др. Кроме того, вторичное инфицирование кожи может быть следствием инфекционных поражений внутренних органов и систем (септикопиемия, натеchnики, абсцесс, свищ и т.д.). Бактериальные инфекции также способны вызывать кожные реакции, в частности узловатую эритему, пиоаллергиды и васкулиты кожи.

Докладчик подчеркнула, что при выборе схемы лечения пиококковых инфекций кожи следует четко определять характер инфекции – первичный или вторичный. Первичное поражение кожи, как правило вызванное возбудителями одного рода или вида, требует этиотропной терапии. Раньше преимущество отдавалось антибактериальным препаратам широкого спектра действия, теперь ситуация изменилась. В настоящее время доказано, что назначение антибиотиков широкого спектра действия при первичной пиодермии способствует развитию дисбиоза, рецидивов и осложнений. Современным рациональным подходом считается применение узконаправленного антибактериального средства, такого как мупирицин, воздействующего на возбудителей первичной пиодермии.

В свою очередь в сложных случаях вторичного инфицирова-



Сателлитный симпозиум компании ООО «Гленмарк Импэкс»

ния, например при варикозной экземе, осложненной бактериально-грибковой инфекцией, к воспалительному процессу, вызванному бактериями, образующими биопленки, присоединяется грибковая инфекция. При вторичном инфекционном процессе, осложняющем течение дерматозов, назначают топическую комбинированную терапию, направленную на снижение воспаления и устранение бактериально-грибковой флоры. В частности, комбинация глюкокортикостероида (ГКС), антибиотика-аминогликозида и противогрибкового средства, входящая в состав комбинированного препарата Кандидерм, позволяет контролировать и лечить инфекционные процессы при дерматозах, осложненных вторичной инфекцией.

Систематический обзор распространенности пиодермии и импетиго в педиатрической популяции показал, что свыше 162 млн детей в мире страдают от пиодермий. Прежде всего речь идет о странах с низким и средним уровнем дохода. Заболеваемость различными видами пиодермий и их распространенность среди детей в три раза превышает таковые среди взрослых.

По данным метаанализа 89 рандомизированных исследований (1970–2014), зарегистрированная распространенность импетиго и пиодермии среди детей в мире варьируется от 0,9 до 90% в зависимости от региона. Так, в странах Тихоокеанского региона (Океания) частота случаев бактериальной инфекции кожи составляет 40,2%, в Африке – 7%, Азии – 7,3%, Австралии – 44,5%. При этом чаще болеют дети из семей с низким уровнем дохода. В группах с низким дохо-

дом населения в Северной Америке импетиго и пиодермией страдают 13,3% детей. Распространенность пиодермии среди детей разного возраста различна. Чаще болеют дети в возрасте до девяти лет. Дети более старшего возраста и взрослые люди болеют реже¹.

Анализ данных о локализации проявлений пиодермии показал, что чаще поражаются нижние конечности (58%), реже – верхние конечности (18%) и голова, лицо, шея, туловище (38%)¹. Возбудителями пиодермий, как правило, являются стафилококки (*Staphylococcus aureus*) и стрептококки (*Streptococcus pyogenes*) – 70–90 и 10–30% случаев соответственно. Однако на данный момент в этиологии пиодермии первостепенную роль играют микст-инфекции, в большинстве случаев с участием стафилококков и стрептококков. Кроме того, отмечается увеличение встречаемости метициллинрезистентных штаммов золотистого стафилококка (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, MRSA)².

В этиологии пиодермий значимое место занимают представители резидентной флоры кожи, в том числе *Corynebacterium*, *Propionibacterium acnes*. Все чаще причиной инфекционных заболеваний кожи становятся *Proteus vulgaris*, пневмококки, синегнойная палочка и ряд других возбудителей, как правило, в ассоциациях со стафилококками и стрептококками.

В основе патогенеза инфекционных заболеваний кожи лежат нарушения баланса между макроорганизмом и микроорганизмами. К факторам, способствующим развитию пиодермии, относят патогенные свойства микроорганизмов (продукция

токсинов, ферментов и других биологически активных веществ, способность препятствовать активации врожденной иммунной системы или противостоять действию иммунитета), снижение защитных сил организма (нарушение естественной резистентности кожи, факторы, снижающие сопротивляемость макроорганизма), нарушение целостности кожного покрова (входные ворота для инфекции).

Естественная резистентность кожи к различным микроорганизмам обусловлена особенностями ее строения. Непроницаемость рогового слоя, постоянное отшелушивание, относительная сухость нормальной кожи, поддержание кислого рН, антибактериальный эффект липидов кожи, антимикробные пептиды на поверхности кожи, в экзокринных потовых железах и в составе слюны, собственная врожденная иммунологическая защита – далеко не полный перечень свойств, обеспечивающих барьерную функцию кожи. Важно, что с возрастом и в определенных условиях защитные свойства кожи могут изменяться.

По словам Л.П. Котреховой, сегодня перед дерматологами стоят новые вызовы, связанные с появлением неизвестных до сих пор патогенов и развитием у известных возбудителей дополнительных факторов патогенности, вирулентности и резистентности к антибактериальным препаратам.

Лабораторные методы диагностики при пиококковых инфекциях применяются достаточно редко. Тем не менее в ряде случаев для уточнения диагноза могут потребоваться бактериологический посев материала из очага

¹ Bowen A.C., Mahé A., Hay R.J., et al. The global epidemiology of impetigo: a systematic review of the population prevalence of impetigo and pyoderma. PLoS One. 2015; 10 (8): e0136789.

² Клиническая дерматовенерология: в 2-х т.: руководство для врачей. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. Т. 1. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.



на различные питательные среды, определение чувствительности к антибиотикам (при подозрении на MRSA), окраска мазков по Граму. При хроническом, рецидивирующем течении пиодермии у пациентов проводят посев материала из носовой полости. Для исключения постстрептококкового гломерулонефрита иногда выполняют анализ мочи.

Сегодня известно 33 вида стафилококков (*Staphylococcus*), из них 17 – обитатели кожи и слизистых. Выделяют коагулазоположительный золотистый стафилококк (*S. aureus*) и коагулазоотрицательный стафилококк (*S. epidermidis*). Соответственно *S. epidermidis* является обитателем всего кожного по-

крова человека и может вызывать поверхностные и инвазивные инфекции.

При длительном применении антибактериальных или дезинфицирующих средств нарушение естественной нормобиоты кожи приводит к размножению штаммов *S. aureus* – агрессивного патогена, который вырабатывает экзотоксины, способные вызвать кожные и системные симптомы. Наиболее устойчивым к антибактериальному лечению штаммом золотистого стафилококка считается MRSA. При инфекции, вызванной MRSA, применяют более высокие дозы препаратов, увеличивают продолжительность лечения или используют альтернативное ан-

тибактериальное средство, к которому данный вид MRSA еще чувствителен.

Что касается инфекции, вызванной стрептококками, наиболее опасным представителем этой группы микроорганизмов является бета-гемолитический стрептококк. Приблизительно 10% людей в популяции являются бессимптомными носителями стрептококковой инфекции.

В заключение Л.П. Котрехова подчеркнула, что самыми распространенными инфекциями кожи остаются бактериальные инфекции и знание особенностей течения пиодермий позволит практическому врачу своевременно подобрать эффективное лечение.



Д.м.н., профессор
А.В. Самцов

Заведующий кафедрой и клиникой кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор Алексей Викторович САМЦОВ подробно рассмотрел современные подходы к дифференциальной диагностике поражений кожи различной этиологии.

Импетиго представляет собой бактериальную инфекцию поверхностных слоев кожи. Как уже отмечалось, основными возбудителями импетиго являются стафилококки и стрептококки. Выделяют буллезное и небуллезное импетиго. На практике встречаются случаи импетиго,

Профессорский разбор клинических случаев

клиническая картина которого сходна с таковой ряда дерматозов. В связи с этим необходимо проводить дифференциальную диагностику инфекционных поражений кожи с дерматозами, учитывая особенности морфологических элементов кожной сыпи.

Эритематозная (себорейная) пузырчатка, или синдром Сенира – Ашера, – редкий локальный вариант листовидной пузырчатки. В ряде случаев клиническая картина при этом заболевании может быть сходна с таковой импетиго. Высыпания при эритематозной пузырчатке и импетиго могут локализоваться на одних и тех же участках: на волосистой части головы, в престеральной области. Начальная стадия заболевания характеризуется появлением пузырей, которые при вскрытии образуют эрозии или подсыхают с образованием корок. Однако механизм формирования этих элементов при эритематозной пузырчатке и импетиго различен. При эритематозной пузырчатке субкорнеальные пузыри образуются

вследствие акантолиза, тогда как при импетиго – в результате воздействия токсинов бактерий. По данным гистологического исследования, при себорейной пузырчатке выявляются акантолитические полости на уровне зернистого слоя или верхних отделов шиповатого слоя.

По словам докладчика, данные гистологического исследования крайне важны для дифференциальной диагностики буллезных дерматозов. Кроме того, для диагностики эритематозной пузырчатки применяют иммунофлюоресцентный метод исследования (прямая реакция иммунофлюоресценции, РИФ). У больных пузырчаткой определяется поверхностное межклеточное отложение иммуноглобулина (Ig) G.

Более редким вариантом заболевания является IgA-зависимая пузырчатка – везикуло-пустулезный дерматоз, который часто поражает туловище и проксимальные отделы конечностей, волосистую часть головы и заушные складки. Характеризуется возникновением мелких



Сателлитный симпозиум компании ООО «Гленмарк Импэкс»

пузырей, эрозий, корок. При этом элементы сливаются, растут по периферии, формируя фестончатые очертания. В настоящее время выделяют субкорнеальный пустулезный IgA-дерматоз, при котором образуется субкорнеальный пузырь, и интраэпидермальный нейтрофильный IgA-дерматоз – полость образуется супрабазально, как при вульгарной пузырчатке.

Диагноз IgA-пузырчатки основывается на клинических проявлениях, особенностях гистологической картины и данных прямой РИФ. В ходе гистологического исследования определяют субкорнеальный или супрабазальный акантолиз, с помощью РИФ – отложение IgA на протяжении всего эпидермиса или в верхней части. Для наиболее полной оценки тяжести течения IgA-пузырчатки можно рекомендовать проведение иммуноферментного анализа (ИФА).

Клинические проявления линейарного IgA-дерматоза также похожи на импетиго. Классическая форма заболевания характеризуется формированием аннулярных напряженных пузырей, пятен, волдырей. Четкий диагноз линейарного IgA-дерматоза можно поставить только на основании прямой РИФ, которая покажет линейное отложение IgA в области базальной мембраны.

В литературе описаны случаи линейарного IgA/IgG-дерматоза. Это дерматоз кожи и, как правило, слизистой полости рта, характеризующийся одновременным линейным отложением в зоне базальной мембраны IgA и IgG³.

Вульгарная пузырчатка (*pemphigus vulgaris*) характеризуется образованием пузырей и язв на коже и слизистых оболочках. Иногда при ограни-

ченной локализации это заболевание в течение длительного периода времени лечат как импетиго и только после распространения процесса воспаления на другие участки ставят диагноз *pemphigus vulgaris*.

В клинической практике при дифференциальной диагностике воспалительных высыпаний на коже, сопровождающихся эрозиями, субэпидермальным образованием пузырей, следует учитывать наличие таких форм бактериальных инфекций кожи, как буллезное импетиго, пузырьный дактилит, а также различных видов аутоиммунных буллезных дерматозов, например буллезного пемфигоида. В подобных случаях диагноз устанавливают на основании гистологического исследования и прямой РИФ.

Профессор А.В. Самцов подчеркнул, что алгоритм лечения буллезных дерматозов включает не только системную терапию, но и топическую терапию антибактериальными мазями. Так, топический препарат Супирицин (мупирицин) оказывает выраженное бактерицидное действие в отношении возбудителей пиодермий. В то же время благодаря современной гидрофильной основе он может назначаться при заболеваниях кожи, сопровождающихся эрозиями с выраженной экссудацией.

Далее спикер рассмотрел особенности диагностики заболеваний, проявляющихся воспалительными поражениями кожи в виде папул. Яркий пример высыпаний воспалительных папуло-пустул – фолликулит – воспаление волосяного фолликула. Фолликулит может быть вызван стафилококком или липофильными дрожжами рода *Malassezia* (*Malassezia folliculitis*). Дифференциальная диагностика фолликулитов часто бывает затруднена, поскольку клиниче-

ские признаки малассезия-фолликулита сходны с таковыми фолликулитов бактериальной этиологии. В идеале диагноз фолликулита устанавливают на основании клинических проявлений и обнаружения возбудителей, однако, как показывает практический опыт, подозрение на наличие малассезия-фолликулита возникает в тех случаях, когда не помогает терапия, направленная против стафилококкового фолликулита.

Эозинофильный фолликулит является редким хроническим, стерильным фолликулитом неизвестной этиологии, характеризующимся рецидивирующими высыпаниями в виде зудящих папул и пустул в себорейных зонах лица и туловища. Определяется на основании клинической картины, анамнеза, лабораторных данных и гистологического исследования.

Грамотрицательный фолликулит обычно развивается у больных акне на фоне длительного применения системных антибиотиков (тетрациклинов). Воспалительный процесс начинается локализоваться вокруг рта, в основном проявляется папулами, пустулами и торпидно протекает на фоне терапии акне.

Стероидные акне развиваются как побочная реакция на системные или топические ГКС.

К редким заболеваниям, проявляющимся папулами неправильной формы, пронизанными волосами, относят диссеминированный рецидивирующий инфундибулярный фолликулит (болезнь Хитча и Лунда).

Пациентам с болезнью Гровера (транзиторный акантолитический дерматоз) также в качестве первичного диагноза нередко устанавливают диагноз остиофолликулита или фолликулита. На самом деле это редкий доброкачественный дерматоз, который характеризуется папуловезикулезной зудящей

³ Самцов А.В., Белоусова И.Э. О линейарном IgA/IgG буллезном дерматозе. Вестник дерматологии и венерологии. 2010; (2): 43–47.



сыпью с гистологическими признаками акантолиза с дискератозом. Как правило, это заболевание развивается у пожилых людей с сухой кожей. Диагноз болезни Гровера устанавливают только на основании гистологического исследования.

Еще одним редким заболеванием в практике дерматолога является эрозивный пустулезный дерматоз волосистой части головы. Первичный элемент при этом заболевании – спонгиозная пустула, подобная таковой при нейтрофильных дерматозах, в частности при гангренозной пиодермии. Диагноз эрозивного пустулезного дерматоза волосистой части головы подтверждается на основании данных гистологического исследования: в инфильтрате помимо большого количества лимфоцитов присутствует множество нейтрофилов, эозинофилов.

Кроме того, к редким заболеваниям, сопровождающимся образованием папул, можно отнести перфорирующий коллагеноз, эруптивные ксантомы. Отличительным клиническим признаком этих заболеваний является полусферическая форма папул. Окончательный диагноз устанавливается на основании данных гистологического исследования.

Характеристика язвенных поражений при пиодермиях также имеет особенности. Пример глубокого пустуло-язвенного бактериального поражения кожи – эктима. Заболевание редко встречается в повседневной клинической практике. Гангренозная эктима вызывается различными микроорганизмами, в основном *Pseudomonas aeruginosa*, *S. aureus* и *Str. pyogenes*, у лиц с ослабленным иммунитетом и выраженной бактериемией.

Относится к бактериальным окклюзионным васкулопатиям. Диагноз гангренозной эктимы устанавливается на основании данных глубокой биопсии, выявления окклюзии сосудов.

В свою очередь гангренозная пиодермия – редкий нейтрофильный дерматоз, возникающий на фоне системной патологии и проявляющийся быстро развивающимися болезненными кожными язвами с воспалительным валиком по периферии. Диагноз устанавливается на основании данных гистологического исследования.

Резюмируя сказанное, профессор А.В. Самцов отметил, что многообразие форм поражений кожи и принципиальные различия в подходах к лечению диктуют необходимость повышения уровня профессиональной дифференциальной диагностики с целью оптимизации терапии.



Д.м.н., профессор
Е.А. Аравийская

Профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, д.м.н. Елена Александровна АРАВИЙСКАЯ акцентировала внимание на проблеме профилактики и лечения пиодермий. Она отметила, что при лечении пиодермии необходимо соблю-

Практические аспекты терапии и профилактики

дать три основных принципа: учитывать предрасполагающие факторы, препятствовать диссеминации процесса и рационально воздействовать на очаг воспаления.

Предрасполагающие факторы развития пиодермии подразделяют на экзогенные и эндогенные. Эндогенные факторы – очаги хронической инфекции (со стороны лор-органов, одонтогенная, урогенитальная патология и др.), эндокринные заболевания (сахарный диабет, гиперкортицизм и др.), хронические интоксикации (алкоголизм, наркомания, токсикомания), нарушения питания (гиповитаминозы, белковая недостаточность), иммунодефицитные состояния (лечение ГКС, цитостатиками, иммунодепрессантами, ВИЧ/СПИД и др.).

К экзогенным факторам относят микро- и макротравмы кожи (расчесы, порезы, потертости, укусы насекомых), мацерацию рогового слоя, загрязнение кожи (бытовое и профессиональное), общее и местное переохлаждение и перегревание. Даже самые простые бытовые действия или условия деятельности человека могут стать экзогенными факторами пиодермии. Так, множественные остиофолликулиты и фолликулиты способны образовываться в зоне постоянного бритья. Кроме того, в группе риска развития стафилококковой пиодермии находятся люди, профессиональная деятельность которых связана с длительным контактом с морской водой (серферы, пловцы, дайверы, байдарочники и др.). Оказывается, морская вода – переносчик *S. aureus*⁴.

⁴ Torregrossa M.V., Casuccio A. Correlation between staphylococcal skin infections and sea bathing: a case-control study. Ann. Ig. 2001; 13 (1): 19–24.



Сателлитный симпозиум компании ООО «Гленмарк Импэкс»

Плотная и влажная одежда также является предрасполагающим фактором развития фолликулитов и остеофолликулитов у пловцов, лиц, занимающихся конным спортом, и т.д. Безусловно, к группе риска развития первичных и вторичных пиодермий относятся пациенты, которым выполняют косметические процедуры в домашних условиях.

Таким образом, выявление и устранение предрасполагающих факторов развития пиодермии – первоочередная задача при ведении пациентов.

Под рациональным воздействием на очаг воспаления при пиодермии понимают применение методов наружной (топические антибиотики, топические дезинфицирующие средства) и системной терапии (системные антибактериальные препараты, прежде всего амоксициллина клавуланат). Основными показаниями к назначению системных антибактериальных препаратов служат:

- распространенность и глубина процесса;
- неэффективность наружного лечения;
- общие явления (подъем температуры тела, озноб, недомогание, слабость);
- осложнения (лимфангит, лимфаденит, абсцесс, флегмона и др.);
- сопутствующие иммуносупрессивные заболевания и состояния.

Доказано, что наиболее эффективными препаратами для лечения пиодермии являются антибиотики. Накопленные данные свидетельствуют о том, что при ограниченном импетиго топи-

ческие антибиотики имеют преимущество перед системными антибактериальными препаратами и топическими дезинфицирующими средствами⁵.

Стремительное распространение антибиотикорезистентности возбудителей инфекционных заболеваний, в том числе кожи и мягких тканей, диктует необходимость выбора новой стратегии применения антибактериальных препаратов. Неоправданное использование антибиотиков широкого спектра действия сопровождается высоким риском селекции антибиотикорезистентных штаммов патогенов и сапрофитной микрофлоры, а также более высоким риском развития других нежелательных реакций. Современный подход к антимикробной терапии подразумевает выбор антибактериального препарата узкого спектра, способного подавить наиболее актуальных возбудителей заболевания⁶. Следует отметить, что внедрение в дерматологическую практику нового антибиотика для топического применения мупироцина открыло новую веху в лечении бактериальных инфекций кожи. Мупироцин получен из культуры *Pseudomonas fluorescens*, антимикробная активность которой была впервые обнаружена еще в 1887 г. В конце 1960-х гг. А.Т. Fuller и соавт. выделили и очистили из культуры *P. fluorescens* NCIB 10586 монокарбохиновую кислоту с определенным антибактериальным действием, названную псевдомониевой кислотой^{7, 8}.

Мупироцин (Супирицин), демонстрирующий высокую клиническую эффективность и благоприятный профиль безопасности в лечении пиодермий, включен в Федеральные клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов с высоким уровнем убедительности и достоверности (A1+)⁶.

По данным метаанализа, самые эффективные топические антибиотики для лечения импетиго у детей – мупироцин, обладающий бактерицидным действием, и фузидиевая кислота с бактериостатическим действием. Такие препараты, как бацитрацин, эритромицин, неомицин, рифампицин, не рекомендуются к назначению из-за отсутствия доказательной базы. Детям мупироцин назначают два-три раза в день в течение 7–10 дней. Допускается применение мупироцина под окклюзионной повязкой⁹. Вопросы выбора антибактериального препарата отражены во многих международных рекомендациях. Рациональное использование противомикробных препаратов имеет решающее значение для предотвращения развития резистентности микроорганизмов. Использование новых безопасных и эффективных местных антибиотиков направленного действия, таких как мупироцин, в первой линии является важным шагом в борьбе с антибиотикорезистентностью¹⁰.

В настоящее время мупироцин (Супирицин) сохраняет максимально высокий антибактериальный потенциал против *S. aureus*, в том числе штаммов MRSA, в от-

⁵ Hartman-Adams H., Banvard C., Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. Am. Fam. Physician. 2014; 90 (4): 229–235.

⁶ Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации. Под ред. С.В. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского, Т.В. Спичак. М.: Пре100 Принт, 2016.

⁷ Богданович Т.М., Страчунский Л.С. Мупироцин: уникальный антибиотик для местного применения. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 1999; 1 (1): 57–65.

⁸ Fuller A.T., Mellows G., Woolford M., et al. Pseudomonic acid: an antibiotic produced by *Pseudomonas fluorescens*. Nature. 1971; 234 (5329): 416–417.

⁹ Galli L., Venturini E., Bassi A., et al. Common community-acquired bacterial skin and soft-tissue infections in children: an intersociety consensus on impetigo, abscess, and cellulitis treatment. Clin. Ther. 2019; 41 (3): 532–551.

¹⁰ Schachner L.A., Torrelo A., Grada A., et al. Treatment of impetigo in the pediatric population: consensus and future directions. J. Drugs Dermatol. 2020; 19 (3): 281–290.



личие от многих антибактериальных препаратов других классов. По данным исследований, чувствительность *S. aureus* к мупироцину достигает 98%, а резистентность MRSA-штаммов – 2%¹¹.

Уникальный механизм действия мупироцина основан на подавлении синтеза бактериальных белков вследствие специфического связывания с транспортной РНК-синтетазой^{3,7}.

В многочисленных исследованиях убедительно доказана высокая эффективность топического применения мупироцина (Супироцина) в лечении пиодермий. Выраженное бактерицидное действие Супироцина позволяет значительно сократить срок лечения. Уже на пятый день применения Супироцина клиническое выздоровление наступает у 77,5% пациентов, на 15-й день применения – у 100%¹².

В исследованиях по оценке антимикробного потенциала топических антибиотиков также продемонстрировано значимое преимущество мупироцина перед фузидовой кислотой. Установлено, что 27% штаммов стафилококков, выделенных при инфекции кожи, устойчивы или умеренно чувствительны к фузидовой кислоте¹³.

С. Stefanaki и соавт. оценили распространенность резистентных штаммов золотистого стафилококка, выделенных при инфекциях кожи и мягких тканей, к различным антибиотикам. Показано, что устойчивость микроорганиз-

мов к фузидовой кислоте почти в 2 раза выше, чем к мупироцину. Кроме того, высокий процент MRSA-штаммов устойчивы к эритромицину, фузидовой кислоте, клиндамицину и тетрациклину¹⁴. По словам профессора Е.А. Аравийской, эффективность топического препарата во многом зависит от особенностей его лекарственной формы. Особый состав нежирной, гидрофильной мазовой основы позволяет использовать Супироцин при различных поражениях кожи, в том числе на очагах с экссудативным воспалением, при эрозивных поражениях кожи.

Профессор рассмотрела ряд клинических примеров, характеризующих эффективность современного подхода к топической терапии пиодермий с применением 2%-ной мази Супироцин. Препарат Супироцин продемонстрировал высокую клиническую эффективность и выраженное противовоспалительное действие у пациентов с пиодермиями, которые возникли после косметологических манипуляций (аблятивной лазерной шлифовки рубцовых деформаций постакне, периорбитальной аблятивной лазерной шлифовки). После 3–5 дней нанесения топического препарата Супироцин на пораженные участки кожи у пациентов отмечались уменьшение выраженности воспаления и положительная динамика клинической картины.

Сегодня в дерматологической практике все чаще наблюдают-

ся случаи развития вторичных инфекций кожи при хронических дерматозах. У пациентов с atopическим дерматитом, распространенной экземой течение хронического дерматоза осложняется вторичной инфекцией. В большинстве случаев развитие инфекционного процесса связано с особенностью иммунного ответа и микробиоты кожи при этих состояниях.

При вторично инфицированных дерматозах в очагах поражения наблюдается выраженный дисбиоз кожи, соответственно развивается воспаление в ответ на активацию условно-патогенной флоры. При вторичном инфицировании хронических дерматозов целесообразно назначать топическую комбинированную терапию – ГКС в сочетании с антимикотиками и антибиотиками¹⁵.

В исследованиях последних лет показано, что ГКС являются самыми эффективными из известных лекарственных противовоспалительных средств, действующих на все фазы воспаления и различные типы воспалительной реакции. Топические ГКС нормализуют микробиом кожи как в очагах поражения, так и в здоровой на вид коже¹⁶.

Сегодня в арсенале дерматологов имеется комбинированный препарат Кандидерм с таргетным действием для топического применения. Препарат представляет собой не имеющую аналогов комбинацию современного ГКС беклометазона дипропионата 0,025%,

¹¹ Мурашкин Н.Н., Глузмин М.И., Скобликов Н.Э. и др. Роль метициллинрезистентных штаммов золотистого стафилококка в патогенезе тяжелых форм atopического дерматита в детском возрасте. Пути достижения ремиссии. Вестник дерматологии и венерологии. 2012; 1: 66–74.

¹² Самцов А.В., Стаценко А.В., Хайрутдинов В.Р., Чаплыгин А.В. Сравнительное исследование клинической эффективности 3% тетрациклиновой мази и 2% мази мупироцина в терапии пиодермий. Вестник дерматологии и венерологии. 2012; 3: 86–90.

¹³ Сергеев А.Ю., Бурцева Г.Н., Сергеева М.А. Новые концепции и поиски решения проблемы стафилококковых инфекций в дерматологии. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2019; 3: 48–52.

¹⁴ Stefanaki C., Ieronymaki A., Matoula T., et al. Six-year retrospective review of hospital data on antimicrobial resistance profile of *Staphylococcus aureus* isolated from skin infections from a single institution in Greece. *Antibiotics (Basel)*. 2017; 6 (4): 39.

¹⁵ Самцов А.В., Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. М.: Литтерра, 2021.

¹⁶ Gonzalez M.E., Schaffer J.V., Orlov S.J., et al. Cutaneous microbiome effects of fluticasone propionate cream and adjunctive bleach baths in childhood atopical dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2016; 75 (3): 481–493.



Сателлитный симпозиум компании ООО «Гленмарк Импэкс»

антибиотика широкого спектра действия гентамицина сульфата 0,1% и антимикотика широкого спектра противогрибкового действия клотримазола 1,0%.

Профессор Е.А. Аравийская акцентировала внимание на характеристике одного из трех активных компонентов препарата Кандидерм – ГКС беклометазона. Накопленные данные достоверно свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности беклометазона. На протяжении последних десятилетий препарат широко использовался не только в качестве наружной терапии воспалительных дерматозов, но и в ингаляционных формах для лечения пациентов с бронхиальной астмой, в форме назальных спреев для терапии пациентов с аллергическим ринитом, а также в кишечнорастворимых формах для применения в комплексном лечении пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона. Благодаря механизму биоактивации беклометазон оказывает быстрый и выраженный противовоспалительный эффект только в очаге воспаления. Аффинность рецепторов его метаболита, беклометазона-17-монопропионата, в 30 раз превышает аффинность исходного соединения (беклометазона дипропионата).

Результаты исследований показали, что Кандидерм благодаря свойствам входящих в него молекул демонстрирует высокую эффективность в сочетании с лучшим профилем безопасности по сравнению с другими топическими препаратами для лечения дерматозов. В отечественном исследовании сравнивали эффективность и безопасность топических комбинированных препаратов у больных атопическим дерматитом, осложненным вторичной инфекцией. В группе Кандидерма было отмечено более быстрое уменьшение выраженности симптомов (шелушение, сухость кожи, зуд), чем в группе пациентов, получающих комбинированный препарат, в состав которого входил бетаметазон¹⁷. Роль применения топической терапии препаратом Кандидерм в ведении пациентов с экземой и атопическим дерматитом была продемонстрирована в работах российских ученых. На фоне лечения Кандидермом у 96% пациентов с экземой и у 95% пациентов с атопическим дерматитом отмечено быстрое снижение интенсивности симптомов заболеваний¹⁸. Первичная профилактика пиодермий состоит в своевременной антисептической обработке трещин, микротравм кожи, раневых

поверхностей. Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиваться гнойничковые поражения кожи. Вторичная профилактика пиодермий включает периодические медицинские осмотры и при необходимости проведение противорецидивной терапии. Важно помнить, что носительство *S. aureus* может быть причиной возникновения рецидивирующих пиодермий и вторичного инфицирования дерматозов при хронических воспалительных дерматозах. Кроме того, важным направлением профилактики пиодермий является поддержание барьерных свойств кожи с помощью эмоленов при хронических воспалительных дерматозах.

В завершение своего выступления профессор Е.А. Аравийская констатировала, что при лечении большинства пиодермий используют топические антибиотики. Лидером среди топических антибактериальных препаратов является Супироцин. На определенном этапе лечения вторично инфицированных дерматозов эффективным методом терапии является комбинированный препарат Кандидерм, который характеризуется высоким профилем безопасности при вторично инфицированных дерматозах.

Рациональный выбор топического глюкокортикостероида и антибиотика

Профессор кафедры молекулярной фармакологии и радиобиологии им. акад. П.В. Сергеева Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Александр Сергеевич ДУХАНИН аргументировал выбор оптимального ГКС и антибактериального препарата для лечения

бактериальных инфекций кожи с точки зрения фармаколога. На сегодняшний день хорошо известны требования к современному топическому ГКС-препарату: высокая эффективность, минимальный риск местных и системных нежелательных реакций, разнообразие лекарственных форм, возможность применения у детей,



Д.м.н., профессор
А.С. Духанин

¹⁷ Матушевская Е.В., Масюкова С.А., Скрипкина П.А. и др. Топические комбинированные кортикостероидные препараты в лечении атопического дерматита. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2009; 2: 14–19.

¹⁸ Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э. Этиопатогенетическая терапия воспалительных дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии. 2018; 94 (2): 78–83.



На сегодняшний день хорошо известны требования к современному топическому ГКС-препарату: высокая эффективность, минимальный риск местных и системных нежелательных реакций, разнообразие лекарственных форм, возможность применения у детей, отсутствие аллергической реакции в месте нанесения, косметологическая привлекательность, минимальное число аппликаций на кожу в течение суток, доступная цена. В полной мере этим требованиям отвечает беклометазон, входящий в состав препарата Кандидерм

отсутствие аллергической реакции в месте нанесения, косметологическая привлекательность, минимальное число аппликаций на кожу в течение суток, доступная цена. В полной мере этим требованиям отвечает беклометазон, входящий в состав препарата Кандидерм.

Беклометазон входит в группу сильных ГКС (III класс) с выраженной противовоспалительной, противозудной активностью и благоприятным профилем безопасности.

Топические ГКС отличаются друг от друга прежде всего химической структурой. Именно она определяет их индивидуальные свойства. Как известно, в основе ГКС лежат производные холестерина, холестериновое ядро. Холестерин, встречая липидную мембрану, встраивается в нее. ГКС легко проникают в плазматическую мембрану, где связываются с внутриклеточными рецепторами. В фармакологии для активации проникновения ГКС через мембрану используется галогенирование с помощью четырех галогенов: фтора, хлора, брома и йода. Хлор доминирует, поскольку имеет более высокую силу связывания по сравнению с йодом или бромом, но не такую сильную, как у фтора. Соединения, содержащие фтор, формируют «жесткую молекулу», тогда как молекулы, содержащие хлор, считаются управляемыми. Бекло-

метазона дипропионат в отличие от бетаметазона вместо фтора содержит хлор.

Баланс эффективности и безопасности при использовании беклометазона обеспечивают его уникальные свойства. Беклометазона дипропионат – пролекарство с выраженным таргетным противовоспалительным и противозудным действием. Под влиянием эстераз беклометазона дипропионат превращается в свой активный метаболит – беклометазона-17-монопропионат, имеющий сродство к глюкокортикоидному рецептору, который и оказывает клинический эффект. Именно этим объясняются эффективность и безопасность беклометазона, входящего в состав препарата Кандидерм.

Докладчик рассказал об основных правилах выбора эффективного антибиотика для лечения пиодермии. Он отметил, что мишенями для воздействия антибиотика служат бактериальные клетки. К их отличительным свойствам можно отнести клеточную стенку (пептидогликан), отсутствие митохондрий (акцептор электронов NO_2^-), маленькие рибосомы (30s + 50s), кольцевую ДНК, не защищенную ядерной мембраной (прокариотическая клетка), размер микроорганизма (объем примерно в 1000 раз меньше)¹⁹.

Мупироцин – антибактериальный препарат, который имеет преимущество перед большинством топических антимикробных

препаратов в лечении пиодермий. Химическое название препарата – псевдомониевая кислота. Молекула псевдомониевой кислоты состоит из двух кислот – мониевой и нонановой. Посередине находится эфирная связь, которая при попадании молекулы в плазму крови легко расщепляется. Именно поэтому мупироцин применяют только в качестве наружной (топической) терапии. Мупироцин подавляет изолейцил-трансфер-РНК-синтазу, блокируя синтез белка в бактериальной клетке. Благодаря уникальному механизму действия и топической лекарственной форме мупироцин активен в отношении основных бактерий, вызывающих кожные инфекции и при этом устойчивых к другим антибиотикам.

Важное клиническое значение мупироцина заключается в действии на большинство штаммов стафилококков, в том числе MRSA. Кроме того, к мупироцину чувствительны стрептококки А, В, С, G7.

Профессор А.С. Духанин подчеркнул, что уникальная химическая структура мупироцина (препарат Супироцин) препятствует развитию перекрестной резистентности с другими классами антибиотиков, применяемыми в клинической практике²⁰.

Еще одно преимущество Супироцина – его лекарственная форма. В 100 г мази содержится 2,0 г мупироцина, а также вспомогательные вещества: макрогол 4000 (полиэтиленгликоль 4000), макрогол 400 (полиэтиленгликоль 400), которые придают препарату гидрофильность.

Таким образом, топический препарат Супироцин обладает выраженным бактерицидным действием в отношении возбудителей пиодермий, включая MRSA-штаммы, отличается высокой клинической эффективностью и безопасностью. ●

¹⁹ Finch R.G., Greenwood D., Whitley R.J., Norrby S.R., eds. antibiotic and chemotherapy: anti-infective agents and their use in therapy: expert consult. 9th edn. Elsevier, 2010.

²⁰ Hong W., Zeng J., Xie J. Antibiotic drugs targeting bacterial RNAs. Acta Pharm. Sin. B. 2014; 4 (4): 258–265.

ОФЛОМИЛ

ОФЛОМИКОЛ

ШИРОКИЙ СПЕКТР УМНЫХ РЕШЕНИЙ

ЕДИНСТВЕННЫЙ
В РФ РАСТВОР
СЕРТАКОНАЗОЛА*



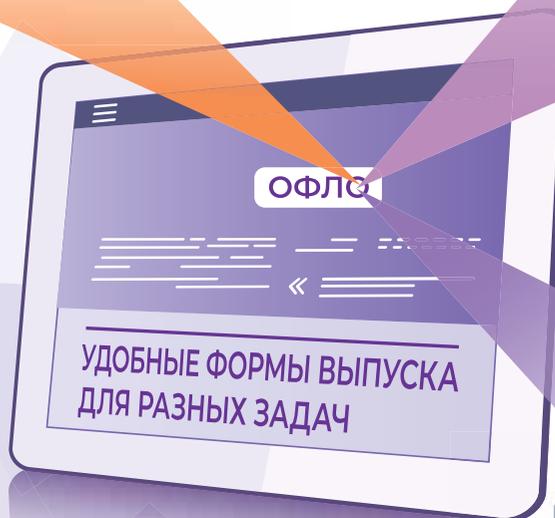
ОФЛОМИЛ ЛАК

Для лечения
и профилактики
грибка ногтей¹



ОФЛОМИКОЛ РАСТВОР²

Для лечения микозов кожи,
вызванных дерматофитами
(*Trichophyton* spp., *Microsporum*
spp., *Epidermophyton* spp.),
дрожжевыми грибами рода
Candida spp. и *Malassezia* spp.²



УДОБНЫЕ ФОРМЫ ВЫПУСКА
ДЛЯ РАЗНЫХ ЗАДАЧ



ОФЛОМИКОЛ КРЕМ³

Для лечения микозов кожи, вызванных
дерматофитами (*Trichophyton* spp.,
Microsporum spp., *Epidermophyton* spp.),
дрожжевыми грибами рода *Candida* spp.
и *Malassezia* spp.³

- ШИРОКИЙ СПЕКТР АКТИВНОСТИ^{1,2,3}
- ФУНГИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ^{1,2,3}
- ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКА КОЖИ^{2,3} И НОГТЕЙ¹

* Поданным ГРПС Среди МНН Сертаконазол <https://grfs.rosminzdrav.ru/or/20.02.2023>

1. Инструкция по медицинскому применению Офломил лак ЛП-002798 от 21.10.2020, дата обращения 20.02.2023. 2. Инструкция по медицинскому применению Офломикол раствор ЛП-001521 от 25.02.2019, дата обращения 20.02.2023. 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Офломикол крем ЛП-002494 от 25.07.2019, дата обращения 20.02.2023. 4. Для МНН аморолфин и сертаконазол «Федеральные клинические рекомендации по ведению больных микозами кистей, стоп и туловища». Москва 2020

Информация по безопасности Офломил лак (МНН аморолфин). Показания к применению: Лечение грибковых поражений ногтей, вызванных дерматофитами, дрожжевыми и плесневыми грибами; Профилактика грибковых поражений ногтей. Противопоказания: Повышенная чувствительность к аморолфину или любому из компонентов препарата. Побочное действие: При применении препарата Офломил Лак нежелательные реакции отмечаются редко ($\geq 1/10000$ – $< 1/1000$): Повреждение ногтей, изменение цвета, онихоклазия (ломкость ногтевой пластинки), онихориксис (хрупкость ногтевой пластинки); очень редко ($< 1/10000$): ощущение жжения кожи, частота неизвестна: эритема, зуд, контактный дерматит, крапивница, образование волдырей. Такие повреждения ногтей, как изменение цвета, разрушение ногтевых пластин, ломкость ногтей, могут быть следствием грибкового поражения ногтей. Без рецепта. **Офломикол крем** (МНН сертаконазол). Показания к применению: лечение поверхностных микозов кожи: дерматомикозов, *Tinea pedis* (стопа атлета), *Tinea cruris* (дерматомикоз паховый), *Tinea corporis* (микоз гладкой кожи), *Tinea barbae* (микоз бороды), *Tinea manus* (дерматофития кистей), кандидоза (Mononiasis), а также Pityriasis versicolor (Pityrosporum orbiculare) (отрубевидный (разноцветный лишай)). Противопоказания: повышенная чувствительность к сертаконазолу и другим компонентам препарата, в том числе к другим производным имидазола. Побочное действие: контактный дерматит, возможны быстро проходящие эритематозные реакции в месте применения, что не требует отмены препарата. Особые указания: не использовать в офтальмологической практике. После нанесения препарата не рекомендуется использование кислотных моющих средств (в кислой среде усиливается размножение *Candida* spp.). **Офломикол раствор** (МНН Сертаконазол). Показания к применению: кандидоз, дерматомикоз, дерматофития (стопы, голени, тела, бороды, рук), отрубевидный лишай. Противопоказания: повышенная чувствительность к сертаконазолу, производным имидазола, другим компонентам препарата, детский возраст до 12 лет. Состорожностью: беременность, детский возраст от 12 лет. Побочное действие: частота развития побочных эффектов определена следующим образом: очень часто: $> 1/10$; часто: $< 1/10 > 1/100$; нечасто: $< 1/100 > 1/1000$; редко: $< 1/1000 > 1/10000$; очень редко: $< 1/10000$. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: Редко: контактный дерматит, аллергические реакции, эритема. Особые указания: не использовать в офтальмологической практике. После нанесения препарата не рекомендуется использование кислотных моющих средств (в кислой среде усиливается размножение дрожжевых грибов рода *Candida*). Данные о применении у детей нет.

Реклама

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА.



ООО «Гленмарк Импэкс», Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, д.2 стр.3, БЦ «Вивальди Плаза»
Тел./Факс: +7 499 951 0000 доб. 7702 www.glenmark-pharma.ru, №RUS-OFL-006_03-2023



Микозы кожи и ногтей. Диагностика и терапия

В сентябре 2023 г. в Москве в рамках XXIII Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов состоялся сателлитный симпозиум «Микозы кожи и ногтей. Диагностика и терапия», который прошел при участии компании «Гленмарк Фармасьютикалз». Ведущие российские дерматологи и микологи обсудили актуальные аспекты диагностики и терапии микозов кожи и ногтей, оценили преимущества современных препаратов для лечения микозов и рассмотрели особенности их применения в клинической практике.



К.м.н., доцент
Л.П. Котрехова

Один из ведущих российских микологов, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии, заведующая дерматологическим отделением микологической клиники Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова Любовь Павловна КОТРЕХОВА отметила, что медицинская микология – это развивающаяся наука, объектами изучения которой являются заболевания, вызываемые микроскопическими грибами. За последние десятилетия был совершен прорыв в изучении этих заболеваний, в первую очередь глубоких (инвазивных) или системных микозов, что обусловлено в том числе пандемией COVID-19. В этой связи Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) издала документ, в котором определила приоритетные

Тренды медицинской микологии

направления развития медицинской микологии и выделила три группы возбудителей, являющихся на сегодняшний день наиболее опасными для человека. При этом Л.П. Котрехова отметила, что инвазивные микозы распространены не так широко, как поверхностные. В первую очередь это касается микозов кожи и ее придатков, которые являются наиболее часто встречающимися грибковыми заболеваниями человека.

Л.П. Котрехова подчеркнула, что на сегодняшний день наиболее актуальными проблемами медицинской микологии стали изменение спектра возбудителей дерматомикозов, появление резистентных к тербинафину видов грибов (*Trichophyton indotinea*), изменение характера течения дерматомикозов в сторону их утяжеления. Эти обстоятельства требуют пристального внимания медицинского сообщества.

Любовь Павловна напомнила, что возбудители поверхностных микозов кожи – это микроскопические грибы, которые значительно отличаются по своим свойствам от бактерий и вирусов. Они распространены повсеместно, обитают во всех средах, на любых органических и неорганических субстратах и чрезвычайно устой-

чивы к любым неблагоприятным условиям. Различают поверхностные и глубокие (инвазивные) микозы. При инвазивных микозах речь идет прежде всего о тяжелых соматических состояниях, связанных в первую очередь с иммуносупрессией. При первичных иммунодефицитах дети, как правило, не выживают после рождения. Если же мутации не летальные, то грибковая инфекция будет сопровождать больного на протяжении всей его жизни, например, в виде хронического кандидоза кожи и слизистых оболочек.

Среди поверхностных микозов самыми распространенными микотическими инфекциями являются поражения кожи и слизистых оболочек (дерматомикозы). Развитие распространенных микозов кожи можно рассматривать как «сигнал о надвигающейся опасности», свидетельствующий о том, что у больных есть фоновые соматические заболевания, которые способствуют распространению грибковой инфекции (сахарный диабет, метаболический синдром, иммунодефицитные состояния и т.д.). Среди больных онихомикозом чаще всего оказываются лица старше 70 лет. Л.П. Котрехова сообщила, что онихомикоз встречается у 17–20% лиц в возрасте до 50 лет, а далее его



Сателлитный симпозиум компании ООО «Гленмарк Импэкс»

распространенность возрастает в геометрической прогрессии. Среди лиц старше 65–70 лет этим заболеванием страдает 25%, то есть каждый четвертый, а среди лиц старше 75 лет уже каждый второй имеет проявления поверхностного микоза с поражением ногтей.

Дерматомикозы с поражением кожи наиболее распространены и контагиозны и доставляют больным массу неприятностей. В условиях совместного проживания и несоблюдения правил гигиены возможно возникновение инфекционного очага с развитием дерматомикоза у всех проживающих в этом месте или близко контактирующих с больным людей. Поэтому всем заболевшим должна быть своевременно оказана медицинская помощь и проведены противоэпидемические мероприятия. Л.П. Котрехова отметила, что в настоящее время такие мероприятия не всегда проводятся должным образом.

Специалист подчеркнула, что в настоящее время изменился спектр возбудителей микозов кожи и ее придатков. Несмотря на то что дерматофиты (или дерматомицеты) остаются основными возбудителями микозов кожи, увеличилась доля условно-патогенных возбудителей. В первую очередь это касается дрожжей, в том числе грибов рода *Candida* – естественных обитателей слизистых оболочек у человека, а также грибов рода *Malassezia*, которые являются представителями нормобиоты кожи человека и присутствуют практически на любых участках кожного покрова.

В числе актуальных проблем докладчик также назвала случаи завозных инфекций из Азии, Тихоокеанского региона и Америки, к лечению которых необходим нестандартный подход.

Л.П. Котрехова отметила, что скрининговым методом диагностики микозов кожи является

микроскопия чешуек кожи (тест КОИ), но в случаях резистентности возбудителей и для подбора рациональной терапии необходимо определить видовую и/или родовую принадлежность возбудителей. Специалист напомнила, что грибы являются редуцентами, или деструкторами, то есть организмами, разрушающими и уничтожающими отмершие кератинсодержащие структуры (останки живых существ), превращая их в неорганические и простейшие органические соединения. От этих микроорганизмов навсегда избавиться невозможно, но, чтобы успешно бороться с ними, необходимо знать, как выглядят проявления микотической инфекции, вызванные ими. Такие грибы-мицеты устойчивы во внешней среде, хорошо приспосабливаются к ее изменениям, обладают свойством полиморфизма (разные морфологические формы существования в зависимости от того субстрата, где они находятся), им также присущ плеоморфизм – способность образовывать разного вида колонии на разных питательных средах. Плеоморфизм свидетельствует о том, что при попадании на разные субстраты (кожу, ногти, волосы) эти грибы могут проявлять себя по-разному и вызывать поражение кератинсодержащих структур независимо от свойств кератина хозяина. Грибам свойственны половой и неполовой пути размножения, их геном гораздо сложнее, чем у животных и растений. Гены одного гриба могут по-разному экспрессировать признаки в зависимости от формы своего существования (вегетативной или половой). Вероятно, изучение этих свойств грибов может помочь в понимании механизмов появления и наследования новых приобретенных признаков и в первую очередь развитию у них резистентности к противогрибковым препаратам.

Л.П. Котрехова отметила, что классификация грибов до сих пор не завершена, и пояснила, что чаще в клинической практике используется вариант классификации микромицетов, согласно которому возбудители микозов в зависимости от своей вегетативной формы существования разделяются на дрожжи, мицелиальные и диморфные микроскопические грибы.

К дрожжам относят грибы родов *Candida*, *Cryptococcus*, *Malassezia*, *Blastomyces* и др. Долгое время для этой группы возбудителей использовался устаревший термин «дрожжеподобные грибы».

К мицелиальным грибам относятся дерматомицеты, зигомицеты, гиалогифомицеты, феогифомицеты, их основная форма существования в вегетативной фазе – образование нитчатых структур, или мицелия. В этой форме они существуют в том субстрате, на котором паразитируют, то есть на коже. Когда в соскобе находят нити мицелия или мицелиальную структуру, это означает, что гриб прорастает в кератинсодержащие структуры кожи. Это позволяет подтвердить диагноз микоза кожи. Но кроме дерматомицетов в эту группу входят также представители плесневых микромицетов – зигомицеты, феогифомицеты и плесневые микромицеты *Penicillium* и *Aspergillus*, тоже образующие мицелий. Это затрудняет их отличие друг от друга при микроскопической диагностике.

При обнаружении в соскобе мицелия микромицета априори принято считать, что это дерматомицеты или дерматофиты, так как они являются самыми частыми возбудителями и этого достаточно для подтверждения диагноза микоза. В этой ситуации пациентов лечат антимикотиками, которые эффективны при дерматомикозах, например тербинафином. Однако в насто-



ящее время в качестве возбудителей стали чаще выступать недерматомицеты, поэтому при обнаружении мицелия существует небольшая вероятность (около 1%), что это недерматомицеты, и требуется назначение антимикотиков азолового ряда, а не аллиламинов. Таким образом, несовершенство методов диагностики не всегда позволяет специалистам выбрать правильную тактику лечения.

Третья группа – это диморфные грибы, которые могут существовать как в форме дрожжей, так и в форме мицелия. Это самые опасные возбудители, которые вызывают развитие глубоких микозов и являются эндемиками, за исключением возбудителей споротрихоза и хромомикоза. Эти возбудители встречаются на территории Российской Федерации, но они редко вызывают заболевания, все остальные возбудители глубоких микозов распространены в Африке и Америке.

Пандемия COVID-19 заставила мировое сообщество обратить внимание на проблемы диагностики и лечения микозов, так как на фоне цитокинового шторма, широкого применения антибактериальных и иммуносупрессивных препаратов участились случаи развития глубоких и поверхностных микозов. Л.П. Котрехова отметила, что после выписки из инфекционного стационара было много обращений пациентов с *Malassezia*-фолликулитом. По данным НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина, у каждого второго больного COVID-19 реанимационных отделений наблюдались проявления этого поверхностного микоза. Глобальная проблема медицинской микологии заключается не только в том, что появились новые возбудители грибковых инфекций, но и в том, что при лечении микозов специалисты ограничены в выборе лекарственных

препаратов. Существуют всего четыре лекарственных препарата системного действия для лечения поверхностных микозов кожи: тербинафин, итраконазол, флуконазол и гризеофульвин, применяемый для лечения микозов волосистой части головы. И если появляется возбудитель, который не чувствителен ни к одному из этих препаратов, врачи вынуждены прибегать к терапии теми антимикотиками, которые предназначены для лечения инвазивных микозов, как правило очень дорогостоящими и токсичными. Таким образом, в настоящее время существует острая необходимость в новых противогрибковых системных препаратах.

Л.П. Котрехова подчеркнула, что специалисты располагают достаточно большим выбором наружных препаратов, преимущество которых заключается в том, что при нанесении на кожу они действуют сразу непосредственно на возбудителей, при этом обладают противовоспалительной и антибактериальной активностью.

Еще одной причиной низкой эффективности терапии микозов служит появление так называемых *T. indotinea* – комплекса *T. mentagrophytes* и *T. interdigitale*, которые резистентны к тербинафину и некоторым другим антимикотикам. Кроме того, на территории Российской Федерации были зафиксированы заводные случаи фавуса, вызываемого *T. schoenleinii*, и это при том, что в советское время фавус был побежден. Опасность этого заболевания состоит в том, что при нем на волосистой части головы может развиваться необратимая рубцовая алопеция, кроме того, это высококонтагиозное заболевание, которое может широко распространяться в детских коллективах, а потом передается от детей родителям.

Л.П. Котрехова рассказала, что появились новые группы риска

развития грибковых инфекций: мигранты из ближнего зарубежья, скученно проживающие и не соблюдающие правила личной гигиены; профессиональные спортсмены, занимающиеся контактными видами спорта; посетители фитнес-центров. Например, если в спортзале оказывается посетитель, зараженный *T. tonsurans*, то у других посетителей, занимающихся на тренажерах после него, существует высокий риск заражения микозом.

Для решения возникших проблем специалистам необходимы современные антимикотики, в первую очередь с фунгицидным действием и максимально широким спектром противогрибковой активности. Одним из таких антимикотиков является Офломикол (действующее вещество – сертаконазол).

Л.П. Котрехова отметила, что в настоящее время увеличилась доля условно-патогенных возбудителей и микст-инфекций, когда у пациента наряду с дерматофитом диагностируют поражение, вызванное несколькими другими возбудителями микозов. Например, одновременно могут выявляться дерматофиты, дрожжи (чаще всего *Candida* spp., *Malassezia* spp.) и какой-либо плесневый микромицет. Именно по этой причине необходимы антимикотики с широким спектром действия.

Специалисты НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина подсчитали, что в зависимости от локализации микоза доля выявления условно-патогенных возбудителей увеличилась в 2,5–12 раз. Одновременно с этим отмечается увеличение количества штаммов *Candida* spp., резистентных к флуконазолу, а также встречаются единичные случаи резистентности дерматомицетов к тербинафину и итраконазолу. На сегодняшний день в России, как и в Европе, существует риск распростране-



Сателлитный симпозиум компании ООО «Гленмарк Импэкс»

ния *T. indotinea*. Вместе с тем *T. rubrum* остается доминирующим возбудителем микозов кожи любой локализации. Существует мнение, что этот возбудитель был завезен из Африки сначала в Европу, а потом в Советский Союз. На сегодняшний день он является основным возбудителем микозов кожи и ногтей в Российской Федерации и даже поражает кожу волосистой части головы и зоны роста бороды и усов, вызывая так называемый паразитарный сикоз, чаще у больных с метаболическим синдромом, выраженным декомпенсированным сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями.

Специалист также отметила, что был выявлен случай редкого для России *tinea nigra*, вызванного *Hortaea werneckii*.

Результаты первого пилотного исследования резистентности возбудителей микозов кожи к противогрибковым препаратам в Западной и Восточной Европе были опубликованы в марте 2021 г.¹ В этом исследовании принимали участие ведущие микологи из 20 стран, в том числе из России. Полученные результаты показали, что в Европе появились случаи резистентности дерматомицетов к разнообразным антимикотикам и в первую очередь к тербинафину. Сделан вывод, что в настоящее время в Европе существует проблема как клинической, так и микологической устойчивости дерматомикозов к некоторым противогрибковым препаратам.

Еще одно многоцентровое исследование было посвящено изучению *Malassezia*-фолликулита в странах Европы и Российской Федерации². Специалист отметила, что в настоящее время этот микоз встречается все чаще,

а после пандемии COVID-19, когда стали широко применяться иммуносупрессивные препараты и антибиотики, возникла вспышка данного заболевания. Она напомнила, что *Malassezia* – это липофильные дрожжи, которые входят в состав нормобиоты кожи человека (микробиома). *Malassezia*-фолликулит проявляется в виде зудящих папул и пустул на себорейных участках кожи, которые наиболее богаты сальными железами, чаще всего это голова, передняя поверхность грудной клетки, шея и спина. К сожалению, сходство клинических проявлений *Malassezia*-фолликулита и бактериальных фолликулитов и угрей порождает диагностические ошибки и приводит к назначению антибиотиков, которые усугубляют проявления заболевания. *Malassezia*-фолликулит стал чаще встречаться в практике дерматологов, однако единого подхода к его диагностике и лечению нет. Рабочая группа Европейской академии дерматологии и венерологии (EADV) разработала рекомендации по диагностике и лечению *Malassezia*-фолликулита².

Л.П. Котрехова отметила, что в настоящее время одной из важнейших проблем является несовершенство методов диагностики. Нехватка микробиологических лабораторий и ограничение доступности лабораторных методов исследования приводят к тому, что врачам приходится ставить диагнозы микозов кожи «на глаз». Еще одной проблемой является необоснованное применение для наружной терапии дерматомикозов глюкокортикостероидных и комбинированных глюкокортикостероидных препаратов, которые не только не справляются

с дерматофитной инфекцией, но и приводят к развитию *tinea incognita*, при которой клиническая картина грибковой инфекции трансформируется и становится нетипичной.

При постановке диагноза необходимо принимать во внимание клинические проявления. У каждой клинической формы и локализации дерматомикозов есть свои характерные особенности. Кроме типичных проявлений поверхностных микозов кожи появились и современные особенности течения этих заболеваний: увеличение доли распространенных форм микозов кожи с вовлечением в процесс ее придатков, увеличение атипичных форм – грибковых фолликулитов, *tinea incognita* и глубокого поражения в виде гранулем Майокки, а также сочетание поражения кожи, кожи и слизистых оболочек, обусловленных разными возбудителями.

Говоря о методах лабораторной диагностики поверхностных микозов кожи, специалист отметила, что идеальным скрининговым методом для обследования населения является прямая микроскопия с КОН и/или с калькофлуором белым. Его преимуществами являются высокая чувствительность, быстрота, дешевизна и доступность, однако есть недостаток метода – его низкая специфичность. До сих пор золотым стандартом диагностики грибковых инфекций является посев на питательные среды благодаря его высокой специфичности и относительной дешевизне. Недостатки метода – низкая чувствительность (только 30% положительных результатов от положительных микроскопий), ограниченная доступность, трудоемкость и длительность проведения.

¹ Saunte D.M.L., Pereiro-Ferreirós M., Rodríguez-Cerdeira C., et al. Emerging antifungal treatment failure of dermatophytosis in Europe: take care or it may become endemic. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2021; 35 (7): 1582–1586.

² Henning M.A.S., Hay R., Rodríguez-Cerdeira C., et al. Position statement: recommendations on the diagnosis and treatment of *Malassezia* folliculitis. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2023; 37 (7): 1268–1275.



Основу рациональной терапии поверхностных микозов кожи и ногтей составляет назначение этиотропных (противогрибковых) препаратов, но эффект терапии будет низким, если не соблюдены остальные условия: устранение или снижение выраженности факторов риска, выявление источников заражения и проведение противоэпидемических мероприятий в очаге распространения инфекции, контроль излеченности и вторичная профилактика в группах риска. Профилактику рецидивов у больных онихомикозом проводят после окончания основного курса терапии с применением лака Офломил (действующее вещество – аморолфин). Многочисленные клинические исследования показали, что после основного курса терапии применение для профилактики лака с аморолфином (Офломил) один раз в неделю в течение неограниченно долгого времени позволяет снизить риск повторного заражения в 3–10 раз. Также лак Офломил целесообразно наносить один раз в неделю лицам, часто посещающим бассейн. В отличие от других антимикотических средств для лечения ногтей лак Офломил может применяться максимально долго, без ограничений.

Докладчик подчеркнула, что причины недостаточной эффективности терапии могут носить комплексный характер: возраст, пол, профессия, иммунодефицитные состояния, модные пристрастия, вредные привычки пациента; особенности возбудителя (высокая вирулентность, отсутствие чувствительности или низкая чувствительность к противогрибковым препаратам); особенности применяемого лекарственного препарата (низкая эффективность, отсутствие фунгицидного эффекта, недостаточный спектр действия, низкая биодоступность, взаимодействие с другими лекарст-

венными препаратами, неподходящая лекарственная форма). Определение тактики лечения подразумевает в первую очередь установление этиологии (выделение возбудителя) заболевания, чувствительности возбудителя, при необходимости – модификацию стандартных методов лечения, устранение влияния экзогенных внешних факторов риска и уменьшение выраженности эндогенных факторов риска.

При ограниченном поражении кожи идеальным препаратом первой линии может стать Офломикол. Он обладает фунгицидным действием, широким спектром противогрибковой активности, антибактериальной активностью, противовоспалительным действием. Препарат безопасен, хорошо переносится и выпускается в двух лекарственных формах – крем и раствор. Уникальность этого препарата заключается в том, что присутствие в его молекуле помимо азоловой группы бензотиофена обуславливает его фунгицидный эффект. Бензотиофен по своему строению похож на триптофан, и при его замещении бензотиофеном при построении грибом клеточной стенки приводит к образованию фенестры и нарушению ее целостности, в результате чего грибок погибает. Исследования показали, что Офломикол обеспечивает гибель 90% грибковых клеток в течение часа экспозиции сертаконазола в концентрации 0,008 г/мл, что доказывает высокую эффективность этого препарата.

При назначении антимикотиков очень важен выбор лекарственной формы препарата. При остром воспалении и фолликулитах лучше применять раствор с сертаконазолом – Офломикол. Присутствующий в нем троламин является проводником для действующего вещества, и это способствует его проникновению в самые глубокие слои

эпидермиса, непосредственно к месту расположения возбудителей грибковой инфекции.

Офломикол в виде раствора можно назначать при мацерации и мокнутии при любых клинических формах микозов кожи и любой их локализации (микозе стоп, микозе складок и т.д.) Также назначение раствора Офломикола эффективно при *Malassezia*-фолликулите, отрубевидном (разноцветном) лишае, его удобно наносить на большие поверхности – одной капли раствора Офломикол достаточно для нанесения препарата на 10 см² кожи. Благодаря пропиленгликолю, входящему в состав раствора, он хорошо прилипает к поверхности кожи, а из-за своей гигроскопичности раствор не препятствует испарению экссудата с поверхности кожи, не создает «парникового эффекта».

При рецидивирующем течении микоза стоп следует обращать внимание на состояние ногтевых пластинок стоп: нет ли проявления онихомикоза, например изменения цвета, побеления, напоминающего лейконихии. В качестве примера докладчик привела клинический случай, когда причиной неоднократных рецидивов микоза стоп был поверхностный белый онихомикоз, вызванный *T. rubrum*. Для избавления от этого недуга больному была назначена комбинированная противогрибковая терапия раствором Офломикол кожи стоп и лаком Офломил ногтей стоп.

В завершение выступления доцент Л.П. Котрехова подчеркнула: «Грибы будут сопровождать нас на протяжении всей жизни и жизни всех последующих поколений, поэтому их необходимо изучать, хорошо знать и уверенно с ними бороться. Для этого есть такие лекарственные препараты, как Офломикол в виде раствора и крема и Офломил в виде лака».



Сателлитный симпозиум компании ООО «Гленмарк Импэкс»

Микозы у лиц, занимающихся спортом

Доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова Елена Александровна АРАВИЙСКАЯ рассказала о фоновых состояниях, которые встречаются при микозах. Она отметила, что у больных сахарным диабетом микозы кожи протекают в особой форме, и это позволяет дерматологу впервые заподозрить и выявить сахарный диабет у пациента. У пациентов с иммуносупрессивными состояниями также могут наблюдаться некоторые особенности течения этого заболевания.

Большую часть своего доклада профессор посвятила описанию клинической картины и дифференциальной диагностике микозов преимущественно у здоровых людей, которые ведут активный образ жизни и занимаются спортом. Е.А. Аравийская отметила, что некоторые авторы научных публикаций выделяют спорт-ассоциированные инфекции, спорт-ассоциированные воспалительные дерматозы и спорт-ассоциированные новообразования. У людей, которые занимаются на открытом воздухе, под солнцем, в последнее время стали чаще диагностировать злокачественные новообразования кожи: базальноклеточную карциному, меланому, а также актинический кератоз, что является актуальной проблемой. Среди инфекционных заболеваний могут встречаться бактериальные, микотические, вирусные и паразитарные дерматозы. При этом у здоровых людей предрасполагающие факторы инфекционных дерматозов чаще экзогенной природы.

При физической нагрузке, связанной с обильным потоотделением, возникают микро- и макротравмы кожи, потертости, порезы на коже, через которые проникают микроорганизмы. Существует специфическая терминология: *tinea corporis gladiatorum* (микоз кожи у спортсменов, занимающихся контактными видами спорта, – борцов), *herpes gladiatorum* (борцовский герпес), *scrum strep* (стрептодермия, возникшая в результате удара, драки), «стопа атлета» (интертригинозная форма микоза стоп) – термин, наиболее часто используемый в зарубежной литературе, «мокасиновый микоз» – микоз, относящийся к сквамозно-гиперкератотической клинической форме микоза стоп, но с выходом за пределы подошвы.

В опубликованном в 2020 г. обзоре³ даны абсолютно четкие указания на то, что в группу риска входят люди, которые занимаются не только контактными видами спорта. В этом отношении довольно значимым моментом являются неприятные последствия в виде вторичной импетигнизации, развития лимфангита, лимфаденита, распространенности процесса и особой перифолликулярной реакции, которая затрагивает и подкожную жировую клетчатку, – гранулемы Майокки.

В одной из исследовательских работ с участием пациентов молодого возраста было проведено сравнение лиц, не занимающихся спортом (контрольная группа), и лиц, являющихся профессиональными футболистами или играющих в студенческих спортивных командах. Результаты показали, что среди спортсменов 69% мужчин и 43% женщин были больны микозом стоп, при том что в контрольной группе микоз был выявлен



Д.м.н., профессор
Е.А. Аравийская

только у 20% мужчин, а у женщин он вообще не был выявлен.

Начиная с 2000 г. ведется мониторинг заболеваемости поверхностной трихофитией антропонозной, вызываемой *T. tonsurans*, который показывает в целом высокую частоту этой инфекции, особенно среди лиц, которые занимаются контактными видами спорта. Отмечается стертая клиническая картина, длительность существования клинической симптоматики, которые не сразу диагностируются при этом виде инфекции. У этой же группы лиц в некоторых случаях может быть диагностирована гранулема Майокки – глубокий фолликулит, вызываемый *T. violaceum*, *T. tonsurans*. Заражение происходит вследствие травматизации кожи, проникающей травмы и других характерных для спортсменов повреждений. При перифолликулярной, или папулезной, форме этого заболевания очаги локализованы на нижних конечностях. Гранулематозная форма с формированием истинной гранулематозной ответной реакции в глубоких слоях дермы и подкожной жировой клетчатки более типична для иммуносупрессивных пациентов с более частой локализацией очагов на верхних конечностях.

Поверхностная трихофития, вызванная *T. tonsurans*, может проявляться как инфильтративно-на-

³ Anderson S.L., Bassetti M., Mangoni A.A. Drugs in context editorial: review of 2020 and what lies ahead in therapeutic interventions. *Drugs Context*. 2021; 10: 2020-12-10.



гноительная трихофития в виде керион.

Далее Е.А. Аравийская остановилась на некоторых аспектах дифференциальной диагностики, особо выделив бактериальную инфекцию – так называемый мелкоочечный кератолиз, возбудителями которой могут быть разные бактерии. Чаще эта патология выявляется в группе пациентов 21–30 лет, преимущественно у мужчин. Предрасполагающими факторами служат гипергидроз, продолжительное ношение окклюзивной обуви, в том числе обуви из резины, винила, а также наличие фонового гиперкератоза, повышение рН кожи в условиях жаркого, влажного климата и др. На фоне мультифокальных, дискретных и местами кратерообразных дефектов кожи могут появляться поверхностные эрозии, которые захватывают исключительно роговой слой. В основном высыпания располагаются в местах максимального трения и давления. Для лечения используют не только топические антибактериальные препараты, но и топические азолы, то есть для лечения мелкоочечного кератолиза тоже можно назначать Сертамикол, Офломикол.

Эритразма – еще одно бактериальное заболевание кожи, при котором очаги поражения расположены в основном в области крупных складок кожи, в том числе паховых. Для дифференциальной диагностики используют лампы Вуда с ультрафиолетовым фильтром. При эритразме наблюдается характерное кораллово-красное свечение, более выраженное в периферической зоне очагов поражения. Для контактных дерматитов характерны очаги с достаточно четкими контурами (при простом контактном дерматите) с проявлением в виде натоптышей вследствие выполнения регулярных упражнений и ношения спор-

тивной обуви (элементы травматизации).

Также профессор акцентировала внимание на еще одном состоянии, требующем проведения дифференциальной диагностики, – так называемых пьезогенных папулах, которые располагаются на медиальной части стопы, на ее внутренней поверхности ближе к подошве. Чаще всего это состояние наблюдается у людей с избыточной массой тела. По сути это мелкие грыжеподобные выпячивания участков подкожно-жировой клетчатки.

Общие принципы терапии микозов кожи у спортсменов таковы: противоэпидемические мероприятия; наружная терапия, которая может включать при острых воспалительных реакциях классические дерматологические формы лекарственных средств, например влажно-высыхающие повязки и примочки с хлоргексидином; топические антимикотики, содержащие сертаконазол – азол, обладающий фунгицидным действием. В некоторых случаях сочетания грибковой и бактериальной инфекций назначают Кандидерм. При распространенных микотических процессах рекомендованы системные противогрибковые препараты.

Фунгицидный эффект сертаконазола (Офломикола) обусловлен действием бензотиафена, нарушающим целостность клеточной стенки гриба. С учетом того что у лиц, занимающихся спортом, при микозе стоп зачастую диагностируют микст-инфекции, а не только *T. rubrum*, назначение Офломикола, обладающего широким спектром противогрибковой активности, является наиболее эффективным.

Далее профессор отметила, что входящий в состав Офломикола пропиленгликоль действует и как увлажняющий агент, а триэтанолламин – третичный амин спо-

собствует правильному распределению активного агента в коже и является одновременно своеобразным проводником действующего вещества сертаконазола и регулятором рН поверхности кожи.

Отличительной особенностью Кандидерма является наличие в его составе беклометазона, безопасного, не фторированного, а хлорированного мощного стероида третьего класса, который проникает в очаг поражения, не проникая в кровь через микроциркуляторное русло, – отметила профессор Е.А. Аравийская.

Специалист рассказала еще об одном исследовании, в котором приняли участие 22 китайских и 83 бразильских спортсмена и 24 бразильских неспортсменов⁴. Исследование было проведено с целью оценки распространенности микозов, поражающих стопы футболистов, и сравнения этих результатов с результатами у лиц того же возраста и пола, не являющихся спортсменами. Микоз стоп (*tingea pedis*) чаще диагностировался у лиц, не занимающихся спортом. Ни у кого из китайских спортсменов не был диагностирован микоз стоп, однако в этой группе частота ониомикоза была выше по сравнению с другими группами. *Candida spp.* была выделена только у бразильских спортсменов. Частота микоза стоп среди футболистов была ниже, чем в других группах в этом исследовании, возможно, благодаря хорошей профилактике и своевременной терапии выявленных заболеваний.

В заключение профессор еще раз подчеркнула, что сегодня в арсенале врачей-дерматологов есть прекрасные современные препараты, в том числе Офломикол с уникальным механизмом действия, быстрым ответом на лечение и возможностью выбора лекарственной формы. ●

⁴ Purim K.S., Bordignon G.P., Queiroz-Telles Fd. Fungal infection of the feet in soccer players and non-athlete individuals. Rev. Iberoam. Micol. 2005; 22 (1): 34–38.

АЭМТ

г. Санкт-Петербург

21-22.03.2024

Отель «Санкт-Петербург»,
Пироговская наб., д. 5/2

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе VIII-ОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ АССАМБЛЕЕ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ, ТРИХОЛОГИИ И ДЕРМАТОЛОГИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

АЭМТ – Ассамблея по эстетической медицине, трихологии и дерматологии – яркое профессиональное событие в календаре медицинских конгрессов.

Научная часть АЭМТ представлена докторами и кандидатами медицинских наук, авторами передовых технологий международных институтов и лабораторий, направляющих мировое научное развитие в практической дерматовенерологии, косметологии и трихологии.

АЭМТ – это платформа для научных дискуссий, круглых столов, мастер-классов. Это актуальные процессы продвижения инновационных методов и технологий от открытия до реальной практики.

Формат мероприятия: аудиторный

Ассамблея проводится при поддержке: Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета
Санкт-Петербургского государственного университета
Фонда «Развитие и Интеграция Искусства и Здоровья»
ООО «АЭМТ сервис» (Санкт-Петербург)

Секции

- Дерматология и косметология: основы рационального взаимодействия
- Место аллергологии на дерматологическом приёме
- Современные подходы к терапии псориаза
- Физиотерапевтические методы лечения дерматологических заболеваний
- Диагностика в трихологии
- Междисциплинарный подход к дерматозам аногенитальной области
- Дерматозы аногенитальной области: реабилитация
- Дерматоскопия нестандартных локализаций
- Новые тенденции в терапии акне
- Дерматозы кожи лица
- Азбука дерматологи

По вопросам участия
в Ассамблее:
+7 (921) 391-17-05
<https://naemt.ru>





Зуд аногенитальной области – дифференциальный диагноз и принципы терапии



Зуд аногенитальной области является симптомом целого ряда заболеваний. Профессор кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, д.м.н. Ирина Олеговна СМОРНОВА в своем докладе подробно рассказала о принципах дифференциальной диагностики и современных подходах к ведению пациентов с зудом аногенитальной области.

Жалобы на зуд – одна из наиболее распространенных причин обращения пациентов к дерматологам и врачам общей практики. Зуд аногенитальной области относится к локализованным формам зуда, возникающим на половых органах, в промежности, перианальной зоне и в области анального отверстия¹. Причинами зуда в аногенитальной области могут быть инфекционные и неинфекционные дерматозы, физиологические состояния (беременность, генитоуринарный менопаузальный синдром), новообразования вульвы, шейки матки и прямой кишки, а также эндокринные заболевания и болезни внутренних органов². Поэтому в ведении таких паци-

ентов должны принимать участие не только дерматовенерологи, но и гинекологи, урологи, проктологи, онкологи и психиатры. В ряде случаев поиск причины зуда аногенитальной локализации представляет сложную задачу с использованием расширенного диагностического алгоритма. А иногда причину зуда распознать не удается и его называют идиопатическим или неспецифическим³.

Эффективность лечения зуда во многом зависит от устранения спровоцировавшего его фактора. Так, в ходе двойного слепого рандомизированного контролируемого исследования с участием 50 женщин с идиопатическим зудом вульвы не выявлено существенных различий в часто-

те разрешения симптомов зуда у 27 пациенток, получавших триамцинолон, и 23 пациенток, использовавших крем-эмомент. Однако из-за отсутствия элиминации причины зуда симптомы возобновились у 80% больных уже к 12-й неделе наблюдения. Интересно, что в группе плацебо на фоне применения крема-эмолента отмечено более значимое снижение интенсивности зуда³. Это обусловлено тем, что на начальных этапах диагностического поиска, независимо от триггера зуда, большое значение имеют рекомендации по уходу за пораженной областью⁴. Нередко в связи с представлениями об инфекционной природе возникновения зуда в аногенитальной области пациенты на-

¹ Satoh T., Yokozeki H., Murota H., et al. 2020 guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous pruritus. J. Dermatol. 2021; 48 (9): e399–e413.

² Ständer S., Weisshaar E., Mettang T., et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. Acta Derm. Venereol. 2007; 87 (4): 291–294.

³ Lagro-Janssen A.L., Sluis S. Effectiveness of treating non-specific pruritus vulvae with topical steroids: a randomized controlled trial. Eur. J. Gen. Pract. 2009; 15 (1): 29–33.

⁴ Lifits-Podorozhansky Y.M., Podorozhansky Y., Hoffstetter S., Gavard J.A. Role of vulvar care guidelines in the initial management of vulvar complaints. J. Low Genit. Tract. Dis. 2012; 16 (2): 88–91.



Сателлитный симпозиум компании «ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРИИ УРЬЯЖ»

чинают использовать широкий спектр препаратов, в том числе содержащих кортикостероиды, антимикотики и антибиотики, а также избыточную гигиену. Нормализация ухода за аногенитальной областью способствует исключению дополнительных раздражающих стимулов.

К общим принципам ухода за аногенитальной областью относятся следующие:

- мягкое очищение кожи и слизистой гениталий и перианальной области (теплая вода, мягкие рН-нейтральные средства);
- увлажнение пораженной области только по показаниям (сухость, стягивание, зуд), поскольку избыточное увлажнение приводит к мацерации и воспалению;
- не рекомендуется использовать средства, которые могут усилить зуд (влажные салфетки, лекарственные препараты (без показаний), грубые ткани, обтягивающая одежда, прокладки);
- рекомендуется использовать хлопковое неокрашенное нижнее белье, для стирки которого применять гипоаллергенные средства;
- необходимо избегать расчесов (подстричь ногти, следить за провоцирующими факторами и привычками, пользоваться средствами, уменьшающими выраженность зуда).

Сегодня общепринятой классификации кожного зуда не существует. Наиболее часто в клинической практике используют классификацию, в которой выделяют пруритоцептивный (дермальный), нейропатический, нейрогенный и психогенный зуд¹. Эксперты Международного форума по исследованию кожного зуда предлагают классифицировать зуд аногени-

тальной области в зависимости от наличия или отсутствия изменений на коже². Они выделяют зуд на фоне воспалительных дерматозов (склерозирующего и атрофического лишена, псориаза и других), зуд непораженной кожи, обусловленный заболеваниями внутренних органов, приемом лекарственных препаратов, беременностью, а также зуд с вторичными изменениями, например нейродермитом.

Наиболее распространенными зудящими неинфекционными дерматозами аногенитальной области являются склерозирующий и атрофический лишай, красный плоский лишай, псориаз и очаговый нейродермит. При склерозирующем и атрофическом лихене зуд является не только симптомом, но и маркером активности процесса. Гипертрофическая форма красного плоского лишая сопровождается нестерпимым и мучительным зудом, тогда как псориаз характеризуется зудом умеренной степени выраженности. Очаговый нейродермит характеризуется длительным мучительным зудом и может развиваться у пациентов на фоне других зудящих инфекционных и неинфекционных заболеваний (вторичный очаговый нейродермит) или возникать у больных с сахарным диабетом, анемией, первичным билиарным холангитом. Наконец, зуд может быть первым симптомом плоскоклеточных образований высокой и низкой степени злокачественности вульвы.

Существенную роль в патогенезе аногенитального зуда играет раздражение кожи из-за недержания мочи. Следует отметить, что недержанием мочи страдают не только люди старшего возраста с соматическими заболеваниями или генитоуринарным

синдромом⁵. Высокая частота недержания мочи отмечается и среди пациентов молодого возраста. Так, по некоторым данным, хроническим недержанием мочи страдают до 22,9% физически активных женщин в возрасте 18–40 лет, у 60,7% из них имеется также стрессовое недержание мочи⁶.

Аногенитальный зуд может быть симптомом различных заболеваний и патологических состояний. Среди заболеваний внутренних органов аногенитальный зуд часто встречается при сахарном диабете, анемии, геморрое, проктите, хронической почечной недостаточности. Рак шейки матки и рак прямой кишки также могут сопровождаться симптомами локализованного зуда во влагалище и перианальной области соответственно. Беременность, лактация, неврологические нарушения, психосоматические и психиатрические расстройства нередко сопровождаются кожным зудом в аногенитальной области.

Подход к дифференциальной диагностике аногенитального зуда прежде всего включает осмотр, тщательный сбор анамнеза и анализ жалоб пациента: описание симптомов (зуд, боль, жжение), их длительность, зависимость от времени суток и деятельности, частота и предполагаемая причина обострений. В ходе опроса необходимо выяснить, какие препараты пациент использует, страдает ли недержанием мочи и кала, а также определить характер питания пациента.

Перечень диагностических мероприятий у пациентов с жалобами на аногенитальный зуд включает комплексное лабораторно-инструментальное обследование, направленное

⁵ Hu J.S., Pierre E.F. Urinary incontinence in women: evaluation and management. Am. Fam. Physician. 2019; 100 (6): 339–348.

⁶ Alves J.O., Luz S.T.D., Brandão S., et al. Urinary incontinence in physically active young women: prevalence and related factors. Int. J. Sports Med. 2017; 38 (12): 937–941.



В клинической практике в составе комплексной терапии у пациентов с жалобами на зуд и воспаление в аногенитальной области хорошо себя зарекомендовали кремы и гели, в состав которых входят противозудные компоненты.

В частности, доказана эффективность геля Прурисед, разработанного на основе двух активных компонентов (гликоль, регулятор рецепторов к тромбину, или PAR-2-регулятор, и каламин) в соединении с термальной водой Урьяж

на исключение дерматозов, инфекционных, предраковых заболеваний, глистных инвазий, железодефицитной анемии, сахарного диабета, инфекций, передающихся половым путем, и т.д.⁷

Специфическое лечение урогенитального зуда назначается после выяснения причины и должно быть комплексным. Терапевтическая тактика прежде всего направлена на лечение выявленного инфекционного или неинфекционного заболевания, являющегося причиной зуда. Лечение идиопатического зуда должно быть направлено на исключение раздражения, восстановление барьерной функции кожи с помощью эмолентов и прерывание цикла зуда. Для решения последней задачи используют системные препараты (гидроксизин, доксеципин, габапентин и др.) и средства для наружного применения.

На сегодняшний день эффективным средством для лечения и профилактики сухости кожи и зуда различной локализации является современный эмомент – успокаивающая SOS-дымка Ксемоз (URIAGE). В состав успокаивающей SOS-дымки Ксемоз входит комплекс активных ком-

понентов, способствующих восстановлению эпидермального барьера, быстрому устранению зуда и воспаления. Термальная вода Урьяж устраняет ощущение сухости и стянутости, снимает раздражение и воспаление, активизирует процессы регенерации кожи⁸. Церастерол-2F[®] восстанавливает эпидермальный барьер, Хроноксин[®] оказывает быстрый успокаивающий эффект. В свою очередь регулятор Toll-like-подобных рецепторов второго типа препятствует развитию воспаления, а масла ши (карите) и иллипе способствуют смягчению, увлажнению, заживлению, питают, разглаживают кожу, устраняют шелушение, восполняют нехватку липидов в эпидермисе. Установлено, что применение успокаивающей SOS-дымки Ксемоз у детей и взрослых способствовало быстрому купированию таких симптомов, как зуд, ощущение сухости и стянутости кожи⁹.

При выборе терапии для прерывания циклического течения зуда следует помнить, что она должна быть эффективной и безопасной, хорошо переноситься пациентами и положительно влиять на качество жизни. В зависимости от вы-

раженности воспалительного процесса используют следующие группы препаратов: противозудные топические препараты, в том числе с каламином, анестетики, камфору, ментол, фенол, капсаицин, кротамин. При неэффективности перечисленных методов рассматривают вопрос о применении топических глюкокортикостероидов или ингибиторов кальциневрина¹⁰.

Целью симптоматической терапии прежде всего является быстрое и эффективное купирование аногенитального зуда. В клинической практике в составе комплексной терапии у пациентов с жалобами на зуд и воспаление в аногенитальной области хорошо себя зарекомендовали кремы и гели, в состав которых входят противозудные компоненты. В частности, доказана эффективность геля Прурисед, разработанного на основе двух активных компонентов (гликоль, регулятор рецепторов к тромбину, или PAR-2-регулятор, и каламин) в соединении с термальной водой Урьяж¹¹. На фоне применения геля Прурисед у пациентов с аногенитальным зудом отмечается быстрое улучшение состояния кожи, снижение выраженности зуда и дискомфорта.

Таким образом, при ведении пациентов с аногенитальным зудом необходимо учитывать особенности его патофизиологии и гетерогенность этиологии. Важным компонентом комплексной терапии аногенитального зуда являются увлажняющие и смягчающие средства для уменьшения выраженности зуда и восстановления естественной барьерной функции кожи. ●

⁷ Swamiappan M. Anogenital pruritus – an overview. J. Clin. Diagn. Res. 2016; 10 (4): WE01-3.

⁸ Cribier B. Eaux thermales et thermalisme en dermatologie au XIXe siècle: thermal water and hydrotherapy in sixteenth century dermatology. Ann. Dermatol. Venereol. 2020; 147 (1S): 1S5–1S13.

⁹ Снарская Е.С. Препараты с комплексом TLR2-Regul в патогенетической терапии атопического дерматита. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 15 (4): 46–48.

¹⁰ Cevikbas F., Lerner E.A. Physiology and pathophysiology of itch. Physiol. Rev. 2020; 100 (3): 945–982.

¹¹ Heuberger D.M., Schuepbach R.A. Protease-activated receptors (PARs): mechanisms of action and potential therapeutic modulators in PAR-driven inflammatory diseases. Thromb. J. 2019; 17: 4.

URIAGE

EAU THERMALE

ИННОВАЦИЯ

КСЕМОЗ УСПОКАИВАЮЩАЯ SOS-ДЫМКА

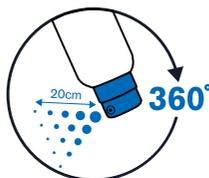
Мгновенный
противозудный^{1,2} эффект
в ультралегком спрее



УСПОКАИВАЕТ ЗУД МЕНЕЕ
ЧЕМ ЗА 60¹ СЕКУНД
Мгновенный освежающий эффект²



24 ЧАСА БЕЗ РЕЦИДИВА
Надолго питает и защищает кожу



АППЛИКАЦИЯ 360°
Работает в любом положении



ДЛЯ СУХОЙ, ОЧЕНЬ СУХОЙ КОЖИ,
СКЛОННОЙ К АТОПИИ
Младенцы, дети, взрослые
Для лица и тела



-64%

ЗУД¹

-70%

ПОВРЕЖДЕНИЯ
ОТ РАСЧЕСОВ²

-65%

ЭРИТЕМА²

95%

БЕЗ ЛИПКОСТИ²

Клиническое исследование под дерматологическим контролем, 27 пациентов с зудом, самооценка после однократного применения Xémose SOS спрея.

Клиническое исследование 39 субъектов (29 взрослых и 10 детей): дерматологическая или педиатрическая оценка на 30-й день и, соответственно, процент удовлетворенности на 30-й день.



Измените свое отношение к акне и розацеа: акцент на психодерматологические аспекты

Акне и розацеа – распространенные кожные заболевания, оказывающие значительное влияние на психологическое состояние человека. В рамках Научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов с международным участием «XVII Санкт-Петербургские дерматологические чтения» 26 октября 2023 г. состоялся симпозиум при поддержке компании ООО «ГАЛДЕРМА», посвященный актуальным вопросам междисциплинарного подхода к лечению акне и розацеа. Ведущие эксперты в области дерматологии и психотерапии рассмотрели современные подходы к диагностике и лечению акне и розацеа, а также роль психогенных факторов в этиологии и течении дерматологических заболеваний.



Д.м.н., профессор
Е.В. Соколовский

Председатель симпозиума, проректор по научной работе, заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., профессор Евгений Владиславович СОКОЛОВСКИЙ в своем приветственном слове отметил актуальность междисциплинарного подхода к лечению социально значимых дерматозов. Он подчеркнул, что акне и розацеа – глобальная проблема как для пациентов, так и для врачей в связи с высокой распространенностью данных патологий в мире. Особенности клинического течения этих заболеваний оказывают неблагоприятное влияние на па-

циентов, способствуя развитию психосоциальных проблем, снижению качества жизни и возникновению психоэмоциональной дезадаптации. На сегодняшний день особое внимание медицинской общественности привлекают вопросы этиологии, патогенеза и рационального лечения социально значимых дерматозов.

Согласно имеющимся данным, раннее начало терапии акне в рамках клинических рекомендаций – залог успеха лечения самого заболевания, а также профилактики постакне. При ведении пациентов с акне российские специалисты прежде всего должны ориентироваться на клинические рекомендации «Акне вульгарные» (2020), подготовленные экспертами Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК), а также на международные рекомендации по лечению акне.

Далее профессор Е.В. Соколовский перечислил основные принципы лечения акне в реальной клинической практике:

- раннее начало лечения;
- использование средств с доказанной эффективностью;
- назначение лечения в зависимости от степени тяжести заболевания (системная и/или наружная терапия);

- при легкой степени тяжести – назначение только наружной терапии, при средней – наружной терапии и только при необходимости – применение ее сочетания с системной терапией, при тяжелой степени основной является системная терапия;
- назначение антибиотиков с учетом высокого потенциального риска антибиотикорезистентности этиологически значимых штаммов микроорганизмов;
- своевременное назначение системных ретиноидов при акне тяжелой степени.

Кроме того, для достижения стойкого эффекта лечения и профилактики рецидивов пациентам с акне необходимо назначение поддерживающей терапии.

При выборе лечения розацеа также следует придерживаться российских и международных клинических рекомендаций. Кроме того, зарубежными экспертами предложена концепция CLEAR – достижение состояния «чистая кожа» по шкале общей оценки исследователя (IGA – Investigator Global Assessment scale). Согласно данной концепции, целью лечения розацеа является достижение полной ремиссии заболевания, что позволяет добиться большей удов-



Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

летворности пациентов лечением, улучшить их качество жизни и увеличить безрецидивный период. В завершение своей вступительной речи профессор Е.В. Соколовский отметил, что

выбор метода терапии акне и розацеа должен быть основан на результатах объективной оценки степени тяжести заболевания и индивидуальных особенностях пациента. Применение современ-

ных медикаментозных средств в комплексном лечении социально значимых дерматозов позволяет значительно улучшить качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов.

АКНЕ. Диалог дерматолога и психиатра, психотерапевта: экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам

Сложные вопросы диагностики и лечения акне в ходе междисциплинарного диалога обсудили профессор кафедры дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н. Елена Александровна АРАВИЙСКАЯ и врач-психиатр, психотерапевт, заведующий отделением психотерапии Санкт-Петербургского института восстановительной медицины и реабилитации Аркадий Владимирович КУЗНЕЦОВ. Как отметила профессор Е.А. Аравийская, несмотря на многолетний клинический опыт и значительные успехи в лечении акне, в реальной практике встречаются трудности при ведении пациентов, в частности в вопросах диагностики, выбора терапии и отношения к роли дерматокосметики. Акне вульгарные (acne vulgaris) – хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми и закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. Диагноз акне устанавливается на основании устаб, анамнеза и наличия объективных клинических проявлений^{1, 2}. Следует отметить, что, в соответствии с современными рекомендациями, диагноз акне устанавливается на основании клинической

картины, поэтому для его подтверждения не нужно проводить микроскопическое исследование и посев содержимого пустул³. По данным докладчика, дифференциальная диагностика акне чаще всего проводится с розацеа, гранулематозной розацеа и периоральным дерматитом. В отличие от акне розацеа характеризуется формированием центрофациальной эритемы, отсутствием комедонов. При гранулематозной розацеа развивается стойкая папулезная эритема. Характерным признаком гранулематозной розацеа являются папулезные элементы, одинаковые по размеру. В свою очередь, при периоральном дерматите пациенты предъявляют жалобы на чувство жжения. При осмотре определяются мелкие папулы, папуловезикулы, не болезненные при пальпации. Встречается периоральный дерматит, вызванный использованием топических глюкокортикостероидов (ГКС) и косметических средств с жирной основой.

Данные исследований продемонстрировали, что акне оказывают значительное влияние на качество жизни и социальную активность пациентов. Установлено, что у пациентов с тяжелыми акне отмечается более низкая самооценка, меньшие показатели восприни-



Д.м.н., профессор
Е.А. Аравийская

маемой социальной поддержки по сравнению с пациентами, у которых высыпания локализовались на закрытых участках кожного покрова⁴.

В ряде работ доказано психосоциальное воздействие акне, прежде всего в популяции подросткового возраста. Так, низкая самооценка подростков не всегда коррелирует с тяжестью заболевания. Отмечается несоответствие между оценкой тяжести заболевания пациентом и оценкой, выполненной специалистом. У пациентов с акне даже легкой и средней степени тяжести наблюдается высокая распространенность суицидальных мыслей. Различные стрессовые факторы повседневной жизни могут усугубить тяжесть симптомов кожного заболевания в области лица, при этом наличие какого-либо хронического заболевания кожи уже само по себе является для пациента стрессом, что формирует порочный круг^{5, 6}.

¹ Самцов А.В., Аравийская Е.П. Акне и розацеа. М.: Фармтек, 2021.

² Strauss J.S., Krowchuk D.P., Leyden J.J. et al. Guidelines of care for acne vulgaris management. J. Am. Acad. Dermatol. 2007; 56 (4): 651–663.

³ Клинические рекомендации. Акне вульгарные. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020.

⁴ Costeris C., Petridou M., Ioannou Y. Psychological impact of skin disorders on patients self-esteem and perceived social support. J. Dermatol. Skin Sci.

⁵ Руководство по дерматокосметологии. Под ред. Е.П. Аравийской и Е.В. Соколовского. М.: Фолиант, 2008.

⁶ Vilar G.N., Santos L.A., Sobral Filho J.F. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. An. Bras. Dermatol. 2015; 90 (5): 622–629.



А.В. Кузнецов подтвердил, что заболевание акне влияет на психоэмоциональный статус больных, оказывает психологический и социальный эффект. Дерматозы с локализацией на лице характеризуются выраженным психотравмирующим воздействием и значительно снижают качество жизни людей, особенно в подростковом и молодом возрасте. Внешность имеет огромное значение для подростка и во многом влияет на его самооценку, взаимоотношения в коллективе сверстников. В ряде случаев наличие выраженного косметического дефекта кожи может приводить к проблемам психологического характера (тревога, депрессия, стресс) и даже психиатрической патологии, включая суицидальное поведение^{7,8}.

Результаты исследований подтверждают, что акне имеют как психиатрические, так и медицинские характеристики, поэтому для подбора рациональной терапии необходим междисциплинарный подход.

«С учетом психосоциальных последствий акне важно диагностировать и начать лечение подростков уже на ранней стадии заболевания», – подчеркнул Аркадий Владимирович. Психологические последствия подростковых акне могут проявляться спустя много лет у людей зрелого возраста в виде нарушений психоэмоционального статуса, повышения уровня тревожности и склонности к депрессии. Особое значение в комплексном подходе к ведению больных с акне имеет взаимодействие между дерматологами и психотерапевтами. Своевременное выявление нарушений психоэмоционального состояния и на-

значение эффективной терапии на ранней стадии акне позволяют снизить риск развития тяжелых психологических расстройств и улучшить качество жизни больных в будущем.

На сегодняшний день для диагностики заболеваний, мониторинга состояния пациента и обеспечения медицинской помощи все чаще используются мобильные устройства и беспроводные технологии. Современное мобильное приложение «Невросканер» (NeuroScanner) разработано ведущими специалистами в области неврологии и психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева и является быстрым эффективным методом скрининговой диагностики тревожно-депрессивных нарушений.

А.В. Кузнецов отметил, что с помощью мобильного приложения «Невросканер» каждый дерматолог в условиях ограниченного временного ресурса на приеме может получить данные о наличии вегетативных нарушений, уровне тревоги (личностной и ситуативной), депрессии у пациента с акне. Использование данного приложения позволяет в короткий срок назначить терапию пациенту с выявленными нарушениями психоэмоционального статуса или направить его на консультацию к психотерапевту или психиатру.

В качестве дополнительных методов диагностики психоэмоционального статуса у пациентов с акне определяют нейрогенетическую и дерматогенетическую предрасположенность. Для этого анализируют гены, отвечающие за активность серотонина, дофамина, норадреналина, для выявления риска развития тревожно-де-

прессивных расстройств и гены, провоцирующие воспалительные процессы в коже.

Кроме того, у больных с акне оценивают вегетативный статус. Оценка variability ритма сердца методом вариационной пульсометрии с помощью популярных гаджетов, таких как фитнес-трекеры, смарт-часы, может помочь выявить повышенный тонус симпатической нервной системы, выраженный дисбаланс регуляторных процессов на надсегментарном уровне, нарушение нейрогуморальной и центральной регуляции.

Продолжая дискуссию, профессор Е.А. Аравийская акцентировала внимание на вопросах выбора терапии акне. Алгоритм лечения пациентов с акне представлен в клинических рекомендациях РОДВК (2020), а также в Европейском руководстве по терапии акне (2016) и Практическом руководстве Глобального альянса по ведению пациентов с акне (2018). Исходя из современных рекомендаций, топические ретиноиды являются основными препаратами в терапии акне: благодаря своему дозозависимому действию регулируют врожденный иммунитет и поддерживают ремиссию. Доказано, что топические ретиноиды оказывают комплексное воздействие на звенья патогенеза акне, прежде всего на микрокомедоны⁹. В результате действия топических ретиноидов происходит активация генов, изменяющих процессы кератинизации фолликулов, пролиферацию клеток и воспалительную реакцию. Таким образом, топические ретиноиды оказывают комедонолитическое, антипролиферативное и противовоспалительное действие¹⁰.

⁷ Gieler U., Gieler T., Kupfer J.P. Acne and quality of life – impact and management. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2015; 29 (4): 12–14.

⁸ Almutawa Y.M., Bhattarai E., AlGhareeb M., Zhao J. Evaluation of psychiatric comorbidities and quality of life as well as brain-derived neurotrophic factor (BDNF) concentrations among patients suffering from acne vulgaris: a systematic review and meta-analysis. *Cureus.* 2023; 15 (1): e33357.

⁹ Thiboutot D.M., Dréno B., Abanmi A., et al. Practical management of acne for clinicians: an international consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2018; 78 (2-1): S1–S23.

¹⁰ Khalil S., Bardawil T., Stephan C., et al. Retinoids: a journey from the molecular structures and mechanisms of action to clinical uses in dermatology and adverse effects. *J. Dermatolog. Treat.* 2017; 28 (8): 684–696.



Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

При выборе методов топической терапии предпочтение отдается фиксированным комбинациям. В качестве препарата первой линии в лечении большинства воспалительных/комедональных акне рекомендуется применение фиксированной комбинации адапалена и бензоила пероксида (БПО).

Препарат Эффезел® в форме геля для наружного применения содержит адапален 0,1% и БПО 2,5% в фиксированной дозировке. Эффезел® воздействует на все патогенетические факторы развития акне. По данным исследований, препарат обеспечивает видимое снижение числа воспалительных и невоспалительных элементов акне уже на первой неделе терапии. Эффезел® обладает благоприятным профилем безопасности даже при использовании в течение длительного периода (12 месяцев). В нашей стране препарат разрешен к применению с девятилетнего возраста^{11,12}.

Как отметила профессор Е.А. Аравийская, применение антибактериальных монопрепаратов в лечении акне способствует формированию резистентности сопутствующей микрофлоры. Кроме того, антибиотики не предотвращают развитие микрокомедонов и следует избегать их назначения в качестве поддерживающей терапии. Между тем фиксированная комбинация адапалена и БПО эффективно подавляет рост антибиоткорезистентных штаммов *Cutibacterium acnes*. Результаты исследований показали, что Эффезел® – препарат выбора при

лечении акне у пациентов с резистентными штаммами *C. acnes*, позволяющий снизить риск развития резистентности в дальнейшем¹³.

На сегодняшний день получены данные, что традиционные методы наружной терапии при легком и среднетяжелом течении акне так же эффективны, как и системная терапия изотретиноином. По данным метаанализа 31 рандомизированного клинического исследования с участием 3836 пациентов с акне разной степени тяжести, монотерапия системным изотретиноином не показала значительного преимущества по сравнению с классической наружной терапией¹⁴.

Следует подчеркнуть, что в последние годы растет число женщин с поздними формами акне, требующими рационального терапевтического подхода. Накопленные данные свидетельствуют о схожести состава микробиома кожи у взрослых и подростков. Так, в исследовании показано, что акне у взрослых женщин не ассоциированы со специфическим типом *C. acnes*¹⁵. В метаанализе объединенных данных трех многоцентровых рандомизированных клинических исследований установлено, что комбинированный препарат адапалена и БПО в форме геля является эффективным, безопасным и хорошо переносимым средством для лечения акне у взрослых женщин с профилем, аналогичным таковому у девочек подросткового возраста¹⁶.

В настоящее время продолжается активный поиск новых эффектив-

ных методов наружной терапии акне. По словам Елены Александровны, на фармацевтическом рынке представлен ретиноид четвертого поколения трифаротен. В ряде рандомизированных клинических исследований установлена безопасность и эффективность крема с трифаротеном при воспалительных и невоспалительных акне на коже лица и туловища¹⁷.

Далее спикеры обсудили особенности ведения пациентов с акне подросткового возраста. По мнению А.В. Кузнецова, эффективность лечения акне у подростка во многом зависит не только от рациональной терапии, но и от установления доверительных отношений между врачом и пациентом, формирования приверженности пациента к лечению, индивидуального подхода в каждом клиническом случае. Комплексный подход к ведению пациента подросткового возраста включает методы индивидуальной, семейной, групповой психотерапии. Индивидуальную психотерапию должен осуществлять специалист, обладающий знаниями как в области дерматологии, так и психологии, а при наличии у подростка психотической симптоматики и суицидальных тенденций – врач-психиатр. В ряде случаев в основе нарушений психоэмоционального статуса у подростка лежат проблемы в семье, которые можно выявить при проведении семейной психотерапии. Групповая психотерапия показана подросткам при выявленных нарушениях коммуникации, социо-

¹¹ Gollnick H., Draelos Z., Glenn M.J., et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a unique fixed-dose combination topical gel for the treatment of acne vulgaris: a transatlantic, randomized, double-blind, controlled study in 1670 patients. Br. J. Dermatol. 2009; 161 (5): 1180–1189.

¹² Pariser D.M., Westmoreland P., Morris A., et al. Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of adapalene 0.1% and benzoyl peroxide 2.5% for the treatment of acne vulgaris. J. Drugs Dermatol. 2007; 6 (9): 899–905.

¹³ Leyden J.J., Preston N., Osborn C., Gottschalk R.W. In-vivo effectiveness of adapalene 0.1%/benzoyl peroxide 2.5% gel on antibiotic-sensitive and resistant *Propionibacterium acnes*. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2011; 4 (5): 22–26.

¹⁴ Costa C.S., Bagatin E., Martimbiano A.L.C., et al. Oral isotretinoin for acne. Cochrane Database Syst. Rev. 2018; 11 (11): CD009435.

¹⁵ Saint-Jean M., Corvec S., Nguyen J.M., et al. Adult acne in women is not associated with a specific type of *Cutibacterium acnes*. J. Am. Acad. Dermatol. 2019; 81 (3): 851–852.

¹⁶ Gold L.S., Baldwin H., Rueda M.J., et al. Adapalene-benzoyl peroxide gel is efficacious and safe in adult female acne, with a profile comparable to that seen in teen-aged females. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2016; 9 (7): 23–29.

¹⁷ Tan J., Thiboutot D., Popp G., et al. Randomized phase 3 evaluation of trifarotene 50 µg/g cream treatment of moderate facial and truncal acne. J. Am. Acad. Dermatol. 2019; 80 (6): 1691–1699.



фобической симптоматике, для тренинга ассертивности, для формирования навыков самопрезентации и публичных выступлений. Опыт реальной практики свидетельствует об эффективности применения в работе с подростками методов профориентации, которая помогает определить его личностные качества и способности, скорректировать вектор развития.

Медикаментозное лечение при психоэмоциональных нарушениях у пациентов с акне включает различные классы препаратов: атипичные анксиолитики и вегетостабилизаторы, антидепрессанты, антиконвульсанты, нейролептики. Безусловно, тактика выбора медикаментозного лечения больных с акне прежде всего основана на принципах рациональной полифармакотерапии.

К дополнительным методам терапии пациентов с акне относят транскраниальную электростимуляцию, транскраниальную магнитную стимуляцию, метод «биологическая обратная связь», иглорефлексотерапию.

Продолжая тему ведения пациентов с акне, профессор Е.А. Аравийская подчеркнула, что акне – хронический воспалительный дерматоз. Как известно, в развитии воспаления при акне большую роль играют не только внутренние, но и внешние факторы, в частности питание. Определенные продукты питания могут вызывать провоспалительный эффект вследствие воздействия на рецепторы, например, к инсулиноподобному фактору роста 1. В настоящее время получены данные, что пальмитиновая кислота является ключевым индуктором воспаления. Уровень пальмити-

новой кислоты в плазме человека увеличивается при употреблении в пищу большого количества жиров¹⁸. Поэтому чрезмерное употребление продуктов с высоким содержанием жиров, быстрых углеводов способствует ухудшению состояния кожи, вызывая появление воспалительных элементов. Для профилактики акне подросткам необходимо рекомендовать ограничить потребление жирной пищи. Но как это сделать, если подростки так любят продукты фастфуда? Отвечая на этот вопрос, А.В. Кузнецов отметил, что научить подростка придерживаться диеты можно с помощью различных психотерапевтических методик. В большинстве случаев такие способы рациональной психотерапии, как рациональное убеждение, аргументация, достигают своей цели. При адекватной коммуникативной связи между врачом и пациентом информированность подростка, страдающего акне, о связи заболевания с характером питания в большинстве случаев приводит к необходимому результату. В других случаях может понадобиться гипносуггестивная психотерапия с использованием методов лечебных внушений, установок.

В заключительной части своего выступления профессор Е.А. Аравийская прокомментировала проблему образования рубцов при акне. Она отметила, что даже легкое и среднетяжелое течение акне может ассоциироваться с развитием рубцовых изменений. По данным J. Tan и соавт. (2017), рубцы могут развиваться при любой форме акне. К факторам риска образования атрофических рубцов при акне относят наследственность, длительность забо-

левания до начала лекарственной терапии, частые рецидивы, манипуляции с очаговыми поражениями, в том числе самоэксориацию, небрежную экстракцию косметологом¹⁹. Ранняя клинически и патогенетически обусловленная лекарственная терапия акне минимизирует риск образования рубцовых изменений. По данным клинического исследования В. Dreno и соавт. (2017), применение фиксированной комбинации, в состав которой входят адапален 0,1% и БПО 2,5% (Эффезел®), в лечении среднетяжелого акне существенно снижает риск формирования новых атрофических рубцовых изменений²⁰.

В случае развития обострения акне на фоне косметологических процедур одним из препаратов выбора является БПО в концентрации 2,5–5%. Как известно, БПО оказывает выраженное антибактериальное действие на *S. acne*, обладает кератолитическим действием, подавляет продукцию кожного сала. Препарат Базирон® АС в форме геля содержит БПО 2,5% и 5% и инновационную гидрогелевую основу – кополимер метакриловой кислоты (acrylates copolymer, АС). Технология АС обеспечивает всасывание избытка кожного сала, а глицерин – смягчение и увлажнение кожи^{21, 22}. Топический препарат Базирон® АС применяют на старте лечения, особенно при предпубертативных акне (с девяти лет) с умеренным числом угревой сыпи в виде папул и пустул на лице, а также у пациентов подросткового возраста начиная с 12 лет.

Подводя итоги, профессор Е.А. Аравийская отметила, что хронический дерматоз требует назначения максимально эффек-

¹⁸ Jung Y.R., Shin J.M., Kim C.H., et al. Activation of NLRP3 inflammasome by palmitic acid in human sebocytes. *Ann. Dermatol.* 2021; 33(6): 541–548.

¹⁹ Tan J., Thiboutot D., Gollnick H., et al. Development of an atrophic acne scar risk assessment tool. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2017; 31 (9): 1547–1554.

²⁰ Dreno B., Tan J., Rivier M., et al. Adapalene 0.1%/benzoyl peroxide 2.5% gel reduces the risk of atrophic scar formation in moderate inflammatory acne: a split-face randomized controlled trial. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2017; 31 (4): 737–742.

²¹ Инструкция по применению лекарственного препарата Базирон® АС, гель для наружного применения, 2,5%, 5%. № РУ П N014057/01.

²² Самгин М.А., Монахов С.А. Базирон® АС 5% гель в терапии акне. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2003; 4: 37–39.



Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

тивной терапии. Комбинация адапалена и БПО является первой линией в лечении большинства воспалительных и комедональных акне. Кроме того, важным аспектом успешной терапии акне является дополнительное ежедневное применение дерматокосметических средств и соблюдение диеты. В свою очередь, А.В. Кузнецов еще

раз подчеркнул, что акне имеет психотравмирующий эффект и вызывает социальную дезадаптацию пациента. Оптимальный подход к терапии акне сочетает дерматологический протокол лечения и психотерапевтическую коррекцию. Применение методик экспресс-диагностики психоэмоционального статуса повышает результатив-

ность терапии и улучшает качество жизни пациента с акне. Создание устойчивых тандемов дерматологов и психотерапевтов – оптимальное решение для эффективной терапии акне. Разработка цифровых продуктов (обучающие онлайн-платформы, мобильные приложения) – актуальный тренд развития психодерматологии.

РОЗАЦЕА. Диалог дерматолога и психиатра, психотерапевта: экспертный анализ и рекомендации практикующим врачам

Заведующая кафедрой и клиникой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, член-корр. РАН, д.м.н., профессор Ольга Юрьевна ОЛИСОВА и А.В. Кузнецов с точки зрения дерматолога и психотерапевта рассмотрели актуальные вопросы эпидемиологии и терапии розацеа, обсудили влияние этого заболевания на психоэмоциональный статус пациентов. Как отметила профессор О.Ю. Олисова, розацеа встречается у лиц обоих полов в возрасте 30–50 лет, чаще у женщин, имеющих определенную генетическую предрасположенность. Наиболее часто розацеа страдают лица с определенным фототипом (I и II) и чувствительной кожей¹. По данным эпидемиологических исследований, в странах Европы заболеваемость розацеа в среднем составляет от 1,5 до 10%. В России розацеа встречается у 5% населения^{23, 24}.

Группа экспертов Глобального консенсуса по диагностике и лечению розацеа (Global Rosacea Consensus, ROSCO) в 2016 г. ре-

комендовала подход к диагностике и классификации розацеа на основе фенотипа заболевания. При этом фенотипом считаются индивидуальные проявления симптомов розацеа у пациента. Таким образом, для каждого определенного пациента характерны те или иные проявления в большей степени. В 2002 г. международная группа экспертов опубликовала руководство по критериям диагностики розацеа, которое описывает четыре подтипа данного заболевания: эритематозно-телеангиэктатический, папуло-пустулезный, фиматозный и офтальморозацеа²⁵. Однако данные клинической практики показывают, что у пациентов часто присутствует наложение различных симптомов, что означает наличие более чем одного подтипа заболевания²⁶.

В настоящее время к основным клиническим критериям диагностики розацеа относят такие симптомы, как транзиторная эритема, стойкая эритема, папулы и пустулы, телеангиэктазии. Наличие одного или двух из них дает возможность поставить диагноз. Также для постановки диагноза розацеа используются один или несколько



Чл.-корр РАН,
д.м.н., профессор
О.Ю. Олисова



А.В. Кузнецов

дополнительных критериев, таких как жжение, покалывание, отек лица, сухость кожи лица, воспалительные бляшки, «глазные» симптомы (офтальморозацеа), фиматозные изменения²⁵.

По словам докладчика, дополнительные лабораторные исследования при розацеа проводить не сле-

²³ Клинические рекомендации. Розацеа. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>.

²⁴ Tan J., Schöfer H., Araviiskaia E., et al. Prevalence of rosacea in the general population of Germany and Russia – the RISE study. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2016; 30 (3): 428–434.

²⁵ Wilkin J., Dahl M., Detmar M., et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society expert committee on the classification and staging of rosacea. J. Am. Acad. Dermatol. 2002; 46 (4): 584–587.

²⁶ Del Rosso J.Q. Advances in understanding and managing rosacea. Part 2. The central role, evaluation, and medical management of diffuse and persistent facial erythema of rosacea. J. Clin. Aesthet. Dermatol. 2012; 5 (3): 26–36.



В настоящее время к основным клиническим критериям диагностики розацеа относят такие симптомы, как транзиторная эритема, стойкая эритема, папулы и пустулы, телеангиэктазии. Наличие одного или двух из них дает возможность поставить диагноз.

дует. Также не рекомендуется применять микроскопию с целью обнаружения *Demodex* и проводить посев содержимого пустул. Инструментальные диагностические исследования при розацеа не применяются²³.

Дифференциальная диагностика розацеа проводится с акне, болезнями соединительной ткани (дерматомиозит, дискоидная красная волчанка), периоральным или стероидным дерматитом, себорейным дерматитом, контактным дерматитом (фотодерматит) и другими дерматозами.

Профессор О.Ю. Олисова отметила, что для проведения дифференциальной диагностики розацеа в клинической практике необходимо знать особенности клинической картины дерматозов. Так, у пациентов с розацеа не встречаются открытые и закрытые комедоны, в отличие от акне. В свою очередь периоральный (розацеа-подобный) дерматит локализуется исключительно в периоральной области. Клиническим признаком заболевания является наличие полоски здоровой кожи вокруг губ, вокруг которой наблюдаются полусферические мелкие папулы, папуловезикулы на диффузно воспаленной эритематозной коже. Наибольшее значение в развитии периорального дерматита имеют косметика и наружное применение ГКС²⁷.

Контактный дерматит проявляется ярко выраженной эритемой с четкими границами с локализацией на открытых участках кожи. Дерматомиозит характеризуется гелиотропная сыпь – лиловые или красные высыпания на верхних веках и в пространстве между верхним веком и бровью (симптом «лиловых очков»), часто в сочетании с отеком вокруг глаз. Сыпь может располагаться на лице, груди, шее, на верхней части спины и верхних отделах рук, животе, бедрах и голенях.

При дискоидной красной волчанке у пациентов выявляют эритему с четкими границами, участки гипер- и депигментации, фолликулярный гиперкератоз. У пациентов с дискоидной красной волчанкой развивается рубцовая атрофия.

Очаги себорейного дерматита возникают на волосистой части головы, лице (область надпереносья, брови, носогубные складки, щеки), ушах, верхней части туловища. Развивается эритема красного цвета с желтоватым оттенком, на поверхности – жирные чешуйки. Пациенты с себорейным дерматитом отмечают улучшение в летний период.

Современные алгоритмы лечения розацеа отражены в российских и международных клинических рекомендациях. В соответствии

с рекомендациями ROSCO (2016), лекарственные препараты для лечения розацеа следует подбирать индивидуально с учетом клинической картины. При сочетании нескольких клинических проявлений заболевания терапия должна включать более одного препарата, а также ежедневный уход за кожей лица, физиотерапевтические процедуры.

В схему ежедневного ухода за кожей пациентов с розацеа должны быть включены следующие условия: исключение или уменьшение влияния триггерных факторов; применение солнцезащитных средств с SPF не менее 30; использование очищающих и увлажняющих дерматокосметических средств, специально разработанных для чувствительной кожи пациентов с розацеа²⁸.

Эксперты ROSCO в качестве препаратов выбора для лечения стойкой эритемы и воспалительных элементов (папул, пустул) при розацеа рекомендуют бримонидин и ивермектин соответственно²⁹.

В клинических рекомендациях РОДВК (2020) отмечено, что наружное лечение является предпочтительным для всех типов розацеа, за исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные синтетические ретиноиды. В качестве наружной терапии пациентам с розацеа рекомендован ивермектин в виде крема 1%. Крем наносят на кожу лица один раз в сутки (на ночь) ежедневно на протяжении всего курса лечения папуло-пустулезного подтипа розацеа – до четырех месяцев. При необходимости курс лечения можно повторить.

²⁷ Круглова Л.С., Стенько А.Г., Грязева Н.В. и др. Акне и розацеа. Клинические проявления, диагностика и лечение. Под ред. Л.С. Кругловой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

²⁸ Tan J., Almeida L.M.C., Bewley A., et al. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. Br. J. Dermatol. 2017; 176 (2): 431–438.

²⁹ Schaller M., Almeida L.M.C., Bewley A., et al. Rosacea treatment update: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. Br. J. Dermatol. 2017; 176 (2): 465–471.



Сателлитный симпозиум компании ООО «ГАЛДЕРМА»

Также эксперты РОДВК рекомендуют применять для лечения розацеа бримонидина тартрат в форме 0,5%-ного геля. Небольшое количество препарата (размером со спичечную головку) наносится тонким слоем на кожу лица один раз в сутки (утром) для лечения стойкой эритемы лица при розацеа. Эффект развивается уже через 30 минут после применения препарата, достигает максимума через три – шесть часов и длится до 12 часов. Бримонидина тартрат в форме геля эффективен при длительной ежедневной терапии. Одновременная комбинированная наружная терапия ивермектином один раз в сутки на ночь и бримонидина тартратом один раз в сутки утром у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением папуло-пустулезной розацеа позволяет достичь оптимального результата лечения²³.

Ивермектин является противопаразитарным средством широкого спектра действия и обладает множеством потенциальных эффектов для лечения целого ряда заболеваний. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой эффективности ивермектина в лечении розацеа. Так, показано, что ивермектин обладает более выраженным эффектом в отношении снижения числа воспалительных элементов при розацеа по сравнению с метронидазолом. В результате терапии кремом ивермектина было на 60% больше пациентов, достигших оценки «чистая кожа», по сравнению с кремом метронидазола³⁰.

Докладчик подчеркнула, что согласно концепции CLEAR целью

терапии розацеа должно быть достижение пациентом состояния «чистая кожа». У пациентов, достигших этого состояния, отмечаются значимое повышение качества жизни и большая удовлетворенность результатами лечения³¹.

А.В. Кузнецов с позиции психотерапевта охарактеризовал роль психоэмоционального фактора в течении розацеа. Он подчеркнул, что клинические проявления розацеа негативно сказываются на психическом здоровье и качестве жизни пациентов. Исследования показали, что симптомы розацеа являются причиной возникновения у них тревоги, депрессии, снижения социальной адаптации, низкой самооценки. Эффективное лечение клинических симптомов розацеа приводило к значительному улучшению психологического статуса пациентов³².

Данные датского когортного исследования с участием 4 632 341 пациента с розацеа легкой и среднетяжелой степени подтвердили, что субъективное восприятие тяжести заболевания повышено у пациентов даже с легкой формой розацеа. Как легкая, так и среднетяжелая формы розацеа повышают риск депрессии и тревожных расстройств, особенно у пациентов молодого возраста³³.

По другим данным, у пациентов с розацеа наблюдается высокий риск развития фобических расстройств и обсессивно-компульсивного расстройства. Установлено, что у пациентов с розацеа риск развития психических расстройств в 2,76 раза выше по сравнению со здоровыми людьми³⁴.

Докладчик отметил, что улучшение качества жизни пациентов – основная задача терапии розацеа. Ключевыми целями лечения являются достижение контроля над заболеванием, уменьшение дискомфорта от проявлений заболевания, улучшение внешнего вида пациента, поддержка ремиссии при помощи поддерживающих мер.

На сегодняшний день в клинической практике для оценки степени негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента используется дерматологический индекс качества жизни. Результаты данного опросника могут применяться в качестве критерия оценки эффективности лечения дерматологического заболевания. Индекс рассчитывается путем суммирования баллов по каждому вопросу. Результат может варьироваться от 0 до 30 баллов. Чем ближе показатель к отметке 30 баллов, тем более негативно заболевание сказывается на качестве жизни пациента.

Исследования последних лет свидетельствуют о роли нейрогенного воспаления в основе патогенеза розацеа. В 2011 г. исследователями был предложен новый подтип розацеа (нейрогенная розацеа) для небольшой подгруппы резистентных к терапии пациентов с розацеа, страдающих неврологическими и нейропсихиатрическими расстройствами. Среди пациентов с нейрогенной розацеа были распространены регионарный болевой синдром, эссенциальный тремор, депрессия и обсессивно-компульсивное расстройство. Кроме того, у больных часто встречалась дизестезия, несоразмер-

³⁰ Taieb A., Ortonne J.P., Ruzicka T., et al. Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0.75% cream in treating inflammatory lesions of rosacea: a randomized, investigator-blinded trial. *Br. J. Dermatol.* 2015; 172 (4): 1103–1110.

³¹ Webster G., Schaller M., Tan J., et al. Defining treatment success in rosacea as 'clear' may provide multiple patient benefits: results of a pooled analysis. *J. Dermatolog. Treat.* 2017; 28 (5): 469–474.

³² Heisig M., Reich A. Psychosocial aspects of rosacea with a focus on anxiety and depression. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2018; 11: 103–107.

³³ Egeberg A., Hansen P.R., Gislason G.H., Thyssen J.P. Patients with rosacea have increased risk of depression and anxiety disorders: a Danish nationwide cohort study. *Dermatology.* 2016; 232 (2): 208–213.

³⁴ Hung C.T., Chiang C.P., Chung C.H., et al. Risk of psychiatric disorders in rosacea: a nationwide, population-based, cohort study in Taiwan. *J. Dermatol.* 2019; 46 (2): 110–116.



РОДВК (2020) отмечено, что наружное лечение является предпочтительным для всех типов розацеа, за исключением гипертрофического, при котором наиболее эффективными оказываются хирургическое лечение и системные синтетические ретиноиды

ная гиперемии, что представляло непростую клиническую задачу для дерматологов. В ходе исследования было установлено, что к наиболее эффективным методам лечения у данной группы пациентов относятся габапентин, прегабалин, трициклические антидепрессанты, антиконвульсанты³⁵.

В международном исследовании BURDEN, проведенном при поддержке компании «ГАЛДЕРМА» в 2020 г., оценивали масштабы психосоциального бремени розацеа и псориаза с поражением кожи лица. Анализ данных опроса врачей и пациентов из шести стран (США, Канада, Франция, Италия, Германия, Польша) показал, что при оценке качества жизни больных врачи склонны недооценивать влияние розацеа на повседневную деятельность, семейную жизнь, работу и психосоциальный статус по сравнению с псориазом. У пациентов с розацеа наиболее частыми были невидимые симптомы, такие как зуд, покалывание и жжение. Эксперты пришли к выводу, что целью лечения розацеа и псориаза должно быть исчезновение не только видимых объективных, но и невидимых субъективных симптомов заболевания. Врачам рекомендуется информировать пациентов об особенностях течения заболевания, обсуждать с ними влияние видимых и невидимых симптомов дерматоза, помогать понять преимущества стремления к дости-

жению показателя «чистая кожа» как цели лечения для улучшения исходов заболевания. Результаты исследования продемонстрировали тяжесть психосоциального бремени розацеа и подтвердили необходимость комплексного подхода к лечению для достижения ремиссии заболевания и улучшения психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов³⁶.

В заключение А.В. Кузнецов еще раз подчеркнул важность применения в клинической дерматологической практике мобильного приложения «Невросканер» для быстрой и эффективной оценки психоэмоционального статуса пациентов, страдающих дерматозами. Для лечения пациентов с розацеа с выявленными психоэмоциональными нарушениями применяют лекарственные и нелекарственные методы психотерапии.

В заключительной части дискуссии член-корр. РАН, профессор О.Ю. Олисова представила разбор клинических случаев применения ивермектина (Солантра®) и бримонидина тартрата (Мирвазо® Дерм) в терапии пациентов с различными подтипами розацеа.

Пациент, 38 лет, предъявлял жалобы на высыпания на лице, чувство стягивания кожи, жжение. Диагноз: папуло-пустулезный подтип розацеа, обострение в течение трех недель (тяжелая степень). Ранее получал системную терапию доксициклином, наруж-

ную – метронидазолом. Назначение крема Солантра® один раз в сутки вечером в течение трех месяцев способствовало купированию воспалительных элементов, значительному улучшению качества жизни и психоэмоционального состояния.

Пациентка, 43 года, обратилась с жалобами на высыпания на лице, сопровождающиеся зудом, жжением. Диагноз: розацеа, эритематозно-телеангиэктатический подтип среднетяжелой степени тяжести, обострение в течение пяти недель, выраженная эритема. Предшествующая терапия: курс системных антибиотиков, растительные примочки, пимекролимус, такролимус, клиндамицин, ивермектин. На фоне лечения наблюдалось улучшение, но оставалась эритема. Больной назначено лечение: миноциклин 100 мг в сутки в течение одного месяца, наружно: 0,5% гель бримонидина тартрата (Мирвазо® Дерм) один раз в сутки утром в течение шести месяцев. После лечения у пациентки отмечено выраженное улучшение состояния кожи лица до показателя «чистая кожа», исчезновение эритемы.

Докладчик подчеркнула, что применение препаратов ивермектина (Солантра®) и бримонидина тартрата (Мирвазо® Дерм) в комплексной терапии розацеа позволяет добиться хорошего клинического эффекта и улучшить качество жизни большинства пациентов.

Таким образом, ведение пациентов с социально значимыми дерматозами подразумевает комплексный междисциплинарный подход к диагностике и лечению, включающий оценку дерматологического и психоэмоционального статуса, применение современных топических препаратов с доказанной эффективностью и безопасностью. ●

³⁵ Scharschmidt T.C., Yost J.M., Truong S.V., et al. Neurogenic rosacea: a distinct clinical subtype requiring a modified approach to treatment. Arch. Dermatol. 2011; 147 (1): 123–126.

³⁶ Steinhof M., Tan J. Beyond the visible rosacea and psoriasis of the face. BMJ Hosted Content 2020. <https://hosted.bmj.com/rosaceabeyondthevisible>

GALDERMA

EST. 1981

Эффезел® 0,1% / 2,5% гель адапален / БПО ф.к.*

Оригинальный¹ комбинированный
лекарственный препарат
для наружной терапии акне с 9 лет и старше²

Эффезел® – воздействует на все
патогенетические факторы развития акне²⁻⁵

Эффезел® – единственный комбинированный
препарат, рекомендуемый для терапии акне,
поддерживающей терапии акне
и профилактики рубцов пост-акне⁶

Эффезел® удобен в применении –
формирует приверженность
к лечению со стороны пациента⁷



*фиксированная комбинация



1. Сведения о первой регистрации препаратов доступны на сайте Европейского Медицинского Агентства по адресу <https://www.ema.europa.eu/>
2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Эффезел®, рег. уд. № ЛП-000738
3. Gollnick H. et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a unique fixed-dose combination topical gel for the treatment of acne vulgaris: a transatlantic, randomized, double-blind, controlled study in 1670 patients. *British Journal of Dermatology*, 2009
4. Thiboutot D., Gollnick H., Bettoli V. et al. New insights into the management of acne: An update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Group. *J Am Acad Dermatol*, 2009; 60:S1-50;
5. Tan J. et al. Synergistic efficacy of adapalene 0.1%-benzoyl peroxide 2.5% in the treatment of 3855 acne vulgaris patients. *J Dermatol. Treat.* 2011, 22(4):197-205.
6. Клинические рекомендации. Акне вульгарные. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020 г. <https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>
7. Maria J. Rueda. Acne subject preference for pump over tube for dispensing fixed-dose combination adapalene 0,1%/benzoyl peroxide 2,5% gel. *Dermatol Therapy*, 2014

ООО «ГАЛДЕРМА», Россия 123112, Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 15, этаж 34, офис 34.01,
тел.: +7 (495) 540-50-17, e-mail: PV.Russia@galderma.com

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА
МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

RU-EDG-2300004/0723

ВЕЙНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

14-16 февраля
2024 года



БЦ «Центр международной торговли» (Краснопресненская наб., д. 12, подъезд 4)

Междисциплинарная конференция «Вейновские чтения» посвящена актуальным вопросам неврологии и вот уже на протяжении 20 лет успешно объединяет ведущих специалистов и ученых стран ближнего и дальнего зарубежья.

Созданная учениками легендарного академика Александра Моисеевича Вейна, конференция несет в себе задачу не только повысить уровень знаний и профессионализм врачей, но и создать условия для междисциплинарного диалога.

**УЧАСТИЕ БЕСПЛАТНОЕ.
ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ РЕГИСТРАЦИЯ НА МЕРОПРИЯТИЕ
И ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО QR-КОДУ**



Реклама

Темы и направления конференции

- Превентивная персонализированная неврология
- Ранняя диагностика и предотвращение нейродегенеративных заболеваний
- Неврология детского, среднего и пожилого возраста. Гендерная неврология
- Острые и хронические нарушения мозгового кровообращения
- Рассеянный склероз. Эпилепсия. Когнитивные нарушения. Деменция. БАС. Головокружение
- Болезнь Паркинсона и другие расстройства движений
- Спинальная мышечная атрофия, другие нервно-мышечные заболевания
- Полинейропатии и другие заболевания периферической нервной системы
- Нейроинфекции. Нервные болезни и COVID-19
- Редкие генетические заболевания. Болезнь Фабри. Болезнь Помпе
- Междисциплинарная неврология. Нейроревматология
- Нейрохирургия. Взаимодействие неврологов и нейрохирургов
- Нейрореабилитация. Взаимодействие неврологов и специалистов функциональной реабилитационной медицины
- Взаимодействие неврологов и психиатров, терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов, ревматологов, акушеров, гинекологов и др. специалистов
- Функциональные расстройства в неврологической практике
- Болевые синдромы в неврологической и общей врачебной практике
- Нейронутрициология. Нутриенты, микроэлементы и нервные болезни. Нутритивная поддержка. Микробиота и болезни нервной системы
- Нейропсихиатрия. Стресс и болезни нервной системы. Вегетативные нарушения. Тревога. Депрессия. Нарушения сна и бодрствования
- Фармакотерапия нервных болезней. Фармакогенетика
- Нелекарственные методы профилактики и лечения нервных болезней. Психотерапия болезней нервной системы. Арт-терапия и болезни мозга
- Инновационные технологии для диагностики и лечения нервных болезней

План научно-практических мероприятий РОДВК на 2024 год



ОСНОВАНО 9 АВГУСТА 1885 ГОДА

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ
ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ
И КОСМЕТОЛОГОВ»



ФГБУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
И КОСМЕТОЛОГИИ» МИНЗДРАВА
РОССИИ

Утвержден решением 24 Конференции РОДВК 19 сентября 2023 года.

1 марта
Самара



XII Конференция дерматовенерологов и косметологов Самарской области

Организуется Самарским региональным отделением РОДВК

29 марта
Ульяновск



Конференция дерматовенерологов и косметологов Ульяновской области

Организуется Ульяновским региональным отделением РОДВК

5 апреля
Рязань



VIII Конференция дерматовенерологов и косметологов Центрального федерального округа

Организуется Рязанским региональным отделением РОДВК

19 апреля
Грозный



VIII Конференция дерматовенерологов и косметологов Северо-Кавказского федерального округа

Организуется Чеченским региональным отделением РОДВК

23–24 мая
Волгоград



XI Конференция дерматовенерологов и косметологов Южного федерального округа

Организуется Волгоградским региональным отделением РОДВК

7 июня
Владивосток



III Конференция дерматовенерологов и косметологов Дальневосточного федерального округа

Организуется Приморским региональным отделением РОДВК

6 сентября
Астрахань



Конференция дерматовенерологов и косметологов Астраханской области

Организуется Астраханским региональным обществом РОДВК

17–20 сентября
Москва



XXIV Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов

Организуется Российским обществом дерматовенерологов и косметологов

4 октября
Севастополь



X Конференция дерматовенерологов и косметологов Крыма

Организуется региональными отделениями РОДВК г. Севастополь и Республики Крым

17–18 октября
Новосибирск



XIV Конференция дерматовенерологов и косметологов Сибирского федерального округа

Организуется Новосибирским региональным отделением РОДВК

24–26 октября
Санкт-Петербург



XVIII «Санкт-Петербургские дерматологические чтения»

Организуется Санкт-Петербургским региональным отделением РОДВК

14–15 ноября
Казань



XIV Конференция дерматовенерологов и косметологов Приволжского федерального округа

Организуется региональным отделением РОДВК Республики Татарстан



Никсар®

Биластин

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



Никсар улучшает качество жизни²⁻⁴

Сокращенная информация по применению препарата Никсар® (биластин, 20 мг, таблетки).

Показания к применению: симптоматическое лечение аллергического (сезонного и круглогодичного) риноконъюнктивита; для облегчения чихания, ринореи, зуда и заложенности носа, ощущения зуда и жжения в глазах, покраснения глаз, слезотечения; симптоматическое лечение крапивницы; для уменьшения кожного зуда и сыпи. Биластин 20 мг показан к применению у взрослых и детей старше 12 лет. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к биластину или вспомогательным компонентам препарата; возраст до 12 лет; беременность и период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** Внутрь. Взрослые и дети старше 12 лет: по 1 таблетке препарата Никсар® (20 мг биластина), один раз в сутки. Таблетку принимают за 1 час до или через 2 часа после еды (или фруктового сока), запивая достаточным количеством воды. Риска на таблетке предназначена только для деления таблетки с целью облегчения проглатывания, но не для деления таблетки на две равные дозы. Рекомендуется принимать суточную дозу целиком за один прием. Пациентам с нарушением функции печени, пациентам с нарушением функции почек и пожилым пациентам коррекция дозы не требуется. **Побочное действие:** у пациентов с аллергическим ринитом или хронической идиопатической крапивницей, получавших биластин в дозе 20 мг, общая частота возникновения нежелательных явлений была сопоставима с таковой у пациентов, получавших плацебо (12,7% и 12,8%, соответственно). **Особые указания:** У пациентов с почечной недостаточностью средней или тяжелой степени следует избегать одновременного применения ингибиторов биластина и Р-гликопротеина таких как, например, кетоконазол, эритромицин, циклоспорин, ритонавир или дилтиазем. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. Подробная информация содержится в полном тексте инструкции по применению препарата Никсар® ЛП-003735-290422. Пожалуйста, прочтите полный текст инструкции, чтобы ознакомиться с полным перечнем нежелательных явлений, противопоказаний и мерами предосторожности при применении препарата. Информация для специалистов здравоохранения.

¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Никсар® ЛП-003735-290422.

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

³ Bachert C et al. Allergy. 2009;64:158-65.

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