6 *TRICHOPHYTON INDOTINEAE* — ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В ОБЛАСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ В МИРЕ И РОССИИ

12 ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА

НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ

#11(51)
ОКТЯБРЬ
2025

WWW.NADC.RU

ИНТЕРВЬЮ

Междисциплинарное взаимодействие акушера-гинеколога и дерматовенеролога — когда, зачем и для чего?

НА ВОПРОС, ВЫНЕСЕННЫЙ В ЗАГОЛОВОК ЭТОГО МАТЕРИАЛА, В ИНТЕРВЬЮ НАШЕЙ ГАЗЕТЕ ОТВЕТИЛА ИННА АНАТОЛЬЕВНА АПОЛИХИНА, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РФ, ЗАВЕДУЮЩАЯ ОТДЕЛЕНИЕМ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НМИЦ АГП ИМ. В.И. КУЛАКОВА МИНЗДРАВА РОССИИ, ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ, ПЕРИНАТОЛОГИИ И РЕПРОДУКТОЛОГИИ ИПО ПЕРВОГО МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА МИНЗДРАВА РОССИИ.

Врачебное сообщество заметило и отнеслось с интересом к только что опубликованной книге «Заболевания кожи и инфекции, передаваемые половым путем, в акушерско-гинекологической практике: руководство для врачей», авторы которой — вы и профессор Н. Н. Потекаев. И в ней, уже судя по ее названию, среди болезней вы особо выделили инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), то есть наиболее типичные венерические заболевания. Значит ли это, что вы и Николай Николаевич сочли именно эти заболевания самыми значимыми и в акушерско-гинекологической практике, и в плане междисциплинарного взаимодействия акушера-гинеколога и дерматовенеролога среди всех кожных болезней?

— Действительно, инфекции, передаваемые половым путем, традиционно являются центром внимания двух наших специальностей. Убеждена, что только тесный альянс этих специалистов поможет решать такие проблемы. И объясню, почему.

С одной стороны, казалось бы, почему бы дерматовенерологу самостоятельно не пролечить, например, хламидиоз и гонорею? Ведь это общепризнанные мишени для работы такого врача в борьбе за здоровье человека. Но как раз здесь помощь гинеколога не просто важна, она необходима.

Мы переживаем сегодня сложную демографическую ситуацию. Поэтому мы должны сохранить способность женщины к деторождению, и в контексте этой проблемы часто приводящие к бесплодию заболевания из группы ИППП имеют огромную социальную значимость. Поэтому, когда дерматовенеролог пролечил

Продолжение на стр. 2

3
MEIDAM 2025: российский вклад в юбилейный конгресс

8
Фототерапия заболеваний кожи

10
100 лет на страже здоровья. Юбилей калужского областного клинического кожно-венерологического диспансера

НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

19 ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

Москва 17-19 марта 2026

ИНТЕРВЬЮ

Окончание. Начало на стр. 1

супружескую пару, где оба страдали, например, хламидиозом или гонореей, своевременная консультация гинеколога окажется очень полезной, потому что мы вовремя предотвратим бесплодие у женщины. Напомню, что обе эти инфекции часто сопровождаются воспалительными заболеваниями органов малого таза. Это, в свою очередь, чревато тем, что фаллопиевы трубы становятся непроходимыми, развивается спаечный процесс — и женщина оказывается бесплодной.

Еще одна важная причина, по которой необходимо наше взаимодействие, заключается в том, что ИППП обычно требуют антибиотикотерапии. Но ситуация с антибиотикорезистентностью сегодня очень сложна, и проблема усугубляется тем, что фармкомпании практически перестали выводить на рынок новые антибиотики. Не могу здесь не вспомнить, что пандемия COVID-19 всем нам очень навредила в том, что женщины тогда часто самолечились антибиотиками, да и врачи нередко необоснованно назначали эти препараты. Это привело к значительному росту антибиотикорезистентности. В результате врачу, который ведет больного с ИППП, нередко приходится отходить от стандартных алгоритмов фармакотерапии и изыскивать альтернативные пути. И здесь тандем акушера-гинеколога и дерматовенеролога будет залогом успешной терапии, в результате которой мы сможем защитить женщину от бесплодия.

Кроме того, сегодня не только хламидиоз и гонорея, но и другие ИППП часто имеют стертое течение вместо «классической» воспалительной реакции с высокой температурой и характерными симптомами. Опыт показывает, что правильно поставить диагноз и провести грамотное лечение лучше сможет именно тандем гинеколога и дерматовенеролога. И в этом ключе, по-моему, очень правильно то, что отечественные клинические рекомендации по лечению ИППП написаны двумя профессиональными сообществами.

— По вашему мнению, каких знаний и опыта, которыми обладает гинеколог, чаще всего не хватает дерматовенерологу, если его пациентка страдает ИППП?

— В классических ситуациях диагноз ИППП не представляет сложностей. Однако под маской хронического инфекционного процесса могут протекать некоторые гинекологические расстройства, в том числе заболевания, связанные с нарушением микробиологических сообществ влагалища. Гинекологи оценивают не только статус инфекции как таковой, но и локализацию поражений тех участков, где происходят патологические изменения.

Так вот шейка матки — это тот орган, в работу с которым в наибольшей степени вовлечены гинекологи, потому что именно мы проводим профилактику рака шейки матки (РШМ). Сейчас доказано, что не только вирус папилломы человека (ВПЧ) является патогенетическим агентом этой опухоли, но и нарушение микробиоты влагалища способствует развитию злокачественной трансформации, итогом которой может стать развитие РШМ. Инфекции, передаваемые половым путем, традиционно лечат дерматовенерологи, но если говорить о ШМ, то здесь в терапию больше вовлечены акушеры-гинекологи, потому что именно они прежде всего обладают знаниями для борьбы с заболеваниями этой локализации репродуктивных органов.

— Приведите, пожалуйста, пример клинической ситуации с ИППП, когда дерматолог чаще всего обращается за помощью к коллеге гинекологу.

— Я думаю, что чаще всего это различные расстройства, которые может вызывать ВПЧ как доказанный фактор развития РШМ, а также полового члена мужчины. Папилломы традиционно лечат дерматовенерологи. Но это вирусное заболевание часто ассоциировано с патологией ШМ. А акушеры-гинекологи имеют в своем арсенале все методы лечения данной локализации. Причем уточню, что мы лечим не саму вирусную инфекцию, а патологический участок, который развивается под влиянием ВПЧ. И именно мы, гинекологи, активно проводим вакцинацию, чтобы не допустить развитие РШМ, а также остроконечных кондилом.

Коллектив отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова

В этом лечебном процессе положительная роль дерматологов очень заметна, потому что инфицирование ВПЧ часто ассоциировано с заболеваниями вульвы. И уже если говорить о ситуациях, когда мы, акушеры-гинекологи, без дерматовенерологов точно никуда, и на примере которых особенно заметно, как наши специальности могут плодотворно взаимодополнять друг друга, так это кожные проявления различных заболеваний вульвы.

Дерматозы вульвы считаются кожными заболеваниями, и потому это традиционная зона ответственности дерматовенеролога. Думается, что помощь такого специалиста прежде всего заключается в дифференциальной диагностике, например, получении ответа на вопрос, имеет место вирус-ассоциированное заболевание или какой-то другой дерматоз.

— Если при терапии такой больной дерматовенеролог и гинеколог начали взаимодействовать, как они разделят работу?

— Но ее не надо делить! Наоборот, своими действиями эти специалисты должны дополнять вклад друг друга в борьбе с болезнью. Если первичное заболевание пациентки связано с ШМ, то здесь, конечно, гинеколог выступит как ведущий специалист. Но если процесс распространился на вульву, ему поможет дерматовенеролог. Тем более если дерматоз вульвы, в частности красный плоский лишай (КПЛ), первичен, то главную роль в лечении сыграет дерматовенеролог. Но если у таких дерматозов появятся осложнения, относящиеся к частям тела, которые лечит гинеколог, то, соответственно, этот врач придет на помощь.

— Что выиграет больная с ИППП, если ее будет лечить эта маленькая бригада врачей, по сравнению с ситуацией, если бы ее вел только дерматовенеролог?

— В первую очередь будут исключены возможные сопутствующие гинекологические осложнения и будет уделено особое внимание сохранению репродуктивной функции. Более того, когда речь заходит о беременных пациентках, то назначение терапии ИППП возможно только при совместном ведении с акушером-гинекологом. Ведь только он способен грамотно оценить акушерский анамнез и все возможные риски. И поскольку во время беременности такие тяжелые дерматозы, как псориаз, атопический дерматит и другие крайне опасны, мы здесь всегда подключаем дерматовенерологов.

— Мы обсудили оптимальный вариант лечения инфекций, передаваемых половым путем, но что вы видите в реальной практике здравоохранения, скажем, московского региона? Осуществляется ли такое взаимодействие или остается только благим пожеланием?

— К сожалению, такой вариант взаимодействия происходит заметно реже, чем в нем возникает необходимость. Очень хотелось бы более тесного сотрудничества врачей. Конечно, я представляю крупнейшее в России, да и в мире, учреждение, каким является НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова. И дерматологи есть не только в общем штате нашего центра, но и в руководимом мной отделении эстетической гинекологии и реабилитации. Эти коллеги настолько востребованы в нашем лечебном процессе, что, честно говоря, я просто не представляю, как бы мы без них работали.

— И в руководимом вами отделении вы чаще всего взаимодействуете с дерматовенерологами именно при лечении ИППП?

— Как раз нет. Наше отделение — особая структура. Фактически мы действуем как Всероссийский центр по заболеваниям вульвы. Ежемесячно у нас получают лечение около 500 женщин со всей страны. Это пациентки со склерозирующим лишаем, красным плоским лишаем, вульварными интраэпителиальными неоплазиями, остроконечными кондиломами и др. Мы корректируем и функциональные нарушения, выполняем вмешательства по улучшению эстетического вида наружных половых органов, а также лечим интраэпителиальные неоплазии ШМ, влагалища и вульвы. В борьбе с этими болезнями мы накопили уникальный опыт по применению высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука (HIFU), который может быть интересен и полезен дерматовенерологам.

— Назовите, пожалуйста, другие, помимо ИППП, наиболее распространенные заболевания кожи и вульвы, где становится необходимым междисциплинарное взаимодействие?

— На первое место я бы поставила склерозирующий лишай вульвы (СЛВ) и КПЛ. Эти дерматозы очень часто имеют стертую или нетипичную клиническую картину, протекают бессимптомно и нередко остаются недиагностированными. Затем я назвала бы атопический дерматит, псориаз, нейродермит и др.

— А если обратиться к акушерско-гинекологическим заболеваниям, то когда специалисту по этим болезням чаще всего приходится обращаться к дерматовенерологу?

— Чаще всего помощь дерматовенеролога требуется для дифференциальной диагностики дерматозов в области вульвы. Другие часто встречаемые ситуации — это атопический дерматит, простой хронический лишай, псориаз. Очень важно понимать уже на этапе диагностики, какую дальнейшую тактику разрабатывать и какой врач будет ведущим в данной ситуации.

Особенно важны оба мнения при сочетании дерматоза, например, СЛВ и ВИН, уже предракового процесса. При такой коморбидности рак вульвы развивается более чем в 5% случаев, и наша задача — это предотвратить.

По моим наблюдениям, гинекологи еще знают, как лечить склерозирующий лишай, но вот по КПЛ у многих знаний недостаточно. Поэтому, когда диагностировано сочетание этих болезней, взаимодействие гинеколога и дерматовенеролога окажется очень полезным.

— Вместе с вашим соавтором вы создали большую книгу — свыше 400 страниц. Почему вы решили столь солидным материалом обратиться именно к теме кожных болезней в практике гинеколога?

— Мы работаем в одной анатомической области, и многие гинекологические заболевания могут протекать под маской кожных. Поэтому мы хотели обратить столь пристальное внимание врачей на эту междисциплинарную проблему и призвать к более тесному сотрудничеству. Думается, что нам удалось создать первую настольную книгу для врачей по этим темам, уникальную тем, что она написана авторским коллективом высокого профессионального уровня. Важно и то, что в нашем руководстве все авторы поделились собственным опытом лечения больных. Значительное место в нашем труде принадлежит заболеваниям вульвы. Ведь в последнее время такие расстройства в фокусе внимания как гинекологов, так и дерматологов, и интерес к этой теме продолжает расти.

— Сколько времени заняла ваша работа?

— Это был непростой труд, занявший около года. Сначала мы писали каждый свои части, потом обменялись ими и продолжили работать над материалом, подготовленным соавтором. И я очень благодарна инициатору создания этой книги профессору Николаю Николаевичу Потекаеву за то, что ему пришла идея создать такое руководство, за то, что он предложил его «сюжетную канву» и вместе с академиком РАН Геннадием Тихоновичем Сухих пригласил меня участвовать в совместной работе.

— А есть ли уже зарубежные публикации, подобные вашему руководству?

— В мире действует авторитетная организация — Международное общество по заболеваниям вульвы и влагалища (The International Society for the Vulvovaginal Disease, ISSVD). Кроме дерматовенерологов и акушеров-гинекологов в него входят патоморфологи и другие специалисты. Зарубежные коллеги уделяют большое

ИНТЕРВЬЮ

внимание проблемам МВДГ. Знаю об этом, потому что под эгидой ISSVD были выпущены атласы по этой теме, публикуются высокого уровня статьи и обзоры. Но книг, подобной нашему руководству, пока выпущено не было.

И раз уж я заговорила про атласы, замечу, что мы использовали в своей работе над книгой основную идею каждого атласа — максимально облегчить усвоение представленной информации с помощью иллюстраций. Наша книга отлично иллюстрирована. Уверена, что в том числе с помощью иллюстраций мы смогли рассказать об очень сложных положениях медицины 2020-х годов просто и доступно. Поэтому наше издание предназначено не только для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, пластических хирургов, косметологов, сотрудников кафедр акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, слушателей всех форм непрерывного медицинского образования, аспирантов, ординаторов, но также и студентов медицинских вузов.

В нашем труде мы обсудили такую тему, как кожные заболевания (среди них дерматозы) у беременных, и поделились по ней собственным опытом. Думаю, что эти главы будут востребованы среди коллег, потому что сегодня существует дефицит публикаций, да и вообще доказательных исследований по этой теме.

Мы также рассмотрели клинически значимые классификации и алгоритмы ведения пациентов с кожными заболеваниями аногенитальной зоны, думаю, эта информация также заинтересует дерматовенерологов.

Мне кажется, что для наших врачей было бы очень полезно, если бы организация, подобная ISSVD, появилась в России. С удовольствием поучаствовала бы в ее работе. Помимо моей основной работы в НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова, я являюсь президентом Ассоциации специалистов по эстетической гинекологии (АСЭГ), созданной в 2017 году с целью совершенствования профессиональных навыков врачей и продвижения современных методов в этой области.

— По теме вашей книги в РФ уже был опубликован ряд статей, она не раз обсуждалась на медицинских форумах. В чем новизна вашей работы, какую главную пользу получат дерматолог и гинеколог, познакомившись с ней?

— В первую очередь это расширение знаний как врачей-дерматовенерологов, так и акушеров-гинекологов. Залог успеха — это командная работа, именно к этому мы и призываем наших читателей.

Наше руководство, конечно, не заменит ни гинекологу, ни дерматологу их взаимодействия

Презентация книги «Заболевания кожи и инфекции, передаваемые половым путем, в акушерско-гинекологической практике»

в лечении тех пациентов, где необходимо второе мнение.

Причем именно «живое», поскольку даже самая хорошая книга не заменит для врача осмотра больного, без чего невозможно понять индивидуальные особенности заболевания у данного пациента.

Но прочтение книги основательно подготовит врачей обеих специальностей к МВДГ, так как они уже будут знакомы с теми особенностями течения заболеваний кожи и органов женской репродуктивной системы, где целесообразно получить второе мнение.

Беседовал А. Рылов

МЕРОПРИЯТИЯ

MEIDAM 2025: российский вклад в юбилейный конгресс

25–27 СЕНТЯБРЯ 2025 ГОДА В ДУБАЕ СОСТОЯЛОСЬ ОДНО ИЗ КРУПНЕЙШИХ МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОБЛАСТИ ДЕРМАТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ — 10-Й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС MEIDAM. ФОРУМ ОТМЕТИЛ ДЕСЯТИЛЕТИЕ СВОЕГО СТРЕМИТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СВОЕЙ УНИКАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ ДЛЯ ОБМЕНА НАУЧНЫМИ ЗНАНИЯМИ, КЛИНИЧЕСКИМ ОПЫТОМ И ПЕРЕДОВЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ, ОБЪЕДИНИВ ВЕДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СО ВСЕГО МИРА.

Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов традиционно выступил соорганизатором этого масштабного мероприятия. Третий год подряд в конгрессе принимали участие российские специалисты. В 2025 году особое место в программе заняла сессия профессиональных сообществ России и Центральной Азии, модераторами которой выступили член совета директоров MEIDAM, президент НАДК, профессор Николай Николаевич Потекаев, Председатель Международного Комитета РОПРЭХ, профессор Ахмед Якупович Рахимов и Исполнительный директор НАДК, профессор Ольга Валентиновна Жукова.

Российские специалисты представили целый ряд научных докладов, вызвавших широкий интерес международной аудитории: Екатерина Негашева — «Роль молекулярно-генетической диагностики в дерматовенерологии», София Артемьева — «Долгосрочные результаты применения генно-инженерной биологической терапии при псориазе: опыт Москвы», Всеволод Акулинкин — «Меланоформные невусы: клинико-морфологические особенности». От Российского общества пластических реконструктивных и эстетических хирургов в программе выступила София Абдулаева с докладом «Подготовка и реабилитация в хирургии лица и шеи с использованием жировой ткани» (в соавторстве с профессором Ахмедом Якуповичем Рахимовым).

Юбилейный конгресс стал не только итогом десятилетнего развития MEIDAM, но и символом глобального научного сотрудничества. Важным событием стало объявление о запуске нового направления — MEIDAM Africa, первая конференция которого пройдет в мае 2025 года в Рабате (Марокко).

Президент MEIDAM доктор Khaled Salem Al Nuaimi подчеркнул значимость вклада российских специалистов в развитие международного диалога и отметил, что взаимодействие между профессиональными сообществами России и арабских стран способствует укреплению научных связей и улучшению качества жизни пациентов.

В этом году в Дубае собрались тысячи врачей-дерматологов, пластических хирургов и косметологов. Более 300 спикеров из разных стран представили доклады о современных тенденциях и технологических достижениях в дерматологии и эстетической медицине.

MEIDAM 2025 стал не только юбилейной вехой, но и началом новой эры глобальной кооперации, направленной на развитие науки, образования и практики во имя здоровья и благополучия пациентов по всему миру.

Кожные проявления дисплазии соединительной ткани

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ДИСПЛАЗИИ) ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ЕЕ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ, КОТОРЫЕ МОГУТ ЗАТРАГИВАТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА.

Н. Ю. Бычкова

Частота моногенных дефектов дифференцированных форм дисплазий (синдромы Марфана, Элерса–Данлоса, несовершенный остеогенез и др.) относительно невысока. Значительно чаще встречаются так называемые недифференцированные дисплазии (НДСТ, соединительнотканная дисплазия, врожденная соединительнотканная недостаточность, наследственная коллагенопатия, гипермобильный синдром, MASS-фенотип и др.) — врожденные или приобретенные состояния, характеризующиеся дефектами соединительной ткани, приводящими к нарушению формообразования органов и систем, имеющие прогредиентное течение, определяющие особенности ассоциированной патологии, а также фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств.

На сегодняшний день считается, что заболевание носит полигенно-мультифакториальный характер, когда имеют место мутации большого количества генов, а случайная перекомбинация аллелей каждый раз приводит к формированию нового уникального генотипа. Данная патология представляет собой многоуровневый процесс, который может проявляться стигмами дисэмбриогенеза, дисбалансом ферментативного и белкового обменов и различных микроэлементов/нутриентов.

В дерматологической и косметологической практике проблема патологии соединительной ткани весьма актуальна, внешние проявления дисморфогенеза среди молодых могут достигать 85,4% (Свечникова Е. В. и соавт. 2023), оказывая влияние на состояние кожи и ее придатков, снижая самооценку и качество жизни пациентов, вызывая психологические и социальные проблемы. Проявления ДСТ на коже могут быть разнообразными и неспецифичными, что затрудняет постановку диагноза и выбор оптимальной тактики терапии. Для эффективного ведения пациентов с ДСТ в дерматологии и косметологии требуется тесное сотрудничество с врачами других специальностей (ревматологами, кардиологами и другими), что подчеркивает важность комплексного подхода к проблеме. Диагностика кожных фенов ДСТ требует внимательного анализа клинических признаков и может включать дифференциальную диагностику с другими дерматологическими состояниями. Понимание и идентификация этих признаков важны для своевременного начала комплексного лечения. Эти признаки включают разнообразные изменения состояния кожи, такие как гиперэластичность, стрии, аномалии пигментации, а также изменения в структуре волос и ногтей. Данные проявления могут варьировать от легких до выраженных и часто являются одними из первых симптомов, на которые обращают внимание пациенты.

Согласно собственным данным (Бычкова Н. Ю., 2016), кожа пациентов с дисплазией соединительной ткани характеризуется гиперрастяжимостью, обилием пушковых волос, выраженной венозной сетью, чрезмерной сухостью, наличием стрий, сниженной способностью к регенерации, склонностью к образованию кровоподтеков. В 40% случаев наблюдались атрофические стрии, не связанные с ожирением или беременностью, и участки блестящей, атрофированной кожи (симптом «папиросной бумаги») на месте ссадин и ран, гипертрофические или келоидные рубцы зарегистрированы у 13%. Изменения придатков кожи: лейконихии, расщепление, продольная исчерченность ногтей, симптом «наперстка» наблюдались у 73% пациентов, а изменения волос (тусклые, ломкие волосы, аллопеция, гипотрихоз) у 17% респондентов. Также зарегистрировано раннее возникновение таких маркеров старения, как снижение тургора и тонуса кожи, микроциркуляторные нарушения, появление телеангиоэктазий. Инволюционные изменения в периорбитальной области, развившиеся до 40 лет (избыток кожи век, опущение хвоста брови, выраженность подглазничной борозды, грыжевые выпячивания в области нижнего века), являлись одним из наиболее ранних и характерных клинических проявлений, они зарегистрированы у 83% пациентов с ДСТ.

В качестве способа совершенствования приема пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) разработана анкета «Особенности диспластического фенотипа при инвазивных процедурах и манипуляциях», ориентированная на врачей-косметологов и пластических хирургов (Н. Ю. Бычкова, Свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности № 08.19 от 26.06.2019). Основной целью создания данной анкеты было упрощение процесса диагностики дисплазии соединительной ткани, повышение эффективности и снижение нежелательных явлений при проведении эстетических лечебных мероприятий.

В последние десятилетия в эстетической медицине появились новые инъекционные продукты, наблюдается активное развитие аппаратных, клеточных и нитевых методик и совершенствование существующих методов лечения. Появление аппаратных и инъекционных технологий ремоделирования соединительной ткани позволяет существенно замедлить метаболические и структурные нарушения, связанные с преждевременной ее дезорганизацией при ДСТ.

Наряду с технологиями эстетической медицины в практике активно используются средства, обеспечивающие функционирование различных типов клеток и сигнальных молекул кожи при пероральном приеме. Центральными участниками многих внутриклеточных сигнальных каскадов являются производные витаминоподобных веществ: миоинозитола (МИ) и D-хироинозитола (ДХИ). Результаты анализа современных научных данных показали, что МИ, ДХИ и их производные необходимы для обеспечения эффектов инсулина, катехоламинов, гормонов, факторов роста, цитокинов и вовлечены в поддержку иммунитета и структуры соединительной ткани, в функционирование кератиноцитов, фибробластов, меланоцитов, эндотелиоцитов и в регуляцию цикла роста волос (Громова О. А., 2022).

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ (НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ К ИНСУЛИНУ) И ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОСТЬ СВЯЗАНЫ С УХУДШЕНИЕМ СОСТОЯНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

- СКЛОННОСТЬ К МИКРОТРЕЩИНАМ
- НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ ПОСЛЕ МИКРОТРАВМ
- ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- ИСТОНЧЕНИЕ КОЖИ
- УГРЕВАЯ СЫПЬ
- ЗАМЕДЛЕННОЕ РАНОЗАЖИВЛЕНИЕ

Молекулярные механизмы воздействия производных МИ/ДХИ на состояние кожи и ее придатков очень разнообразны. Эффекты миоинозитола связаны с воздействием на инсулиновый рецептор, что инициирует восстановление тканей и заживление ран. Помимо этого, активированный рецептор инсулина связывается с белками как субстрат инсулинового рецептора (IRS1/2) и активирует сигнальную ветвь IRS/Akt, что стимулирует синтез структурных белков кожи (коллагена, эластина, протеогликанов и других).

МИ поддерживает рост кератиноцитов эпидермиса, их выживание и миграцию, обеспечивает координацию направления движения кератиноцитов в процессе заживления раны, что повышает регенераторные и барьерные свойства эпидермиса. В фибробластах кожи человека найдены фосфолипазы, участвующие в МИ-зависимой внутриклеточной передаче сигналов ростовых факторов. При заживлении ран фибробласты изменяют паттерны миграции, деления, синтеза коллагена, дифференциации в миофибробласты и процессы апоптоза. Дефицит МИ в рационе (потребление менее 29 мг/кг) негативно влияет на синтетические процессы, антиоксидантную активность и неспецифический иммунитет кожи, ухудшает заживление ран. В эксперименте МИ и его производные повышали механическую прочность кожи, толщину эпидермиса, уменьшали выраженность воспаления, лихенизации и сухости кожи, повышали уровни эндогенных антиоксидантов: глутатиона, супероксиддисмутазы и каталазы — посредством ингибирования каскада NF-kB.

Марганец (Mn) является синергистом инозитолов в поддержании функционирования кожи, обеспечивая синтез «гелеобразной среды» внеклеточного матрикса. Mn-зависимые трансферазы играют важную роль в биосинтезе таких гликозаминогликанов, как хондроитинсульфат, дерматансульфат, гепарансульфат, участвуют в биохимических модификациях гликозаминогликанов, и активность этих ферментов оказывает значительное влияние на структуру внеклеточного матрикса соединительной ткани. Кроме того, марганец входит в состав ферментов антиоксидантов — Mn-зависимых супероксиддисмутазы и пероксидазы, защищая клетки от неблагоприятного воздействия свободных радикалов.

ЭФФЕКТЫ МИОИНОЗИТОЛА И D-ХИРОИНОЗИТОЛА В ОТНОШЕНИИ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ

- Дефицит инозитолов в рационе (потребление менее 29 мг/кг) может негативно влиять на скорость роста и качество волос.
- МИ опосредует сигнальные пути от различных рецепторов, оказывающих влияние на дифференцировку, деление и жизнеспособность кератиноцитов.
- Инозитол-содержащий фермент фосфатидилинозитол-3-киназа (ФЗК) необходим для реализации эффектов опиомеланокортиновых пептидов, альфа-меланоцитстимулирующего гормона, адренокортикотропного гормона, которые играют ключевую роль в дифференцировке меланоцитов и в регуляции меланогенеза.
- МИ важен для функционирования фибробластов, меланоцитов и эпителиоцитов. Дефицит МИ в рационе негативно влияет на рост, антиоксидантную активность и неспецифический иммунитет кожи.
- МИ способствует ускорению ранозаживления. Увеличение уровня активных форм МИ важно для заживления ран и устранения гиперпролиферации эпителия.
- МИ и ДХИ оказывают положительное действие на состояние кожи, волос и ногтей, в том числе благодаря участию в передаче сигнала от рецептора инсулина.

МАРГАНЕЦ — СИНЕРГИСТ ИНОЗИТОЛОВ В ПОДДЕРЖАНИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КОЖИ

- Mn образует активные центры ферментов, участвующих в синтезе протеогликанов. Протеогликаны образуют гелеобразную среду внеклеточного матрикса соединительнотканной основы кожи.
- Дефицит Mn снижает активность Mn-содержащих ферментов
- Mn — активный центр ферментов-антиоксидантов, таких как супероксиддисмутаза.
- Недостаточная активность Mn-супероксиддисмутазы ускоряет старение кожи.
- Дотации Mn защищают фибробласты кожи человека от окислительного повреждения, возникающего под воздействием УФ-излучения или активных форм кислорода.

Дотации МИ/ДХИ в оптимальном соотношении 5:1, совместно с марганцем и фолиевой кислотой (представлено в составе биологически активной добавки к пище Дикироген®, производство PIZETA PHARMA S.p.A., Италия), способствуют увеличению чувствительности клеток к регуляторным факторам, поддержке синтеза клеточной популяции (кератиноцитов, фибробластов, эндотелиоцитов), улучшению структуры, микроциркуляции и цвета кожи. Регенерирующий, противовоспалительный, антиоксидантный эффекты инозитолов дополняются синергизмом с Mn и фолиевой кислотой.

Понимание механизмов развития кожных проявлений ДСТ и комплексная, патогенетически обусловленная терапия, может способствовать повышению эффективности лечения и профилактике прогрессирования ухудшения состояния кожи и ее придатков при ДСТ.

Внедрение анкетного метода прогностического моделирования дает возможность оптимизировать тактику ведения пациентов с ДСТ, обеспечивая более точный подбор методов эстетической медицины и минимизировать риски осложнений.

Это способствует повышению эффективности терапии и удовлетворенности пациентов, а также обеспечивает более рациональное использование лекарственных препаратов, диагностических и лечебных процедур.

АНКЕТА

ФОЛАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ ДЕЛЕНИЯ КЛЕТОК И НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ОБМЕНА ГОМОЦИСТЕИНА

Фолиевая кислота важна для:
- синтеза коллагена и повышения упругости кожи
- заживления ран

Дефицит фолатов ассоциирован с:
- развитием воспалительных реакций
- папуло-пустулезной розацеа
- повышением уровня провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли α, ИЛ-1β и ИЛ-12)

ДИКИРОГЕН®
Комплекс микронутриентов для здоровья и красоты кожи, волос и ногтей

- Оригинальное средство из Италии
- Уникальное сочетание двух активных форм: миоинозитола и D-хироинозитола в соотношении 5:1
- Действие инозитола усилено марганцем и фолиевой кислотой

Узнать больше
dikirogen.ru
реклама
БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Trichophyton indotineae — глобальная проблема в области диагностики и лечения поверхностных микозов в мире и в России

ПОЯВЛЕНИЕ УСТОЙЧИВЫХ К АНТИМИКРОБНЫМ СРЕДСТВАМ ШТАММОВ БАКТЕРИЙ И ГРИБОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОПАСНОЙ ТЕНДЕНЦИЕЙ XXI ВЕКА. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БОРЬБА С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К АНТИМИКОТИКАМ ЯВЛЯЕТСЯ АКТУАЛЬНОЙ ЗАДАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ МИКОЛОГОВ ПО ВСЕМУ МИРУ. ИСТОРИЧЕСКИ НАИБОЛЬШЕЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЯЕТСЯ ПРОБЛЕМАМ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ВИДОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ИНВАЗИВНЫЕ МИКОЗЫ. ОДНАКО В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ ВСЕ БОЛЬШЕЕ ВНИМАНИЕ ПРИКОВАНО К ВИДУ ТРИХОФИТОНОВ – *TRICHOPHYTON INDOTINEAE*, ВЫЗЫВАЮЩЕМУ ТРУДНО ПОДДАЮЩИЙСЯ ЛЕЧЕНИЮ ДЕРМАТОМИКОЗ, КОТОРЫЙ С ПУГАЮЩЕЙ СКОРОСТЬЮ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО ВСЕМУ МИРУ

А. Е. Гущин

Дерматомикоз (дерматофития) — поверхностный микоз кожи, вызванный грибами-дерматофитами (дерматомицетами). Дерматофиты включают более 30 видов клинически значимых видов, способных поражать кератинсодержащие ткани, такие как кожа, волосы и ногтевые пластины. В зависимости от экологической ниши разделяют антропофильные виды, передающиеся от человека к человеку, зоофильные, передающиеся от животных, и геофильные, передающиеся при контакте с почвой. Среди антропофильных дерматофитов наибольшее клинико-эпидемиологическое значение имеют грибы рода Trichophyton, вызывающие трихофитию, среди которых самыми распространенными в нашей стране являются T.rubrum — основной возбудитель онихомикоза и микоза стоп, T.mentagrophytes/interdigitale complex и T.tonsurans, ответственные за трихофитию волосистой части головы и гладкой кожи.

Во многих странах, в том числе и у нас, препаратами первой линии для лечения трихофитий являются аллиламины, главным образом — тербинафин, которые блокируют первый этап синтеза эргостерола — одного из ключевых компонентов клеточной стенки грибов, а именно превращение сквалена в ланостерол с помощью фермента скваленэпоксидазы (SQLE), кодируемой геном *erg1*. В качестве альтернативного варианта лечения применяются препараты азолового (триазолового) ряда, основным из которых является итраконазол. Азолы блокируют второй этап синтеза эргостерола — деметилирование ланостерола, воздействуя на цитохром-Р450-зависимый фермент ланостерол-14α-деметилазу, кодируемый геном *erg11*. Прекращение синтеза эргостерола на обоих уровнях и накопление его предшественников приводит к гибели клеток грибов.

В зависимости от локализации, площади поражения и выраженности патологического процесса, лечение проводится системными и/или топическими антимикотическими препаратами. При значительных поражениях наибольший эффект терапии достигается применением комбинированных схем лечения системными и топическими формами антимикотических препаратов. Предпочтение в пользу тербинафина в качестве препарата первой линии системной терапии по сравнению с итраконазолом и другими азолами обусловлено наличием у последних более высокой частоты побочных эффектов, связанных взаимодействием не только с цитохром-Р450-зависимыми ферментами грибов, но и их гомологами в гепатоцитах человека, что требует постоянного биохимического контроля в отношении пациента до и во время терапии.

Долгое время пациенты с трихофитией демонстрировали хороший ответ на терапию тербинафином. Однако с 2016 года индийскими дерматологами стали регулярно регистрироваться случаи дерматофитии, устойчивые к тербинафину. Выявленные изоляты гриба вызывали хроническое течение дерматомикоза, не отвечающее на системное применение тербинафина.

ИСТОРИЯ ПОЯВЛЕНИЯ НАЗВАНИЯ TRICHOPHYTON INDOTINEAE

Изначально дерматофиты, вызывающие микозы, устойчивые к терапии тербинафином, отнесли к *T. interdigitale*. На тот момент времени принадлежность к тому или иному виду определялась в подходе, основанном на структурно-морфологической характеристике элементов грибов, полученных в чистой культуре. В 2017 году была предложена новая классификация видов, основанная на филогенетическом анализе нуклеотидной последовательности внутреннего транскрибируемого спейсера (ITS) рибосомальной ДНК. Согласно этой классификации, устойчивые к тербинафину изоляты *T. interdigitale,* входящие в комплекс *T. mentagrophytes,* были классифицированы как *Trichophyton mentagrophytes ITS genotype VIII*. В 2020 году, после серии дополнительных молекулярно-генетических, биохимических и культуральных исследований, *Trichophyton mentagrophytes ITS genotype VIII* был выделен в самостоятельный вид и назван согласно стране, в которой впервые были описаны резистентные изоляты — *Trichophyton indotineae*.

Между тем анализ данных международной базы генетической информации GenBank показал, что нуклеотидные последовательности изолятов, гомологичные *T. indotineae,* встречались начиная с 2004 года, что говорит об их появлении в популяции людей более чем за десятилетие до первого описания. Однако неоднократный пересмотр таксономии грибов-дерматомицетов и большое количество генетических вариантов, входящих в *T. mentagrophytes complex* создали определенную терминологическую путаницу и привели к тому, что устойчивые к тербинафину изоляты трихофитона получили разные названия.

НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ МОЖНО УТВЕРЖДАТЬ, ЧТО В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ РЕЗИСТЕНТНЫЕ ИЗОЛЯТЫ, ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫЕ РАНЕЕ КАК T. MENTAGROPHYTES ИЛИ T. INTERDIGITALE, ЯВЛЯЮТСЯ ИМЕННО T. INDOTINEAE, ПРИЧЕМ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ОНИ БЫЛИ НЕ ТОЛЬКО ОТ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРРИТОРИИ ИНДИИ, НО ДРУГИХ СТРАН ЮГО-ВОСТОЧНОЙ АЗИИ И БЛИЖНЕГО ВОСТОКА. А ЭТО СТАВИТ ПО СОМНЕНИЕ «ЧИСТО ИНДИЙСКОЕ» ПРОИСХОЖДЕНИЕ ГРИБА T. INDOTINEAE.

МЕХАНИЗМЫ УСТОЙЧИВОСТИ *T. INDOTINEAE* К ТЕРБИНАФИНУ И ДРУГИМ АНТИМИКОТИКАМ

Резистентность (или сниженная чувствительность) к антимикотическим препаратам — одно из основных отличительных свойств *T. indotineae* и ключевая патогенетическая характеристика возбудителя, которая обусловлена целым набором генетически опосредованных механизмов. В основе резистентности к тербинафину лежит нарушение связывания аллиламинов с активным центром фермента SQLE из-за наличия в нем аминокислотных замен в результате точечных нуклеотидных мутаций в гене *erg1*. В результате этого антимикотик не в состоянии блокировать фермент и нарушать синтез эргостерола, а минимальная ингибирующая концентрация (МИК) тербинафина при этом может увеличиваться тысячекратно, делая безрезультатным его применение у пациентов с *T. indotineae*. В настоящее время описано более десятка аминокислотных замен в SQLE, ключевыми среди которых являются замена фенилаланина в положении 397 на лейцин (Phe397Leu), обеспечивающая самый высокий уровень устойчивости к аллиламинам. Другие мутации, как, например, замена лейцина в положении 393 на серин (Leu393Ser) или аланина в положении 448 на тирозин (Ala448Thr), приводят к не столь значительному повышению МИК, что в ряде случаев позволяет добиться клинического ответа при увеличении курсовой дозы тербинафина. Однако, как показал целый ряд клинических наблюдений, наличие замены Ala448Thr в сочетании с Phe397Leu приводит не только к устойчивости к тербинафину, но и к снижению чувствительности к азоловым препаратам, что еще больше осложняет тактику лечения пациентов с *T. indotineae*.

Резистентность к азоловым препаратам, хоть и несколько реже, но также встречается среди изолятов *T. indotineae*. К описанному выше механизму следует добавить гиперэкспрессию гена *erg11*, ответственного за синтез ланостерол-14α-деметилазы, и гиперэкспрессию генов других цитохром-Р450-зависимых ферментов, в результате чего количество этих ферментов в клетке значительно увеличивается, компенсируя блокирующее действие антимикотика. Третьим общим механизмом снижения чувствительности к азолам является повышение эффективности целого комплекса функционально связанных ферментов грибов, относящихся к классу ABC-транспортеров, ответственных за систему эффлюкса, т. е. обратного транспорта препаратов из клетки гриба. Учитывая возможные условия происхождения *T. indotineae*, о чем будет сказано ниже, система формирования устойчивости к азолам также претерпела изменения в сторону повышения выживаемости грибов в окружении препаратов. В результате, как показывают исследования из разных стран, до 30% изолятов *T. indotineae*, устойчивых к тербинафину, демонстрируют либо устойчивость, либо сниженную чувствительность к препаратам азолового ряда. В конечном счете это сказывается на эффективности лечения пациентов с *T. indotineae*, точнее появляется значительное число пациентов, у которых даже высокими дозами азоловых препаратов не удается добиться полной эрадикации грибов, а микоз приобретает хроническое рецидивирующее течение.

История происхождения *T. indotineae* является предметом высокого научного интереса и во многом до конца не понятна. *T. indotineae*, имеющий высокое морфологическое и генетическое сходство с видами *T. mentagrophytes/interdigitale complex*, относится к антропофильным видам, передающимся от человека к человеку. При этом их высокая вирулентность свидетельствует о возможном зоофильном происхождении гриба и даже существовании природного резервуара среди некоторых животных.

В качестве основной гипотезы происхождения (появления) и быстрой эволюции *T. indotineae* в странах Юго-Восточной Азии и Ближнего Востока рассматривается наличие целого ряда способствующих условий: высокая распространенность дерматомикозов, в частности трихофитий, высокая плотность населения, влажный климат и низкие санитарно-гигиенические условия. На этом фоне широкое применение безрецептурных комбинированных препаратов, содержащих стероидные гормональные компоненты и субоптимальные дозы антимикотиков, создавало, как считают специалисты, на первом этапе подходяще селективные условия формирования мутантных штаммов. В дальнейшем, получив высокие адаптивные преимущества, штаммы, содержащие мутации устойчивости, в течение сравнительно короткого времени стали вытеснять из популяции эндемичных стран неадаптированные виды. Исследования индийских ученых показали, что штаммы вида *T. mentagrophytes complex* постепенно вытеснили ранее преобладавший вид — *T. rubrum*, в некоторых регионах Индии доля *T. mentagrophytes complex* в настоящее время достигает 75,9–77,5%, а среди пациентов с *tinea cruris*, *tinea corporis* и *tinea faciei* — до 92,62% изолятов относятся к *T. mentagrophytes complex*. Среди них доля устойчивых к тербинафину изолятов достигает 71%. Как теперь выясняется,

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

значительная доля штаммов *T. mentagrophytes complex* является высоко резистентными видом *Trichophyton indotineae*.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ *T. INDOTINEAE* В МИРЕ

По оценкам, до 25% человеческой популяции страдает от дерматомикозов, достигая 60% в некоторых странах Африки и Азии. На этом фоне за последнее десятилетие увеличилось число случаев необычной манифестации заболевания, включающей глубокие (инвазивные) формы у иммунокомпетентных пациентов, а также поверхностные микозы, поражающие обширные участки кожи, и дерматофитии, передаваемые половым путем. Среди них особую роль стали занимать дерматомикозы, устойчивые к лечению. Как уже было отмечено, в Индии за последние 10 лет резистентная форма дерматофитии приобрела угрожающий характер. Около 78% случаев дерматофитии с поражением кожи было вызвано *T. indotineae,* и в 71% случаев обнаружена устойчивость к тербинафину.

С учетом населения Индии и других эндемичных стран, трудовая и социально-культурная миграция в обоих направлениях влияет и на общую заболеваемость не только в соседних регионах, но и в мире в целом. Благодаря миграционным процессам из эндемичных для T. indotineae регионов Юго-Восточной Азии и Ближнего Востока «индийский» вариант проникает во все регионы мира и на данный момент зарегистрирован во многих странах Европейского континента, странах Северной и Южной Америки, Африки (см. рис. 1).

Практические во всех странах, в которых в той или иной степени проводилась идентификация *T. indotineae,* его находки не заставили себя ждать. То, что в большинстве стран Африки и части стран Южной Америки не зарегистрировано случаев *T. indotineae,* может быть следствием не отсутствия этого вида в популяции, а проблемами его идентификации. Еще один важный момент — это динамика распространения устойчивого вида в том или ином регионе. Помимо индийского примера вытеснения устойчивым видом *T. indotineae* чувствительных вариантов трихофитонов, другим примером может служить Великобритания. Там буквально недавно, в 2022 году, количество изолятов, принадлежащих к *T. indotineae,* составляло всего 5,1% случаев от всех выявленных видов дерматофитов, в 2023 году — 12,9%, а в 2024 году — уже 38,1%. Т.е. за три года доля *T. indotineae* увеличилась более чем в 7 раз! Свободное перемещение населения между странами привело к распространению инфекции, и на текущий момент эпизоды зарегистрированы по всему миру, в том числе и в России.

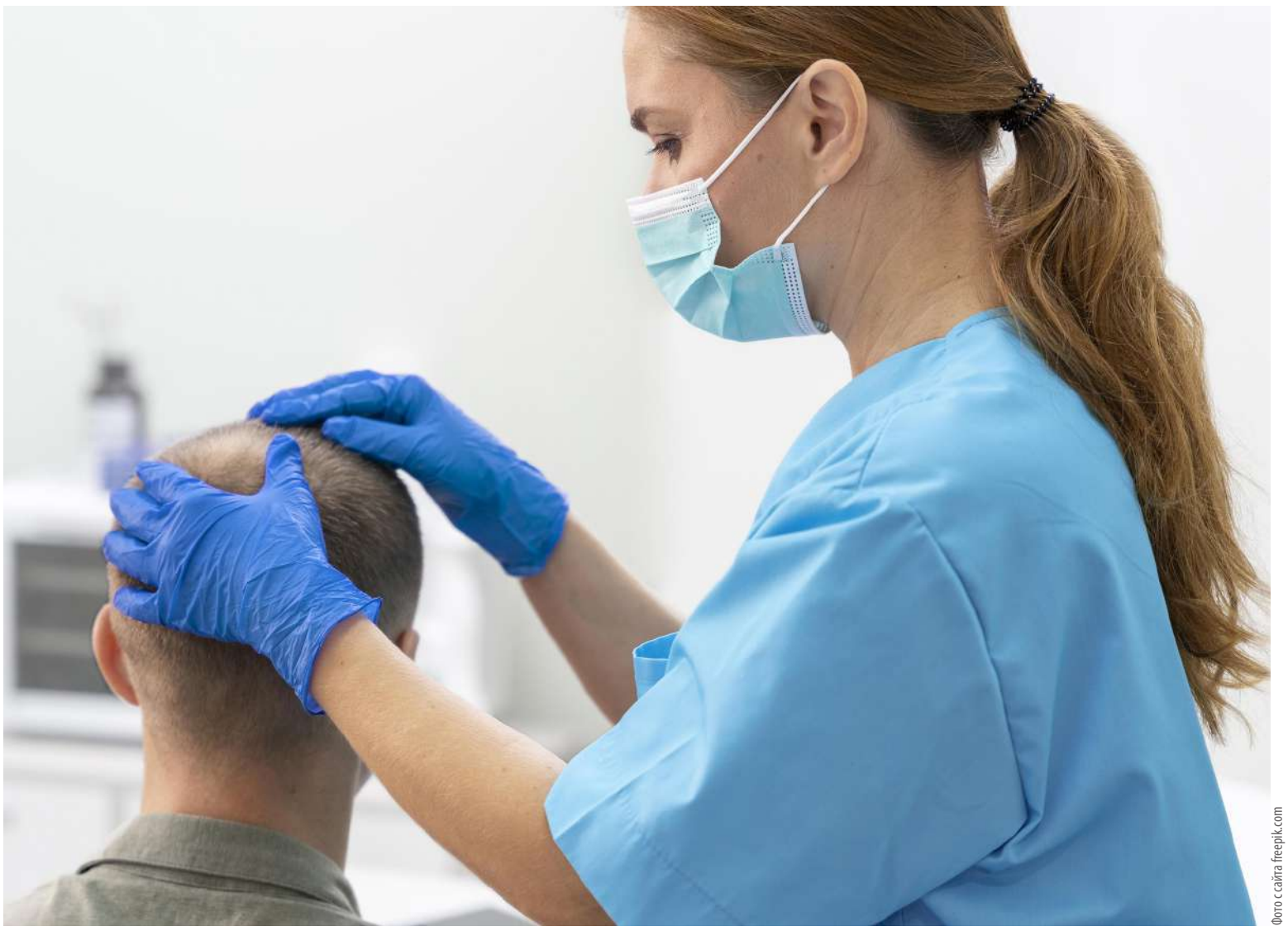


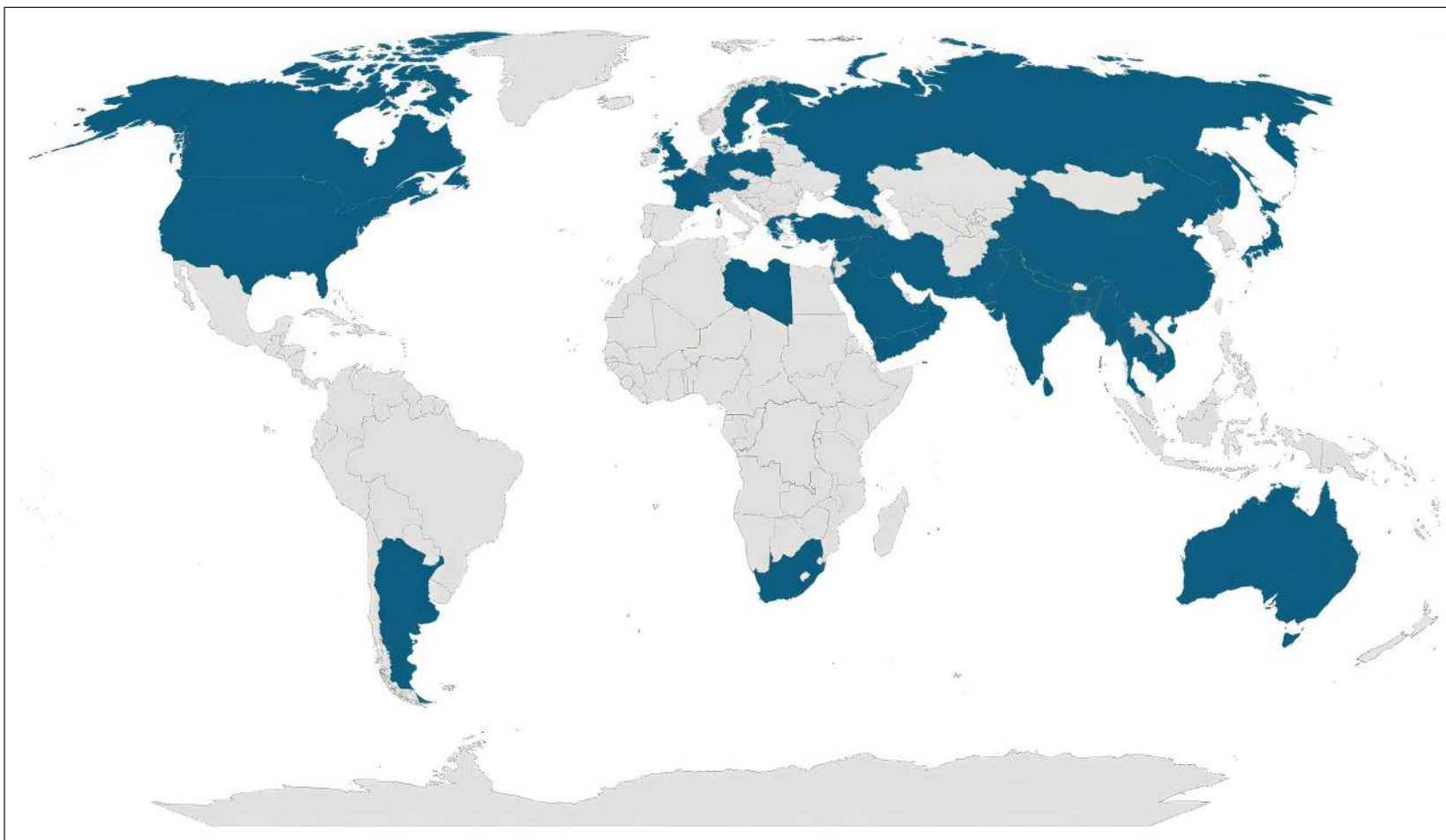
Фото с сайта freepik.com

В Российской Федерации долгое время считалось, что проблема *T. indotineae* нас не коснулась. Хотя еще в 2017 году сотрудниками НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина был зафиксирован случай микоза, вызванного «*Trichophyton mentagrophytes* экзотического генотипа», и нет никаких сомнений, что это был *T. indotineae*. На основе наших данных мы можем говорить не о «редких случаях» этой инфекции, а о нарастающей проблеме. Забегая вперед скажем, что анализ архива культур клинических изолятов, полученных от пациентов, обследованных в МНПЦДК в 2024 году, выявил 89 случаев *T. indotineae*, а за первое полугодие 2025 года мы идентифицировали уже 53 изолята *T. indotineae*.

ПЕРВЫЕ СЛУЧАИ МИКОЗА, ВЫЗВАННОГО T. INDOTINEAE С ПОДРОБНЫМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ И АНАМНЕСТИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПАЦИЕНТОВ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ, И ИДЕНТИФИКАЦИЕЙ МУТАЦИЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ТЕРБИНАФИНУ, БЫЛИ ВЫПОЛНЕНЫ В МНПЦДК.

Продолжение в следующем номере.

к.б.н. А. Е. Гущин



Countries	Year first reported	References
India	2004	13, 24
Iran	2004	26, 30
Australia	2007	27
Oman	2010	27
Canada	2014	14
Switzerland	2014	44
*Thailand	2014	36
Germany	2016	27, 31
Cambodia	2017	45
France	2017	26
Japan	2018	10
*Bangladesh	2018	26
China	2018	27
Denmark	2018	82
Greece	2018	80
UK	2018	48
Iraq	2019	3,13
*Bahrain	2019	27, 32
Estonia	2019	3
Finland	2019	3, 46
Israel	2019	111
Poland	2019	3, 27, 33
*Syria	2019	80
*Myanmar	2020	26
*Nepal	2020	10
UAE	2020	72
Vietnam	2020	31
*Yemen	2020	13, 37
Austria	2021	3
Pakistan	Unknown	33
South Africa	2021	42
Turkey	2021	40
USA	2021	108
*Libya	2022	3, 13
Saudi Arabia	2022	3
Argentina	2023	41
Italy	2023	70
Kuwait	2023	39
Sweden	2023	38
Russia	2024	43
Singapore	2024	34, 60
*Sri Lanka	2024	35

Рис. 1. Распространение *T. indotineae* по всему миру. Заштрихованные области обозначают страны, где *T. indotineae* был выявлен у пациентов с дерматофитией или где инфекция, скорее всего, была приобретена. Годы, указанные для каждой страны в таблице, представляют собой самый ранний известный год, когда в этой стране был выделен *T. indotineae*. *Страны, в которых наиболее вероятно было заражение, но о котором сообщалось из другой страны.

Источник: J Clin Microbiol 63: e01407-24.https://doi.org/10.1128/jcm.01407-24.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Фототерапия заболеваний кожи

СРЕДИ ВСЕХ МЕТОДОВ ФОТОТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ПРИМЕНЯЮТСЯ МЕТОДЫ, ОСНОВАННЫЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО (УФ) ИЗЛУЧЕНИЯ. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ УФ-ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ХОРОШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ, НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ. ОНА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ КАК В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ, ТАК И В КОМБИНАЦИИ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ.

В. А. Волнухин

Основными методами, применяемыми в настоящее время в дерматологии, являются методы средневолновой ультрафиолетовой терапии (УФВ), методы ПУВА-терапии и УФА-1 терапия (табл. 1).

Таблица 1
МЕТОДЫ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

УФВ-ТЕРАПИЯ
Узкополосная УФВ-терапия 311 нм
Широкополосная УФВ-терапия (длина волны 280–320 нм)
ТЕРАПИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫМ ЭКСИМЕРНЫМ СВЕТОМ (ДЛИНА ВОЛНЫ 308 НМ)
Терапия ультрафиолетовым эксимерным лазерным излучением
Терапия ультрафиолетовым эксимерным монохроматическим светом
ПУВА-ТЕРАПИЯ
ПУВА-терапия с пероральным применением фотосенсибилизатора
ПУВА-терапия с наружным применением фотосенсибилизатора
ПУВА-ванны (общие и локальные)
УФА-1 ТЕРАПИЯ
Терапия дальним длинноволновым ультрафиолетовым излучением (длина волны 340–400 нм)

При лечении заболеваний кожи методы УФ-терапии оказывают противовоспалительное, иммуносупрессивное, антипролиферативное, антифиброзное и противозудное действие, стимулируют меланогенез в коже. Основные показания к применению фототерапии представлены в таблице 2.

Процедуры фототерапии проводят с режимом 2–4 раза в неделю. Повышение разовых доз осуществляют таким образом, чтобы облучение не вызывало развития выраженной эритемы. При лечении большинства заболеваний курс фототерапии составляет 20–40 процедур, при лечении витилиго — 50–100 процедур и более.

Таблица 2
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ

ПОКАЗАНИЯ К УФВ-ТЕРАПИИ	ПОКАЗАНИЯ К ПУВА-ТЕРАПИИ
Псориаз	Псориаз
Витилиго	Витилиго
Атопический дерматит	Атопический дерматит
Красный плоский лишай	Красный плоский лишай
Экзема	Экзема
Грибовидный микоз (IA, IB, IIA стадии)	Грибовидный микоз (IA, IB, IIA стадии)
Бляшечный и лихеноидный парапсориаз	Бляшечный и лихеноидный парапсориаз
Реакция «трансплантат против хозяина»	Реакция «трансплантат против хозяина»
Пруриго	Локализованная склеродермия
Кожный зуд	Лимфоматоидный папулез

Применение фототерапии в качестве поддерживающего лечения обычно не рекомендуется, однако в отдельных случаях при отсутствии стойкой ремиссии такой подход может быть оправдан.

МЕТОДЫ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ

Узкополосная УФВ-терапия 311 нм обладает оптимальным профилем эффективности/безопасности среди всех известных методов УФ-терапии и наиболее широко применяется в дерматологии для лечения распространенных заболеваний кожи, таких как псориаз, атопический дерматит, витилиго, красный плоский лишай, грибовидный микоз и др. По эффективности она сопоставима с ПУВА-терапией, но, в отличие от последней, более безопасна, поскольку не требует использования фотосенсибилизирующих препаратов и не имеет свойственных им системных побочных эффектов и противопоказаний.

УФВ-терапия 311 нм в последние годы в значительной мере вытеснила из клинической практики метод широкополосной УФВ-терапии. Тем не менее благодаря более короткому времени экспозиции применение широкополосной УФВ-терапии предпочтительно при лечении пациентов пожилого и старческого возраста.

Применение эксимерного ультрафиолетового света с длиной волны 308 нм показано в лечении ограниченных форм дерматозов (псориаза, витилиго, ограниченного нейродермита, гнездной алопеции и др.). В практике применяют как лазерные, так и ламповые источники эксимерного излучения, которые позволяют проводить лечение отдельных очагов поражения, не подвергая облучению окружающую здоровую кожу. Эффективность лазерных и ламповых источников сопоставима, однако стоимость ламповых аппаратов значительно ниже стоимости лазеров. Лечение данным методом проводится главным образом в стационарную и регрессирующую стадию заболевания.

В отличие от узкополосной фототерапии 311 нм применение эксимерного монохроматического ультрафиолетового света позволяет проводить лечение с более низкой кумулятивной дозой облучения. Ограничением к широкому применению данного метода является высокая стоимость оборудования.

Следует заметить, что в связи с хорошим профилем безопасности УФВ-терапия может назначаться детям, беременным и кормящим матерям.

МЕТОДЫ ПУВА-ТЕРАПИИ

ПУВА-терапия (син. фотохимиотерапия) заключается в комбинированном применении фотосенсибилизирующего препарата из группы псораленов и облучения кожи длинноволновым ультрафиолетовым светом (УФА) с длиной волны 320–400 нм.

В клинической практике применяют несколько методов ПУВА-терапии, отличающихся друг от друга способом введения фотосенсибилизатора. Наиболее часто ПУВА-терапию осуществляют с пероральным применением фотосенсибилизирующего препарата. При псориатической эритродермии и генерализованном пустулезном псориазе применение пероральной ПУВА-терапии считается более предпочтительным, по сравнению с УФВ-терапией 311 нм. Однако при этих формах псориаза фототерапию следует проводить с осторожностью и только после уменьшения острых воспалительных явлений.

Реже назначают ПУВА-терапию с наружным использованием фотосенсибилизатора, который применяют на очаги поражения в виде локальных аппликаций спиртового раствора. Данный метод ПУВА-терапии назначается главным образом при ограниченных очагах поражения.

Метод ПУВА-ванн основан на комбинированном использовании ванн с водным раствором псораленового фотосенсибилизатора и последующего облучения кожи УФА. Применение водного раствора фотосенсибилизатора в виде ванн обеспечивает быструю элиминацию его из кожи, в связи с чем повышенная чувствительность больного к ультрафиолету сохраняется не более 2 часов. Дозы облучения, используемые при проведении ПУВА-ванн, обычно существенно ниже, чем при ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизатора, что позволяет уменьшить риск развития отдаленных побочных эффектов.

Поскольку УФА-излучение глубже, чем УФВ-лучи, проникает в кожу, применение ПУВА-терапии считается более предпочтительным при лечении ладонно-подошвенных дерматозов, а также очагов поражения с выраженной инфильтрацией кожи. Применение ПУВА-терапии высокоэффективно при лечении локализованной склеродермии. Она является

Эксимерный лазер

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

методом 1-й линии терапии ранних стадий грибовидного микоза (стадии T1b и T2b), характеризующихся распространенными пятнистыми и/или бляшечными очагами поражения, в том числе фолликулярной формы заболевания.

В зарубежной практике ПУВА-терапия применяется также при некоторых фотодерматозах (полиморфном фотодерматозе, солнечной крапивнице и др.) с целью профилактики развития симптомов заболевания. Однако лечение таких пациентов осуществляется в центрах, имеющих специальную аппаратуру для проведения фототестирования, а также соответствующий опыт работы с данной патологией.

Вместе с тем ПУВА-терапия имеет ряд ограничений (фотосенсибилизация кожи и глаз), а также сопровождается наибольшим количеством побочных эффектов (риск развития рака кожи и катаракты). Кроме того, применение ПУВА-терапии противопоказано у детей и беременных.

УФА-1 ТЕРАПИЯ

УФА-1 терапия основана на применении УФ-излучения дальнего длинноволнового диапазона (340–400 нм). В отличие от других диапазонов ультрафиолета, этот вид излучения способен проникать в более глубокие слои кожи, достигать подкожной клетчатки и таким образом более эффективно воздействовать на инфильтрированные и глубокие очаги поражения. Кроме того, в терапевтических дозах данный вид излучения редко вызывает эритему (ожоги) и хорошо переносится пациентами.

УФА-1 терапия наиболее хорошо зарекомендовала себя при лечении атопического дерматита, локализованной склеродермии и склеродермоподобных заболеваний кожи, а также экземы кистей. Следует отметить, что у пациентов с атопическим дерматитом УФА-1 терапия может применяться при выраженном обострении заболевания. К недостаткам метода относится большая длительность процедур, которая может составлять от 18 до 40 минут и более.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ

У пациентов, не отвечающих на фототерапию при использовании ее в виде монотерапии, а также с целью повышения эффективности и уменьшения количества сеансов облучения, методы УФ-терапии комбинируют с наружными лечебными средствами, препаратами системного действия, минеральными ваннами.

Опубликованные в последние десятилетия работы свидетельствуют о более высоких результатах лечения при комбинированном применении методов фототерапии с ретиноидами, аналогами витамина D3, топическими кортикостероидами, метотрексатом, биологическими генно-инженерными препаратами. Так, например, показано, что комбинированное применение УФВ-терапии 311 нм и ПУВА-терапии в комбинации с ретиноидами обеспечивает более быстрое разрешение псориатических высыпаний и позволяет снизить курсовую дозу облучения.

Ультрафиолетовая физиотерапевтическая кабина

ПУВА-терапия

Однако некоторые препараты не рекомендуется комбинировать с фототерапией. Так несмотря на то, что комбинированное применение ПУВА-терапии с метотрексатом у пациентов с псориазом в краткосрочной перспективе позволяет уменьшить сроки лечения, количество сеансов и дозу облучения, такое лечение относительно безопасно только в фазу очищения высыпаний. При длительном комбинированном использовании ПУВА-терапии и метотрексата повышается риск развития рака кожи и лимфомы. Комбинация фототерапии с такими препаратами, как циклоспорин, микофенолата мофетил и такролимус не рекомендуется, так как одновременное их использование увеличивает риск развития немеланомного рака кожи.

В ряде опубликованных работ показана возможность комбинированного применения УФВ-терапии 311 нм и ПУВА-терапии с генно-инженерными биологическими препаратами, однако отдаленные результаты такого лечения изучены недостаточно.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ФОТОТЕРАПИИ

Противопоказания к фототерапии подразделяются на абсолютные и относительные, основные противопоказания приведены в таблице 3.

Из побочных эффектов УФ-терапии могут наблюдаться преходящая эритема, зуд и сухость кожи, исчезающие после уменьшения дозы облучения или временной отмены процедур. В редких случаях при ПУВА-терапии могут развиваться тяжелые формы эритемы и системные фототоксические эффекты (лихорадка, недомогание). Иногда развиваются симптомы полиморфного фотодерматоза, акнеподобные высыпания, обострение герпетической инфекции и некоторые другие.

Хроническое воздействие УФ излучения может приводить к актиническому повреждению кожи, возникновению лентиго и кератоза, уменьшению эластичности кожи, появлению морщинистости и телеангиэктазий, нарушению пигментации кожи.

При использовании пероральных форм фотосенсибилизирующих препаратов некоторые пациенты могут предъявлять жалобы на тошноту и дискомфорт в эпигастральной области, головокружение или головную боль. К довольно редким побочным эффектам ПУВА-терапии относятся подногтевые кровоизлияния, онихолиз, гипертрихоз лица. Они регрессируют самостоятельно после прекращения лечения.

Основной проблемой, ограничивающей применение ПУВА-терапии, является потенциальный риск развития злокачественных новообразований кожи при неоднократно повторяющихся курсах лечения. В частности, выявлен доза-зависимый риск развития плоскоклеточного рака кожи, в меньшей степени — базальноклеточного рака кожи, а также возможный риск развития меланомы кожи. При лечении ПУВА-ваннами подобных рисков до сих пор не выявлено. Методы УФВ-терапии обладают значительно меньшим канцерогенным потенциалом и считаются относительно безопасными.

В литературе имеются сообщения о способности псораленов накапливаться в хрусталике, увеличивая риск его помутнения и развития катаракты, однако опубликованные данные имеют противоречивый характер.

ПРОФИЛАКТИКА ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ФОТОТЕРАПИИ

У каждого пациента перед назначением курса фототерапии необходимо оценивать соотношение риска и пользы.

Для предотвращения развития побочных эффектов пациентам рекомендуется в течение всего курса лечения защищать глаза фотозащитными очками, исключить использование других препаратов и косметических средств, обладающих фотосенсибилизирующими свойствами, осуществлять ежедневное увлажнение всего кожного покрова наружными средствами, восстанавливающими гидролипидную мантию кожи.

Чтобы уменьшить или избежать побочных эффектов, связанных с приемом внутрь фотосенсибилизаторов, пациенту рекомендуется принимать фотосенсибилизирующий препарат с молоком или пищей или разделить дозу на 2 порции с интервалом приема в 30 минут.

Не рекомендуется проводить пациентам, особенно с I и II фототипом кожи, более 1–2 курсов фототерапии в год, а также назначать в течение жизни более 250 процедур ПУВА-терапии или 300–500 процедур УФВ-терапии. Суммарная доза УФА за все курсы ПУВА-терапии не должна превышать 1000–1500 Дж/см^2.

Всем пациентам, получавшим многокурсовую фототерапию, рекомендуется проводить ежегодный осмотр дерматовенеролога (онколога) с целью раннего выявления и своевременного лечения рака кожи.

д.м.н. В. А. Волнухин

Таблица 3
ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ

АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
• непереносимость ультрафиолетового излучения; • непереносимость псораленовых фотосенсибилизаторов*; • заболевания, сопровождающиеся повышенной фотосенсибилизацией, нарушением репарации ДНК и/или высоким риском развития опухолей кожи; • меланома в анамнезе или на момент лечения; • плоскоклеточный или базальноклеточный рак кожи в анамнезе или на момент лечения; • диспластические и атипичные меланоцитарные невусы; • детский возраст*; • беременность и кормление грудью*; • состояния и заболевания, при которых противопоказаны методы физиотерапии.	• сопутствующее применение иммуносупрессивных средств, таких как циклоспорин, микофенолата мофетил, такролимус и др.) • предраковые заболевания кожи; • применение других фотосенсибилизирующих средств; • тяжелые повреждения кожи солнечным светом или ультрафиолетовым излучением; • дети в возрасте младше 7 лет; • пузырчатка, буллезный пемфигоид; • катаракта или отсутствие хрусталика* • лечение в прошлом мышьяком или ионизирующим излучением; • выраженная дисфункция печени и почек*; • обострение дерматоза под действием солнечного света; • низкая комплаентность больных.

Примечание. * — противопоказана ПУВА-терапия.

ЮБИЛЕЙ

100 лет на страже здоровья. Юбилей калужского областного клинического кожно-венерологического диспансера

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В КАЛУЖСКОЙ ГУБЕРНИИ НАЧАЛА ЗАРОЖДАТЬСЯ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ. В 20-Е ГОДЫ XX ВЕКА НА ТЕРРИТОРИИ МОЛОДОЙ СОВЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НАЧАЛАСЬ ЭПИДЕМИЯ СИФИЛИСА, И ТОГДА ПРАВИТЕЛЬСТВО ПРИНЯЛО РЕШЕНИЕ О ПОВСЕМЕСТНОМ И СРОЧНОМ ОТКРЫТИИ КЛИНИК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ. К ЭТОМУ ВРЕМЕНИ В АМБУЛАТОРИИ КАЛУЖСКОЙ ГОРОДСКОЙ ЛЕЧЕБНИЦЫ РАБОТАЛ ОТДЕЛЬНЫЙ ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ, А В ГУБЕРНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМЕНИ А.С. ХЛЮСТИНА СУЩЕСТВОВАЛО ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ГДЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫЕ С КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Согласно справке, предоставленной Государственным архивом Калужской области, в декабре 1922 года на заседании секции по здравоохранению Калужского городского совета выступил врач З.И. Браславский с докладом о положении дел по борьбе с проституцией и туберкулезом как социальными заболеваниями и высказал мысль о создании венерологического диспансера, по примеру заграничных учреждений. Собравшиеся поддержали докладчика. В 1924 году на той же секции городского совета было принято решение положить начало организации венерологического диспансера на базе существующей амбулатории.

До октября 1925 года шло укомплектование штата диспансера. В июле 1925 года заведующий подотдела профилактической медицины Губернского здравотдела врач З.И. Браславский был переведен, согласно его желанию, на должность заведующего венерологическим диспансером. В приказе Калужского губздравотдела № 64 от 24 ноября 1925 года значится: «С 1 октября полагать функционирующим венерологический диспансер».

Диспансер располагался всего в двух комнатах, выделенных Первой Градской больницей, медицинский персонал в то время состоял из трех врачей и трех фельдшеров.

Рис. 2. Дом Терениных, где располагался диспансер с 1950 по 1990 год

До 1959 года главным врачом кожно-венерологического диспансера был В. Е. Лион, которого на этом посту сменил И. А. Гуляков, до этого заведовавший Калужским областным здравотделом.

Казалось бы, три этажа для медучреждения такого типа по тем временам было достаточно, но диспансеру не хватало площадей для развития и совершенствования дерматовенерологической службы. Стационар на третьем этаже был

Рис. 1. Коллектив диспансера, работавший в первые годы после его создания

В послевоенные годы страну охватила очередная эпидемия сифилиса. Диагностическая и лечебная база не могла справиться с большим потоком пациентов. По решению руководства области в 1949 году диспансеру было выделено трехэтажное здание по улице Степана Разина, дом 1. История самого здания достаточно интересна. Есть сведения, что оно было построено на рубеже XVIII–XIX веков. Известность ему принесло то, что с 1834 по 1835 год в нем жила грузинская царевна Фекла Ираклиевна Цицишвили — дочь последнего грузинского царя Ираклия. В конце единым для венерических и кожных больных. Пациентов прибывало все больше, и их попросту негде было размещать.

В 1978 году в истории Калужского диспансера открылась новая страница. На должность главного врача была назначена Сильвия Михайловна Круглова. Под ее руководством в диспансере значительно вырос штат сотрудников, стали открываться новые кабинеты. В том же году диспансеру выделили еще одно здание, по улице Первомайской, ранее принадлежавшее школе-интернату для глухонемых детей. На двух этажах здания разместился просторный венерологический стационар.

Под руководством С. М. Кругловой была создана современная специализированная дерматовенерологическая служба региона, в состав которой, кроме Калужского диспансера, вошли кожно-венерологические кабинеты во всех областных ЦРБ. Большой заслугой Сильвии Михайловны, как главного врача, стало строительство нового пятиэтажного корпуса рядом с уже имеющимся зданием диспансера по ул. Первомайской, где и в настоящее время размещается ГБУЗ КО «КОККВД».

Именно расширенные возможности специализированного учреждения помогли пережить очередную десятилетнюю эпидемию сифилиса, когда с 1993 по 2003 год в Калужской области переболело более 20 тысяч человек. На годы руководства С. М. Кругловой диспансером пришлись большие перемены в организации

Рис. 3. Коллектив диспансера в 1960-е годы. И. А. Гуляков во втором ряду в центре

деятельности диспансера, что позволило улучшить качество и доступность дерматовенерологической помощи, а также повысить уровень профессиональных знаний медицинского персонала, что поспособствовало хорошему контролю над эпидемиологической ситуацией по заболеванию ИППП и заразными кожными болезнями.

За выдающиеся заслуги в области здравоохранения С. М. Круглова была награждена орденом «Знак Почета» и медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением»

В период руководства Сильвии Михайловны создается централизованная серологическая лаборатория, которая проводит исследования крови на заболевания, передающиеся половым путем, для всех лечебных учреждений области. Внедряются современные диагностические методики. Врачи диспансера на постоянной основе осуществляют организационно-методическую помощь специалистам в центральных районных больницах.

На территории диспансера, полностью переехавшего на улицу Первомайскую, в двухэтажном историческом здании (имеет статус памятника архитектуры) расположилось отделение косметологии «Имидж», которое уже более 20 лет оказывает платные услуги жителям региона. Кабинеты отделения оснащены новым современным оборудованием, которое высококвалифицированные врачи дерматовенерологи-косметологи применяют ежедневно, вместе с актуальными методами работы.

В 2003 году на должность главного врача назначен Александр Николаевич Беликов, до перехода на преподавательскую деятельность в 2020 году он руководил диспансером.

За эти годы была проведена большая работа по укреплению материально-технической базы учреждения, отремонтированы все отделения диспансера, благоустроена территория, приобретено современное диагностическое и лечебное оборудование, в том числе современные аналитические устройства лаборатории, создана ПЦР-лаборатория.

За счет средств от предпринимательской деятельности в 2019 году был построен новый четырехэтажный корпус на территории рядом с существующим корпусом, что позволило улучшить работу многих лечебных служб.

Диспансер не раз был отмечен как одно из лучших лечебных учреждений в ЦФО, в 2014 году указом Президента РФ главному врачу Беликову А. Н. было присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ». А в 2017 году А. Н. Беликов приказом Министерства здравоохранения РФ был назначен главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Российской Федерации по дерматовенерологии и косметологии в ЦФО, исполняя эти обязанности вплоть до 2020 года.

На протяжении многих лет диспансер являлся клинической базой для обучения студентов медицинского института Калужского государствен-

ЮБИЛЕЙ

Рис. 4. С. М. Круглова, заслуженный врач РФ, руководила диспансером с 1978 по 2003 год

ного университета имени К. Э. Циолковского, а с 2023 года и клинических ординаторов по специальности «дерматовенерология».

С 2020 года исполняет обязанности главного врача заслуженный врач РФ Комлева Людмила Федоровна. Более 40 лет Людмила Федоровна отдала служению дерматовенерологической службе Калужской области, не переставая принимает активное участие во всех мероприятиях, направленных на улучшение качества оказания специализированной помощи населению.

Сегодня диспансер является единственным специализированным учреждением на территории Калужской области, которое оказывает высококвалифицированную консультативную, диагностическую и лечебно-профилактическую помощь жителям Калуги и области. Амбулаторная и стационарная помощь осуществляется с применением современных и эффективных методов обследования и лечения, с использованием новейшего лечебно-диагностического оборудования.

В настоящее время в диспансере работают 37 врачей и 69 средних медицинских работников. В пятиэтажном здании располагаются основные лечебные подразделения и лаборатории.

Поликлиническое отделение диспансера рассчитано на 500 посещений в день. Ежегодно амбулаторную помощь получают более 80 тысяч пациентов. Кроме этого, функционирует стационар дневного пребывания, в котором получают лечение более 20 пациентов ежедневно.

Для оказания круглосуточной стационарной помощи имеются три отделения, в их числе: дерматологические отделения для взрослых и для детей, а также отделение для пациентов с заболеваниями, передающимися половым путем.

С 2018 года диспансер оказывает высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь с применением современных генно-инженерных биологических препаратов. Физиотерапевтический кабинет оснащен новейшим оборудованием для проведения ПУВА-терапии и узкополосной УФО-терапии.

Медицинские работники кожно-венерологического диспансера постоянно повышают собственный профессиональный уровень, активно участвуют в научных конференциях и конгрессах. С 2007 года в диспансере функционирует региональное отделение «Национального альянса дерматовенерологов и косметологов», врачи из Калужской области постоянные участники форумов, проводимых альянсом.

Диспансер неоднократно признавался лучшим лечебным учреждением Калужской области, награжден грамотами Министерства здравоохранения и городского головы города Калуги. В 2004 году диспансер награжден грамотой Правительства Российской Федерации.

Калужский областной клинический кожно-венерологический диспансер достойно встречает свой 100-летний юбилей. Имея такой срок существования учреждения, можно оглянуться и увидеть, сколько сложной и многогранной работы было проделано не только главными врачами, но и всеми работниками, которые трудились и продолжают трудиться, помогая диспансеру совершенствоваться, развиваться во множествах направлений и оставаться сердцем дерматовенерологической службы Калужской области.

А. Н. Беликов, Л. Ф. Комлева, К. Ю. Боброва, С. Д. Савкина

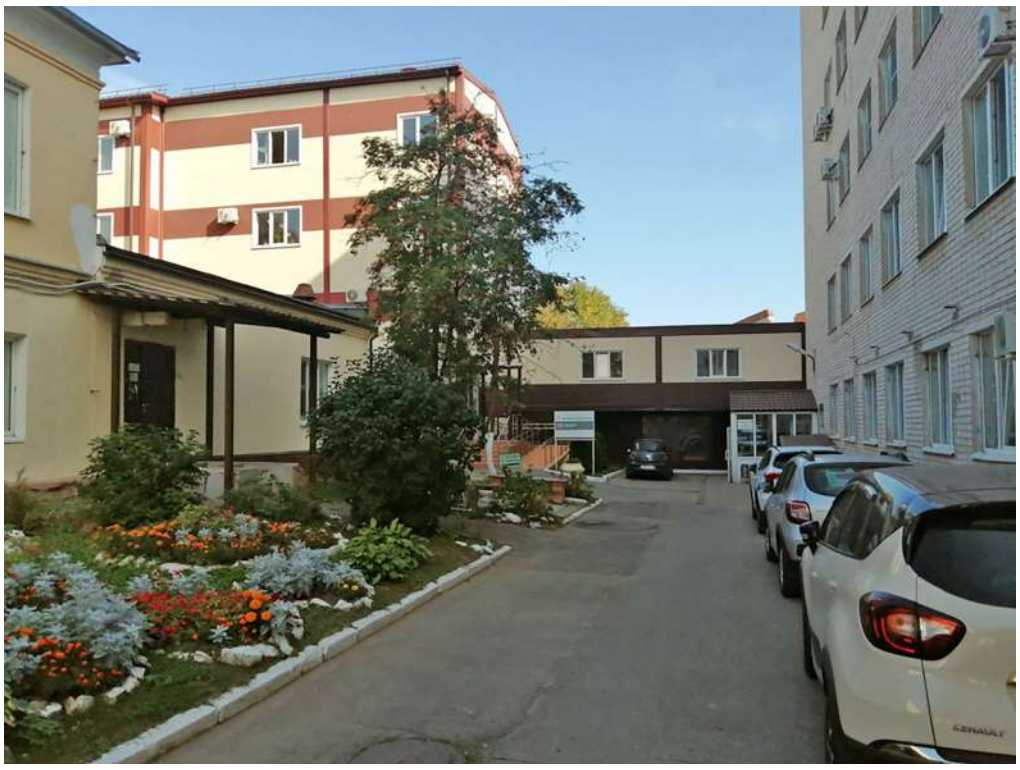


Рис. 5. Здание и территория Калужского клинического кожно-венерологического диспансера

МЕРОПРИЯТИЯ

Безопасность пациентов — с самого начала!

ВРАЧИ МОСКОВСКОГО ЦЕНТРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В ИНФОРМАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКЦИИ «ОКНО ЗДОРОВЬЯ» ВО ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ. ОНА ПРОШЛА 17 СЕНТЯБРЯ И БЫЛА НАПРАВЛЕНА НА УВЕЛИЧЕНИЕ ДОЛИ ГРАЖДАН, ВЕДУЩИХ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.

Мероприятие, проводимое в рамках партнерской программы Департамента здравоохранения города Москвы и творческого кластера «Красный Октябрь», прошло под лозунгом «Безопасность пациентов – с самого начала!». В рамках акции были организованы интерактивные точки по оценке уровня здоровья, а также состоялся одноименный круглый стол, в котором приняли участие руководители и представители ведущих медицинских организаций, общественных некоммерческих организаций, пациентских сообществ и фондов. Задача дискуссии – побудить людей задуматься о своем здоровье и о том, как его сохранить. Обратить внимание на то, что многие болезни связаны с вредными привычками, неправильным питанием, малоподвижным образом жизни, стрессом и другими факторами, которые негативно влияют на организм. Заведующая филиалом «Юго-западный» с клиникой аллергических болезней кожи МНПЦДК Н. Ф. Заторская представила доклад «Безопасная косметология. Как обеспечить здоровье кожи. Современные способы поддержания красоты и молодости», который нашел огромный отклик у присутствующих.

ПРАВО

Целесообразность получения согласия на обработку персональных данных пациента

А. В. Финогенов

При обращении пациента в медицинскую организацию сотрудники медицинской организации, в общем случае, предлагают пациенту заполнить и подписать как минимум два следующих документа:

- информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство.
- согласие на обработку персональных данных.

Если дача ИДС пациентом или его законным представителем на медицинское вмешательство является, в соответствии с ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым (обязательным) предварительным условием медицинского вмешательства, то необходимость требования и целесообразность получения от пациента согласия на обработку медицинской организацией его персональных данных вызывают серьезные сомнения по следующим основаниям.

Отношения, связанные с обработкой персональных данных, регулируются прежде всего Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (в дальнейшем — Закон о персональных данных).

При выборе гражданином (пациентом) медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданин, в соответствии с п 5. Порядка выбора гражданином медицинской организации, утвержденного Приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 216н, предоставляет медицинской организации определенную указанным пунктом информацию, которая относится к данному гражданину и, в соответствии со ст. 3 Закона о персональных данных, определяется как его персональные данные.

При заключении гражданином с медицинской организацией договора на получение платных медицинских услуг в договоре, в соответствии с подп. «б» п. 23 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (в дальнейшем — Правила), утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, указываются сведения о потребителе (пациенте), которые также, в соответствии со ст. 3 Закона о персональных данных, определяются как персональные данные потребителя платных медицинских услуг.

На основании изложенного и с учетом норм Закона о персональных данных можно сделать однозначный вывод, что указанный закон регулирует отношения между медицинской организацией и пациентом по вопросам получения, сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения, извлечения, использования, передачи (распространение, предоставление, доступ), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных, что определяется в законе как обработка персональных данных, при этом медицинская организация выступает в качестве оператора персональных данных, а пациент — в качестве субъекта персональных данных.

Департамент здравоохранения города Москвы приказом от 09.12.2019 № 1057 (в дальнейшем — Приказ № 1057) утвердил типовые формы информированного согласия пациента и законного представителя несовершеннолетнего на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

Пунктом 3 Приказа № 1057 Департамент здравоохранения города Москвы обязал руководителей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы:

- принять к руководству утвержденные типовые формы
- утвердить локальными актами адаптированные под конкретные медицинские организации формы.

Таким образом, в силу и в целях исполнения Приказа № 1057, в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы при обращении пациента в медицинскую организацию ему в обязательном порядке предлагают оформить и подписать согласие на обработку его персональных данных.

В то же время получение медицинской организацией как оператором персональных данных согласия на обработку персональных данных является частным случаем из перечня условий, перечисленных в ч. 1 ст. 6 Закона о персональных данных и дающих право оператору персональных данных на обработку персональных данных гражданина.

В рассматриваемой ситуации прежде всего необходимо обратить внимание на п. 5 ч. 1 ст. 6 Закона о персональных данных, из которого следует, что обработка персональных данных допускается без наличия оформленного и подписанного гражданином (пациентом) согласия, если необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных или договора, по которому субъект персональных данных будет являться выгодоприобретателем или поручителем.

В случае если медицинская услуга оказывается в рамках системы медицинского страхования (неважно, обязательного или добровольного) или в рамках возмездного (платного) договора об оказании медицинских услуг, пациент в данных отношениях или выступает в качестве выгодоприобретателя (например, при получении страхового обеспечения) или является стороной договора.

Отсюда следует, что для обработки персональных данных пациента, в общем случае, не требуется получение от гражданина (пациента) согласия на обработку его персональных данных при оказании медицинской помощи.

В подтверждение данной позиции можно сослаться также на ч. 2 ст. 9 Закона о персональных данных, в которой перечислены основания, когда оператор персональных данных вправе продолжить обработку персональных данных без наличия согласия субъекта персональных данных.

В частности по отношению к медицинским организациям такими основаниями являются:

- обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну (п. 4 ч. 2 ст. 10 Закона о персональных данных)
- обработка персональных данных осуществляется в соответствии с законодательством об обязательных видах страхования, со страховым законодательством (п. 8 ч. 2 ст. 10 Закона о персональных данных).

Главой 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» установлен порядок организации и ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования в виде сбора, хранения и обработки персональных сведений (данных) о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Частями 4 ст. 39 и 39.1 указанного закона предусмотрена прямая обязанность медицинской организации на предоставление сведений о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи в процессе осуществления медицинской деятельности.

На основании перечисленных норм следует, что медицинская организация имеет право получать и осуществлять обработку персональных данных гражданина (пациента) без наличия (получения, дачи) согласия на обработку его персональных данных.

Однако в силу Приказа 1057 и принятых на основании данного приказа локальных актов медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы при обращении пациента в медицинскую организацию в обязательном порядке предлагают пациенту оформить и подписать согласие на обработку его персональных данных.

В то же время необходимость оформления пациентом согласия на обработку персональных данных не только предполагает дополнительные материальные и временные затраты в процессе оказания медицинской помощи, но и создает почву для возникновения конфликтных ситуаций между медицинской организацией и пациентом.

Так, особенно в последнее время, участились случаи отказов граждан (пациентов) от дачи согласия на обработку персональных данных и обращений пациентов как субъектов персональных данных в медицинские организации с заявлениями об отзыве ранее выданного согласия на обработку персональных данных с одновременным требованием прекратить обработку или обеспечить прекращение такой обработки и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение.

Особенно массовым это явление было во второй половине 2024 года, после широкого распространения в сети Интернет информации о возможности использования персональных данных мошенниками и праве отозвать такое согласие как способе противодействия мошенническим действиям.

При этом пациенты обосновывают свое требование ссылкой на ч. 2 ст. 9 Закона о персональных данных, которой пациенту как субъекту персональных данных действительно предоставлено право на отзыв согласия на обработку персональных данных.

На каждое такое заявление пациента медицинская организация, в которой работает автор настоящей статьи, в обязательном порядке готовит и направляет пациенту подробный ответ, в котором указывает, что заявление на отзыв персональных данных не может быть исполнено, и что медицинская организация продолжит обработку персональных данных в силу приведенных выше норм Закона о персональных данных.

Что, в свою очередь, приводит к жалобам пациентов в различные контролирующие органы о нарушении их прав и норм Закона о персональных данных и к необходимости медицинской организации готовить ответы на подобные жалобы.

Нередки случаи обращения пациентов как субъектов персональных данных в судебные органы с требованием обязать медицинскую организацию прекратить обработку и уничтожить или обеспечить уничтожение персональных данных, а также с требованием о возмещении морального вреда в связи с отказом медицинской организации от исполнения заявления пациента.

Подобные иски пациентов суды оставляют без удовлетворения, по основаниям, изложенным выше.

В качестве примера можно привести следующую выдержку из решения Симановского районного суда г. Москвы от 15.11.2024 по делу № 2-10379/2024: «Поскольку истец обратился к ответчику за получением медицинской услуги и получил ее, то этими действиями истец предоставил ответчику право на обработку персональных данных истца и право ответчика продолжать осуществлять обработку персональных данных без его согласия и при отзыве согласия».

На основании изложенного можно сделать вывод, что отсутствие согласия пациента на обработку его персональных данных или отзыв пациентом данного согласия не создает для медицинской организации никаких юридических последствий и не ограничивает право медицинской организации осуществлять (продолжать) обработку персональных данных пациента, следовательно, действия медицинской организации по получению от пациентов подписанного согласия на обработку персональных данных не являются необходимыми, целесообразными и рациональными, особенно с учетом того, что такие действия создают почву для возникновения конфликтных ситуаций, для разрешения и урегулирования которых медицинская организация будет вынуждена тратить временные и материальные ресурсы.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, САМ ФАКТ ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАНИНА (ПАЦИЕНТА) В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЖЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ, В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ЗАКОНА О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАЧУ СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, И ОФОРМЛЕНИЕ (ПОЛУЧЕНИЕ) В ПИСЬМЕННОМ ИЛИ ИНОМ ВИДЕ ПОДПИСАННОГО ГРАЖДАНИНОМ (ПАЦИЕНТОМ) СОГЛАСИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

А. В. Финогенов

ФОТОРЕПОРТАЖ

«Дерматовенерология и косметология»: от инноваций к практике

ВОЛГОГРАД 21.04.2025

УФА 22.05.2025

ФОТОРЕПОРТАЖ

«Дерматовенерология и косметология»: от инноваций к практике

ОМСК 19.06.2025

ХАБАРОВСК 18.09.2025

НОВОСТИ

Новый потенциал сестринского дела

В ГБУЗ «ТОКВКД» СОСТОЯЛАСЬ II МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ»

В ГБУЗ «ТОКВКД» состоялась II межрегиональная научно-практическая конференция «Сестринское дело в дерматовенерологии и косметологии».

В 27-й раз прошел всероссийский конкурс «100 лучших товаров России». Известное мероприятие стимулирует предприятия и учреждения на улучшение качества продукции, снижение негативного воздействия производства на окружающую среду, обеспечение безопасности товаров и услуг.

Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер третий год подряд принимает участие в этом конкурсе. И вновь одержал победу! В этом году учреждение стало лауреатом всероссийского этапа и получило право на золотой товарный знак «100 лучших товаров России» с услугой по лечению дерматозов. Торжественное награждение лауреатов и дипломантов заключительного этапа Всероссийского конкурса прошло 14 ноября, во Всемирный День качества. Также почетным знаком «Отличник качества» награждена главный врач диспансера Вера Николаевна Шустова.

Конкурс «100 лучших товаров России» на протяжении более четверти века остается одним из самых престижных в России в области качества. Проводимые мероприятия по стимулированию предприятий к освоению и применению современных эффективных способов управления качеством дают положительные результаты.

Открытый разговор о закрытых темах

В рамках реализации Плана региональных тематических мероприятий по профилактике заболеваний и поддержке здорового образа жизни на 2025 год ГБУЗ «Иркутский областной кожно-венерологический диспансер» и ОГБУЗ «Братский областной кожно-венерологический диспансер» с 14 по 20 июля 2025 года проведена «Неделя профилактики инфекций, передающихся половым путем», направленная на повышение информированности граждан о профилактике, своевременной диагностике и лечении инфекций, передаваемых половым путем.

В консультативно-диагностических отделениях проведены «Дни открытых дверей». 165 человек получили консультации врачей-дерматовенерологов и прошли бесплатные лабораторные обследования на инфекции, передаваемые половым путем. Медицинскими работниками кожно-венерологических диспансеров проведены тематические лекции в консультативно-диагностических и стационарных отделениях на темы «Что такое ИППП. Профилактика ИППП», «Что нужно знать об ИППП», «Быть взрослым — значит быть ответственным», «Болезни неправильного поведения», «Не рискуй — подумай о своем здоровье». Всего профилактической работой было охвачено 335 человек.

Среди пациентов распространены информационные материалы о симптомах и признаках

ИППП, последствиях и методах профилактики, а также адреса и контактные телефоны структурных подразделений, где непосредственно можно получить консультативно-диагностическую помощь.

В рамках мероприятий главный врач ГБУЗ «ОКВД», главный внештатный специалист по дерматовенерологии министерства здравоохранения Иркутской области Н. А. Шпакова 14 июля приняла участие в радиопередаче Иркутского радио «Будем здоровы». Наталья Александровна рассказала о статистике инфекций, передаваемых половым путем, в Иркутской области, о симптомах и методах профилактики ИППП, она призвала слушателей не заниматься самолечением и в случае подозрения на заражение своевременно обращаться за медицинской помощью в специализированные медицинские учреждения.

Выездная помощь от «Команды Президента»

ОМСКИЕ МЕДИКИ ВО ГЛАВЕ С МИНИСТРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ДМИТРИЕМ АНАТОЛЬЕВИЧЕМ МАРКЕЛОВЫМ 29 АВГУСТА 2025 ГОДА ПОСЕТИЛИ В СОСТАВЕ «КОМАНДЫ ПРЕЗИДЕНТА» СЕДЕЛЬНИКОВСКУЮ ЦРБ.

Центральная районная больница обслуживает почти восемь тысяч жителей Седельниковского района. Пациенты всегда рады приезду узких специалистов из Омска.

Медицинская бригада из шести врачей принимала заранее отобранных терапевтами Седельниковской ЦРБ больных. Прием вели дерматовенерологи, онколог, кардиолог, офтальмолог и пульмонолог из профильных медицинских центров (Клинической офтальмологической больницы, Клинического онкологического, Клинического кардиологического, Клинического кожно-венерологического и Областного клинического противотуберкулезного диспансеров).

По результатам консультаций в Седельниковской ЦРБ осмотрены 149 пациентов, из них врачами-дерматовенерологами — 41 пациент, у 23 человек удалены новообразования кожи, получили направления в стационар 2 человека, 3 пациента были направлены на дообследование к онкологу.

Проект «Команда Президента» инициирован Правительством региона во главе с губернатором Омской области Виталием Павловичем Хоценко и поддержан «Единой Россией» и «Народным фронтом». Седельниковский район стал очередным для выездной бригады «Команды» с целью оказания дополнительной социальной поддержки омичам. Бригады врачей продолжают осуществлять выезды в районы Омской области.

МОСКОВСКИЙ **ДЕРМАТОЛОГ**
№11 (51)

Свидетельство о регистрации: ПИ №ФС 77-51552 от 26.10.2012 г.
Учредитель: Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»
Адрес редакции: 119071, Москва, Ленинский проспект, д. 17
E-mail: klinderma@inbox.ru, pressderma@yandex.ru
Главный редактор – Потекаев Н.Н.
Зам. главного редактора – Доля О.В.
Зам. главного редактора – Жукова О.В.
Научный редактор – Поршина О.В.
Шеф-редактор – Николаева Н.В.
Редактор – Шевцова В.В.
По вопросам размещения рекламы – Кочеткова И.Л. Тел.: +7 903 108 36 35

Редакционная коллегия:

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Дальневосточного федерального округа – **Аршинский М.И.**
Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Северо-Кавказского федерального округа – **Земцов М.А.**
Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Уральского федерального округа – **Зильберберг Н.В.**
Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Сибирского федерального округа – **Новиков Ю.А.**
Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Северо-Западного федерального округа – **Разнатовский К.И.**
Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Южного федерального округа – **Темников В.Е.**

Периодичность: 4 номера в год

Газета набрана и сверстана в ООО «МЕДЭКСПОСЕРВИС», отпечатана в ООО «Борус-Пресс».
300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6

Тираж: 5000 экземпляров

Цена свободная. Номер подписан 30.09.2025
Время подписания в печать: по графику 09:00, фактическое 10:00.

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский дерматолог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.

РЕКЛАМА

Тремфея
(гуселькумаб)

ВЫ МОЖЕТЕ УДИВИТЬСЯ, КОГДА УВИДИТЕ ПАЦИЕНТА СНОВА!

БОЛЕЕ 80% ПАЦИЕНТОВ УДЕРЖИВАЮТ **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОТВЕТ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ**[1] БЛАГОДАРЯ ТОМУ, ЧТО ТРЕМФЕЯ:

- СПОСОБСТВУЕТ ПОЛНОМУ ОЧИЩЕНИЮ КОЖИ*
- ОБЛАДАЕТ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ, СОПОСТАВИМЫМ С ПЛАЦЕБО[2-4]
- ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛЬНОЕ ОБЛЕГЧЕНИЕ СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ[5]

Инструкция по медицинскому применению и общая характеристика лекарственного препарата Тремфея

* 53% ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГУСЕЛЬКУМАБ, ДОСТИГЛИ И УДЕРЖИВАЛИ PASI 100 В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ VOYAGE-1[1,2] PASI (PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX) - ИНДЕКС РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА.

1. REICH K, ET AL. BR J DERMATOL.2021;185(6):1146-1159. **2.** BLAUVELT A. ET AL. J AM ACAD DERMATOL 2022 APR;86(4):827-834. **3.** BLAUVELT A. ET AL. J AM ACAD DERMATOL 2017;76:405-417. **4.** LANGLEY RG. ET AL. BR J DERMATOL 2018;178:114-123. **5.** MCLNNES IB. ET AL. ARTHRITIS RHEUMATOL 2021;74(3):475-485.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ПРЕПАРАТА И ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРИНИМАЮЩАЯ ПРЕТЕНЗИИ:
ООО «ДЖОНСОН & ДЖОНСОН», РОССИЯ, 121614, Г. МОСКВА, УЛ. КРЫЛАТСКАЯ, Д. 17, КОРП. 2.
ТЕЛ. (495) 755-83-57, ФАКС: (495) 755-83-58. СР-477159 ОКТЯБРЬ 2024

Johnson&Johnson