Саратовский научно-медицинский ЖУРНАЛ

2020
Том 16, № 3
Приложение (Дерматовенерология)
Июль — сентябрь

Saratov Journal of Medical Scientific Research

2020
Volume 16, № 3
Supplement (Dermatovenereology)
July — September

Саратовский научно-медицинский ЖУРНАЛ

2020. Том 16, № 3
Приложение
(Дерматовенерология)
Июль — сентябрь

Saratov Journal of Medical Scientific Research

2020. Volume 16, № 3
Suppl. (Dermatovenereology)
July — September

Главный редактор
В.М. Попков, профессор

Зам. главного редактора
А.С. Федонников, доцент

Ответственный секретарь
О.А. Фомкина, доцент

Редакционный совет:
Н.Х. Амиров, академик РАН (Россия, Казань)
Л.А. Бокерия, академик РАН (Россия, Москва)
В.В. Власов, профессор (Россия, Москва)
Н.Н. Володин, академик РАН (Россия, Москва)
И.В. Гайворонский, профессор (Россия, Санкт-Петербург)
П.В. Глыбочко, академик РАН (Россия, Москва)
Г.П. Котельников, академик РАН (Россия, Самара)
Д.В. Крысько, PhD, MD (Бельгия, Гент)
С.Л. Кузнецов, чл.-кор. РАН (Россия, Москва)
В.А. Куркин, профессор (Россия, Самара)
М.А. Курцер, академик РАН (Россия, Москва)
В.К. Леонтьев, академик РАН (Россия, Москва)
А.Д. Макацария, академик РАН (Россия, Москва)
Е.Л. Насонов, академик РАН (Россия, Москва)
В.И. Петров, академик РАН (Россия, Волгоград)
А.А. Свистунов, чл.-кор. РАН (Россия, Москва)
А.А. Скоромец, академик РАН (Россия, Санкт-Петербург)
А. Тененбаум, профессор (Израиль, Тель-Авив)
И.Н. Тюренков, чл.-кор. РАН (Россия, Волгоград)
Р.У. Хабриев, академик РАН (Россия, Москва)
В.О. Щепин, чл.-кор. РАН (Россия, Москва)

Редакционная коллегия:
В.Г. Абламуниц, доцент (Россия, Санкт-Петербург)
И.В. Бабаченко, профессор (Россия, Санкт-Петербург)
С.П. Бажанов, д-р мед. наук (Россия, Саратов)
А.Л. Бакулев, профессор (Россия, Саратов)
В.А. Балязин, профессор (Россия, Ростов-на-Дону)
Б.П. Безручко, профессор (Россия, Саратов)
Н.В. Болотова, профессор (Россия, Саратов)
С.Е. Борисов, профессор (Россия, Москва)
С.А. Бугоркова, д-р мед. наук (Россия, Саратов)
А.В. Горелов, чл.-кор. РАН (Россия, Москва)
В.И. Гриднев, доцент (Россия, Саратов)
М.С. Громов, профессор (Россия, Саратов)
А.В. Губин, профессор (Россия, Курган)
Д.А. Гуляев, профессор (Россия, Санкт-Петербург)
А.Ю. Дробышев, профессор (Россия, Москва)
Д.В. Дупляков, профессор (Россия, Самара)
Ю.Ю. Елисеев, профессор (Россия, Саратов)
А.В. Елькин, профессор (Россия, Санкт-Петербург)
А.В. Золотарев, д-р мед. наук (Россия, Самара)
Т.Г. Каменских, доцент (Россия, Саратов)
В.В. Каштапал, д-р мед. наук (Россия, Кемерово)
В.М. Кенис, д-р мед. наук (Россия, Санкт-Петербург)
В.Ф. Киричук, профессор (Россия, Саратов)
А.Р. Киселев, доцент (Россия, Саратов)
А.И. Кодочигова, профессор (Россия, Саратов)
И.В. Козлова, профессор (Россия, Саратов)
Д.А. Коновалов, д-р мед. наук (Россия, Пятигорск)
А.В. Концевая, д-р мед. наук (Россия, Москва)
М.М. Кохан, профессор (Россия, Екатеринбург)
В.Н. Красножен, профессор (Россия, Казань)
А.А. Кубанов, чл.-кор. РАН (Россия, Москва)
Л.А. Кузнецова, д-р биол. наук (Россия, Санкт-Петербург)
А.В. Кузьменко, профессор (Россия, Воронеж)
В.В. Кутырев, академик РАН (Россия, Саратов)
В.Р. Кучма, чл.-кор. РАН (Россия, Москва)
А.В. Лепилин, профессор (Россия, Саратов)
О.В. Мареев, профессор (Россия, Саратов)
Г.Н. Маслякова, профессор (Россия, Саратов)
Т.И. Морозова, профессор (Россия, Саратов)
В.В. Моррисон, профессор (Россия, Саратов)
В.Н. Николенко, профессор (Россия, Москва)
В.В. Новочадов, профессор (Россия, Волгоград)
И.А. Норкин, профессор (Россия, Саратов)
А.В. Петраевский, профессор (Россия, Волгоград)
И.М. Петяев, PhD, MD (Великобритания, Кембридж)
И.Е. Поверennова, профессор (Россия, Самара)
В.М. Попков, профессор (Россия, Саратов)
М.Д. Прохоров, д-р физ.-мат. наук (Россия, Саратов)
А.П. Ребров, профессор (Россия, Саратов)
А.В. Решетников, академик РАН (Россия, Москва)
О.В. Решетько, профессор (Россия, Саратов)
О.П. Ротарь, д-р мед. наук (Россия, Санкт-Петербург)
И.А. Салов, профессор (Россия, Саратов)
В.А. Самарцев, профессор (Россия, Пермь)
Н.Н. Седова, профессор (Россия, Волгоград)
О.В. Семячкина-Глушковская, доцент (Россия, Саратов)
В.Н. Серов, академик РАН (Россия, Москва)
Н.П. Сетко, профессор (Россия, Оренбург)
А.Н. Стрижаков, академик РАН (Россия, Москва)
А.С. Федонников, доцент (Россия, Саратов)
Т.А. Федорина, профессор (Россия, Самара)
О.А. Фомкина, доцент (Россия, Саратов)
С.А. Хотимченко, чл.-кор. РАН (Россия, Москва)
Е.Ф. Чередников, профессор (Россия, Воронеж)
Ю.В. Черненков, профессор (Россия, Саратов)
Е.В. Чернышкова, доцент (Россия, Саратов)
Ю.Г. Шапкин, профессор (Россия, Саратов)
А.В. Шахов, д-р мед. наук (Россия, Нижний Новгород)
А.А. Шульдяков, профессор (Россия, Саратов)
А.Д. Эрлих, д-р мед. наук (Россия, Москва)
Р.И. Ягудина, профессор (Россия, Москва)
А.И. Яременко, профессор (Россия, Санкт-Петербург)

Заведующий отделом по выпуску журнала
О.М. Посненкова, д-р мед. наук
Ответственный выпускающий редактор
Ю.Н. Бирюкова
Компьютерная верстка, дизайн
А.В. Коваль

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА — ФГБОУ ВО САРАТОВСКИЙ ГМУ им. В.И. РАЗУМОВСКОГО МИНЗДРАВА РОССИИ

ЖУРНАЛ ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ И ОХРАНЕ КУЛЬТУРНОГО НАСЛЕДИЯ. ПИ № ФС77-19956 от 29 апреля 2005 г.

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук, утвержденный Президиумом Высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

Журнал представлен в Российском индексе научного цитирования, Ulrich's International Periodical Directory, Directory of Open Access Journals, Chemical Abstracts Service, Index Copernicus, EBSCO, Open J-Gate и др. (подробности см. на сайте www.ssmj.ru).

ISSN 1995-0039 (Print)
ISSN 2076-2518 (Online)

Подписной индекс
в объединенном каталоге «Пресса России» — 41908

Адрес издателя:
410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, д. 112.
Тел.: (8452) 39-39-78. Факс: (8452) 51-15-34

Адрес редакции:
410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, д. 112.
Тел.: (8452) 39-39-78. Факс: (8452) 51-15-34

E-mail: ssmj@list.ru
Электронная версия журнала — на сайте www.ssmj.ru

Сведения обо всех авторах находятся в редакции.

Свободная цена

Отпечатано в типографии ИП Коваль Ю.В.
410038, г. Саратов, ул. Бакинская, д. 1,
тел. +7-927-223-50-70, 8(845-2) 59-88-82.
Подписано в печать 25.09.2020 г. Дата выхода в свет 30.09.2020 г.
Формат 60×84 1/8. Бумага офсетная. Гарнитура «Arial».
Печать офсетная. Усл. печ. л. 6,05. Уч.-изд. л. 7,29.
Тираж 500 экз. Заказ № ____.

© Саратовский научно-медицинский журнал, 2020

На обложке — фотография IV корпуса Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского.

ВСЕ ПРАВА ЗАЩИЩЕНЫ
Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым другим способом без предварительного письменного разрешения редакции.

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Бакулев А.Л., Шерстобитова К.Ю., Шнайдер Д.А.
МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 835

Бакулев А.Л., Игонина И.А., Кравченя С.С.
ПРИМЕНЕНИЕ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ (ОБЗОР) 837

Бакулев А.Л., Тальникова Е.Е.
К ВОПРОСУ О РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЯХ (ОБЗОР) 842

Еремина М.Г., Галкина Е.М., Свистунова Д.А., Епифанова А.Ю.
ДЕРМАТОСКОПИЯ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА 845

Щава С.Н., Иванова И.Н.
СОЧЕТАНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С ДВУМЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ОДНОЙ ПАЦИЕНТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 847

Яндутова М.В., Епифанова А.Ю., Каракаева А.В., Моисеев А.А.
Х-СЦЕПЛЕННЫЙ ИХТИОЗ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 849

Моррисон А.В., Шерстнева В.Н., Бакулев А.Л., Пляченко А.А., Кауц Э.А., Шляпников И.В.
ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ И ПАРАФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ, ПРОНИКАЮЩИЙ В КОЖУ (БОЛЕЗНЬ КИРЛЕ) (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 853

Моррисон А.В., Моисеев А.А., Яндутова М.В., Моисеева Ю.М.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РУБЦУЮЩЕГОСЯ ПЕМФИГОИДА 856

Моррисон А.В., Епифанова А.Ю., Иванов С.Д., Кауц Э.А.
ФЕНОМЕН ИЗОМОРФНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 859

Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Тальникова Е.Е., Галкина Е.М., Яндутова М.В.
ПСЕВДОПЕЛАДА БРОКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 862

Бакулев А.Л., Еремина М.Г., Свистунова Д.А., Чумаченко Ю.В.
ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В КОНСТРУИРОВАНИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ 866

Шнайдер Д.А., Бакулев А.Л., Горбенко А.В.
РОЛЬ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОГО ПЛАКАТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ОБЗОР) 868

Шнайдер Д.А., Бакулев А.Л., Шерстобитова Л.А., Мартынова В.В.
ВКЛАД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОБЕДУ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 871

ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В «САРАТОВСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ» 877

CONTENTS

DERMATOVENEREOLOGY

Bakulev A. L., Sherstobitova K. Yu., Shnaider D. A.
THE MEDICAL CARE MODEL FOR PATIENTS WITH SKIN NEOPLASMS PROVIDED BY DERMATOVENEREOLOGY INSTITUTIONS 835

Bakulev A. L., Igonina I. A., Kravchenya S. S.
THE USE OF PLATELET-RICH PLASMA IN THE TREATMENT OF DERMATOSES (REVIEW) 837

Bakulev A. L., Talnikova E. E.
ON THE ISSUE OF CICATRICIAL ALOPECIA (REVIEW) 842

Eremina M. G., Galkina E. M., Svistunova D. A., Epifanova A. Yu.
DERMATOSCOPY IN ROUTINE PRACTICE OF DERMATOVENEROLOGIST 845

Shchava S. N., Ivanova I. N.
COMBINATION OF LICHEN PLANUS WITH TWO ONCOLOGICAL DISEASES IN ONE PATIENT (A CLINICAL CASE) 847

Yandutova M. V., Epifanova A. Yu., Karakaeva A. V., Moiseev A. A.
X–LINKED ICHTHYOSIS (A CLINICAL CASE) 849

Morrison A. V., Sherstneva V. N., Bakulev A. L., Plyachenko A. A., Kauts E. A., Shlyapnikov I. V.
HYPERKERATOSIS FOLLICULARIS ET PARAFOLLICULARIS IN CUTEM PENETRANS (KYRLE DISEASE) (A CLINICAL CASE) 853

Morrison A. V., Moiseev A. A., Yandutova M. V., Moiseeva Yu. M.
CLINICAL CASE OF CICATRICIAL PEMPHIGOID 856

Morrison A. V., Epifanova A. Yu., Ivanov S. D., Kauts E. A.
PHENOMENON OF ISOMORPHIC REACTION IN A PATIENT SUFFERING FROM LICHEN RUBER PLANUS (A CLINICAL CASE) 859

Bakulev A. L., Kravchenya S. S., Talnikova E. E., Galkina E. M., Jandutova M. V.
PSEUDOPELADE OF BROCQ (A CLINICAL CASE) 862

Bakulev A. L., Eremina M. G., Svistunova D. A., Chumachenko Yu. V.
PRACTICE-ORIENTED APPROACH IN THE DESIGN OF THE PEDAGOGICAL PROCESS IN TEACHING DERMATOVENEREOLOGY AND COSMETOLOGY 866

Shnaider D. A., Bakulev A. L., Gorbenko A. V.
THE ROLE OF EDUCATIONAL POSTERS IN THE PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (REVIEW) 868

Shnaider D. A., Bakulev A. L., Sherstobitova L. A., Martynova V. V.
CONTRIBUTION OF DERMATOVENEREOLOGISTS OF THE SARATOV REGION TO THE VICTORY IN THE GREAT PATRIOTIC WAR 871

REQUIREMENTS TO THE MANUSCRIPTS REPRESENTED IN «SARATOV JOURNAL OF MEDICAL SCIENTIFIC RESEARCH» 877

УДК 616.5–006

Авторское мнение

МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.Л. Бакулев — *ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***К.Ю. Шерстобитова*** *— ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», врач-онколог-дерматовенеролог;* ***Д.А. Шнайдер*** *— ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», главный врач.*

THE MEDICAL CARE MODEL FOR PATIENTS WITH SKIN NEOPLASMS PROVIDED BY DERMATOVENEREOLOGY INSTITUTIONS

A.L. Bakulev — *Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc;* ***K.Yu. Sherstobitova*** *— Saratov Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Oncologist-dermatologist;* ***D.A. Shnaider —*** *Saratov Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Head Doctor.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Бакулев А.Л., Шерстобитова К.Ю., Шнайдер Д.А. **Модель оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи на базе учреждений дерматовенерологического профиля. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 835–837.**

Представлена действующая модель оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи на базе ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Наличие в штате врача-онколога, применение передовых технологий и методик диагностики и лечения опухолей кожи делают данную модель оптимальной для медицинских учреждений дерматовенерологического профиля.

Ключевые слова: новообразования кожи, кожно-венерологический диспансер.

Bakulev AL, Sherstobitova KYu, Shnaider DA. **The medical care model for patients with skin neoplasms provided by dermatovenereology institutions. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 835–837.**

We report the medical care model for patients with skin neoplasms provided by Saratov Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary. Availability of an oncologist, more advanced technology and methods of diagnosis and treatment of skin neoplasms make this model optimal for medical institutions of a dermatovenereologic profile.

Key words: skin neoplasms, dermatovenereologic dispensary.

Проблема ранней диагностики злокачественных новообразований кожи (ЗНК) признается крайне актуальной в настоящее время, поскольку показатель активного выявления злокачественных опухолей именно видимых локализаций остается на низком уровне [1]. Вместе с тем кожа по-прежнему занимает лидирующее место среди локализаций в общей структуре онкологической заболеваемости (14,4% вместе с меланомой) [2].

Врачами первого контакта для пациентов с ЗНК, помимо дерматовенерологов, являются терапевты и врачи общей практики. В 2019 г. в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 [3], разработан федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Его цели: формирование обучающих программ по раннему выявлению ЗНК для специалистов первичного звена, а также внедрение новых принципов направления данной категории больных из смотрового кабинета к врачу-дерматовенерологу для дообследования. Таким образом, дерматовенеролог продолжает играть важную роль в диагностике ЗНК и определении дальнейшей маршрутизации пациентов с данной патологией.

Кроме этого, первостепенное значение придается срокам ожидания специализированной медицинской помощи по профилю «Онкология» больным с подозрением на ЗНК, поскольку от этих сроков зависят ранняя верификация диагноза и дальнейшая выживаемость пациентов.

На базе ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (ГУЗ СОККВД) с 2013 г. действует модель оказания медицинской помощи больным с НК, задачами которой являются ранняя диагностика и верификация диагноза, сокращение сроков ожидания специализированной медицинской помощи пациентам с доброкачественными

Ответственный автор — Шерстобитова Ксения Юрьевна
Тел.: +7 (937) 9682040
E-mail: k.sherstobitova@gmail.com

НК и ЗНК. Для этих целей получена лицензия на вид деятельности «Онкология», открыт первичный онкологический кабинет, укомплектованный согласно стандарту оснащения (см. приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “Онкология”», приложение №3) [4]. Штат укомплектован врачом-онкологом, который имеет дополнительное послевузовское образование по специальности «Дерматовенерология», владеет методом дерматоскопии и проходил стажировку в Медицинском университете Граца (Австрия) в отделении дерматоонкологии.

Поскольку нередко визуального осмотра кожных покровов для определения дальнейшей тактики ведения пациентов с НК недостаточно, в ГУЗ СОККВД врачами-специалистами используется метод дерматоскопии.

Дерматоскопия является ценным неинвазивным методом диагностики ЗНК, регламентированным как обязательный в соответствии с приложениями №8 и 11 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология», утвержденному приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 924н [5], и приложением №2 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «Косметология», утвержденному приказом Минздрава России от 18 апреля 2012 г. № 381н [6], а также согласно приказу Минздрава России от 5 марта 2013 г. № 1143-н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях кожи (меланома, рак) I–IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)» [7], приказу Минздрава России от 20 ноября 2006 г. № 782 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием кожи (при оказании специализированной помощи)» [8].

Первичный онкологический кабинет дополнительно оснащен видеодерматоскопом экспертного класса MoleMax HD (Австрия), который позволяет вести фотокартирование НК с составлением «паспорта кожи». Исследование на нем проводится всем пациентам, обратившимся в ГУЗ СОККВД по поводу НК. Ручными дерматоскопами оборудован также каждый кабинет дерматовенеролога в учреждении.

Ежегодно для обучения специалистов методу дерматоскопии на базе ГУЗ СОККВД с 2013 г. проводятся выездные тематические курсы «Основы дерматоскопии: теория и практика». Врач-онколог-дерматовенеролог еженедельно ведет разборы клинических случаев и диагностики ЗНК с применением метода дерматоскопии для врачей-дерматовенерологов клинико-диагностического отделения, врачей-ординаторов и врачей факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России. С июня 2019 г. подобные семинары проводятся для врачей общей практики, педиатров и врачей-терапевтов государственных медицинских учреждений г. Энгельса.

В структуре учреждения имеется кабинет для деструкции НК, оснащенный оборудованием для криодеструкции, прибором для радиоволновой хирургии «Сургитрон», лазерным хирургическим аппаратом АЛОД-01П и лазерным диодным аппаратом для фотодинамической терапии АЛОД-01.

Морфологическая диагностика ЗНК в диспансере осуществляется штатным врачом-цитологом, заключен договор на проведение гистологических исследований биопсийного и операционного материала.

С сентября 2013 г. по сентябрь 2019 г. в первичный онкологический кабинет обратились более 12 тысяч больных с НК. Наибольшее количество случаев было представлено доброкачественными НК, из которых диагноз «Себорейный кератоз» был самым распространенным. Базально-клеточный рак остается наиболее часто встречаемой нозологией среди ЗНК, что соответствует данным других авторов [9]. Выросло количество и верифицированных случаев плоскоклеточного рака кожи, предраковых НК. Увеличилось с 2013 г. число пациентов с меланоцитарными опухолями, которым был составлен «паспорт кожи», а также с помощью дерматоскопического исследования выставлен предварительный диагноз «Меланома». Подобные результаты можно связать с повышением уровня онконастороженности у специалистов ГУЗ СОККВД и врачей первичного звена Саратова и Энгельса, которые ежемесячно участвуют в клинических разборах случаев ЗНК, проводимых на базе диспансера.

Во всех случаях, когда врачом-дерматологом-онкологом был выставлен предварительный диагноз ЗНК, в том числе «Меланома», пациенты были направлены к онкологу по месту жительства.

Наличие кабинета для деструкции НК обеспечило оказание специализированной медицинской помощи в рамках одного учреждения в большинстве случаев обращений по поводу доброкачественных и предраковых НК, сократились сроки ожидания больными удаления образований кожи.

Учитывая последние статистические данные по онкологическим заболеваниям, в частности по ЗНК, и выполняя задачи, поставленные в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [3], считаем представленную ГУЗ СОККВД модель оказания помощи больным с НК оптимальной для медицинских учреждений дерматовенерологического профиля. Наличие в штате врача-онколога, применение передовых технологий и методик диагностики и лечения опухолей кожи позволяют своевременно верифицировать диагноз, оказывать специализированную медицинскую помощь больным с НК на базе кожно-венерологического диспансера и обеспечить в кратчайшие сроки маршрутизацию пациентов с ЗНК в профильные учреждения.

References (Литература)

1. Kaprin AD, Starinskiy VV, Petrova GV, eds. The state of cancer care for the population of Russia in 2018. Moscow, 2019; 236 p. Russian (Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году/под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019; 236 с.).

2. Kaprin AD, Starinskiy VV, Petrova GV, eds. Malignant neoplasms in Russia in 2018 (morbidity and mortality). Moscow, 2019; 250 p. Russian (Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность)/под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России, 2019; 250 с.).

3. Decree of the Government of the Russian Federation No1640 dated December 26, 2017 «On approval of the State Program of the Russian Federation “Healthcare Development”». Moscow, 2018. Russian (Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении Государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”». М., 2018).

4. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No915n dated November 15, 2012 «On approval of the Procedure for providing medical care to the adult population in the field of Oncology». Moscow, 2012. Russian (Приказ Минздрава России

от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “Онкология”». М., 2012).

5. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No924n dated December 21, 2012 «On approval of the Procedure of rendering of medical aid to the population in the field of Dermatovenereology». Moscow, 2013. Russian (Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “Дерматовенерология”». М., 2013).

6. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No381n dated April 18, 2012 «On approval of the Procedure of rendering of medical aid to the population in the field of Cosmetology». Moscow, 2012. Russian (Приказ Минздрава России от 18 апреля 2012 г. № 381н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “Косметология”». М., 2012).

7. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No1143-n dated Mars 5, 2013 «On approval of the standard of primary health care in malignant tumors of the skin (melanoma, cancer) stages I–IV (examination in order to establish diagnosis and preparation for anticancer treatment)». Moscow, 2013. Russian (Приказ Минздрава России от 5 марта 2013 г. № 1143-н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях кожи (меланома, рак) I–IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)». М., 2013).

8. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No782 dated November 20, 2006 «On approval of the standard of care for patients with malignant neoplasm of the skin (secondary care)». Moscow, 2006. Russian (Приказ Минздрава России от 20 ноября 2006 г. № 782 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием кожи (при оказании специализированной помощи)». М., 2006).

9. Titov KS, Mikheeva OYu, Kranorutskiy AV. Malignant epithelial tumors of skin: Guidelines. Moscow, 2018; 56 p. Russian (Титов К. С., Михеева О. Ю., Краноруцкий А. В. Злокачественные эпителиальные опухоли кожи: методические рекомендации. М.: МКНЦ им. А. С. Логинова ДЗМ, 2018; 56 с.).

УДК 616.5–085.382–008.852 Обзор

ПРИМЕНЕНИЕ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ (ОБЗОР)

А. Л. Бакулев *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***И. А. Игонина*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук;* ***С. С. Кравченя*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук.*

THE USE OF PLATELET-RICH PLASMA IN THE TREATMENT OF DERMATOSES (REVIEW)

A. L. Bakulev *— Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc;* ***I. A. Igonina —*** *Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Associate Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD;* ***S. S. Kravchenya —*** *Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Associate Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Бакулев А. Л., Игонина И. А., Кравченя С. С. **Применение богатой тромбоцитами плазмы в лечении дерматозов (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 837–841.**

Обзор литературы посвящен основным этапам открытия и усовершенствования методики применения богатой тромбоцитами плазмы (platelet-rich plasma — PRP) в различных областях дерматологии. Задействованы 50 научных источников, опубликованных на базе научных данных PubMed, а также самостоятельные печатные издания за период с 1972 по 2017 г.

Ключевые слова: PRP-терапия, трихология, андрогенетическая алопеция, косметология.

Bakulev AL, Igonina IA, Kravchenya SS. **The use of platelet-rich plasma in the treatment of dermatoses (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 837–841.**

The literature review is devoted to the main stages of the discovery and improvement of the technique of using platelet-rich plasma (PRP) in various fields of dermatology. 50 scientific sources published on the basis of PubMed scientific data, and independent printed publications (1972-2017) were involved.

Key words: PRP-therapy, trichology, androgenetic alopecia, cosmetology.

В начале XX столетия появились сведения о благоприятном влиянии применения собственной крови пациента. Так, в 1905 г. немецкий хирург Август Бир использовал аутогемотерапию для лечения различных переломов путем формирования искусственных гематом. Впоследствии подкожное или внутримышечное применение собственной крови, взятой из вены, способствовало активации защитных механизмов пациентов, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями [1]. Многие врачи, занимавшиеся аутогемотерапией, обнаруживали достаточное количество признаков процессов восстановления кожного барьера: увеличивалась скорость эпителизации эрозивных или язвенных дефектов после различных повреждений кожи, в более короткие сроки наблюдалась репарация кожи при хронических заболеваниях воспалительного характера [2].

В «Очерках гнойной хирургии» (1923-1934) — главном труде замечательного российского хирурга профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого — подробно описано использование аутогемотерапии в период его работы в военном госпитале в 1904–1905 гг. [3]. Неплохие результаты и низкая частота нежелательных явлений обусловливали использование введения собственной крови для лечения хронических пиодермий и дефектов кожи с вялой эпителизацией

Ответственный автор — Игонина Ирина Алексеевна
E-mail: igochka@bk.ru
Тел.: +7 (937) 2252510

до начала применения лекарственных средств с широким антибактериальным потенциалом действия [1]. К сожалению, после смерти хирурга Войно-Ясенецкого подобные способы лечения практически не использовались.

В 1965 г. в Калифорнийском университете проводилось исследование, в ходе которого выяснилось, что плазма, обогащенная тромбоцитами, способна оказывать выраженное влияние на синтез остеоиндуктивного морфогенетического белка (bones morphogenetic protein — BMP), что, в свою очередь, позволяет стимулировать оссификацию костей лицевого черепа. Данное явление объяснялось наличием в альфа-гранулах тромбоцитов некой субстанции, обладающей выраженной остеогенной и хондрогенной активностью [4, 5]. Впоследствии аутоплазма довольно часто применялась в кардиологической практике как «тромбоцитарный гель», а также при оперативных вмешательствах костей лицевого черепа для лучшего качества использованного материала с первоначальными свойствами и убыстрения приживания имплантатов [6].

Современные ученые установили особенность факторов роста, способную восстановить тканевые структуры и повлиять на ответную реакцию при их повреждении [7–10]. Исходя из этого, стоит признать важность привлечения факторов роста для полной репарации тканей, которая возвращает пациента к полноценной жизнедеятельности.

Плазма, обогащенная тромбоцитами (platelet-rich plasma — PRP), — способ получения естественной концентрации собственных факторов роста, с минимальной степенью затратности и инвазивности.

В настоящее время проводятся многочисленные исследования, позволяющие определить возможности аутоплазмы с целью регенерации различных тканей. Обогащенная тромбоцитами плазма применяется достаточно обширно в таких областях, как спортивная медицина, стоматология, дерматология, ортопедия и т.д. [11, 12]. В ходе различных экспериментов выявлено, что максимальный выброс факторов роста происходит в первый час, однако тромбоциты способны сохранять свою функциональную активность еще на протяжении семи дней, что способствует дальнейшей секреции факторов роста. В результате предполагается введение лишь одной инъекции для лечения большинства клинических проявлений [13]. Очевидно, что подобный метод лечения, обладающий настолько эффективными характеристиками, должен применяться довольно широко. Но данные, которые касаются применения PRP, полученные в различных клинических исследованиях, весьма неоднозначны [14, 15]. Роль изолированных факторов роста при восстановлении тканей весомо освещена в литературе, однако результаты представленных исследований, которые могли бы показать настоящий ресурс PRP, имеют недостаточную доказательную базу [16].

Рассматриваемая методика построена на получении плазмы из крови пациента. При центрифугировании форменные элементы крови разделяются, остается плазма и тромбоциты, уровень которых, в сравнении с исходным, после центрифугирования больше в 3–6 раз. Данный метод делает безопасным при трансмиссивных болезнях применение аутокрови. PRP представляет собой сложную смесь факторов роста, хемокинов и цитокинов, эти биоактивные вещества представлены в физиологической концентрации в плазме, что выгодным образом отличает PRP от применения рекомбинантных факторов роста. К тому же нет действия на ядро клетки, из-за этого PRP лишена мутогенного эффекта [17]. Имеющиеся достаточно правдивые данные говорят о плотной связи коагуляции и регенерации тканей. Для этого PRP была получена в качестве метода гемостаза. Компанией Matras применен клей с содержанием фибрина для эпителизации ткани в эксперименте на мышцах [18]. В конце 1980-х годов PRP стали использовать в виде аутологичной замены фибриновых герметиков, известных в некоторых областях хирургии в Европе. В это же время PRP применялась в виде эпителизирующего средства при хронических язвах путем убыстрения появления грануляционной ткани [19]. Впоследствии D. Whitman и R. Marx определили роль факторов роста в челюстно-лицевой хирургии для обновления тканей [20, 21].

В последние годы PRP используется в различных разделах медицины. PRP включает в себя тромбин и фибрин, поэтому во время хирургических операций поддерживаются гемостатические процессы для препятствия потери крови [19]. В кардиохирургии инъекции PRP вводили в постинфарктную ишемическую область у крыс, что формировало у них ангиогенез и артериогенез [22]. Как показано G. Bosch и соавт., при травмах сухожилий у лошадей PRP влияла на новую васкуляризацию и ангиогенез [23]. Проделанные исследования свидетельствуют о значительном уменьшении сроков эпителизации и восстановления деструктивных тканей. В практике врачей-окулистов PRP используется локально при язвенных поражениях роговицы с целью купирования болевого синдрома и воспалительного компонента [24]. Инъекции PRP активно применяются также в пластической хирургии для более активной трансплантации жировой ткани, усиления восстановления мышечной, костной и хрящевой тканей [25, 26]. Наиболее широко PRP используется в области косметологии с целью коррекции глубины мимических морщин, терапии гиперпродукции кожного сала, купирования явлений гиперпигментации и улучшения эпителизации после использования CO_2-лазера [27].

В 2003 г. у лошади при лечении длительно не заживающего язвенного дефекта применяли PRP, после чего на протяжении двух месяцев язвенный дефект заэпителизировался, параллельно восстановился рост волосяного покрова [28]. Данный факт послужил значимым фактором к применению PRP в трихологии.

С 2010 г. значительно увеличилось количество статей об использовании PRP при лечении многочисленных клинических форм алопеции. Исследование C. Uebel и соавт. [29] касалось обработки волосяных фолликулов PRP перед аутотрансплантацией: данные свидетельствовали об улучшении роста волос. J. Greco и соавт. в 2009 г. в клиническом эксперименте выявили положительное воздействие введения PRP в область волосистой части головы на размер диаметра стержневых волос, с последующим отслеживанием результатов через 8 месяцев [30]. Подобный опыт использования PRP в лечении облысения оказался значимым для последующего изучения. Начиная с 2011 г. появилось достаточное количество данных, доказывающих позитивный эффект инъекций плазмы, обогащенной тромбоцитами, на рост волос и их плотность, особенно при андрогенетической алопеции. Положительное влияние оценивалось в уменьшении выпадения волос [31].

Данные использования PRP при лечении облысения показывают ее позитивное влияние, однако часто исследования имеют много недостатков. Необходим качественный дизайн, позволяющий обеспечить многочисленным исследованиям более достоверное определение эффективности PRP-терапии. Для более качественной оценки применения плазмы, обогащенной тромбоцитами, требуются протоколы исследования, соответствующие международным стандартам, которые включают в себя адекватный объем выборки пациентов, объективацию оценки морфофункциональной структуры волос, контроль полученных результатов, кратность режима дозирования [32].

Международное общество клеточной медицины (International Cellular Medicine Society — ICMS) выпустило «Рекомендации по использованию богатой тромбоцитами плазмы» и лимитировало полномочия медицинских учреждений, в которых применяется PRP-терапия. Эти указания активно внедряются в область травматологии и ортопедии. В дальнейшем планируется разработка подобных рекомендаций для косметологической отрасли [32].

В настоящее время имеются результаты, позволяющие оценить эффективность применения PRP при андрогенетической алопеции (АГА). У пациентов, страдающих АГА, происходит гиперпродукция дигидротестостерона (ДГТ) волосяными фолликулами, что способствует формированию андрогенетической алопеции. Данные патологические процессы сокращают фазу анагена (роста волос) с последующим переходом в фазу телогена (покоя), вследствие чего формируется истончение волос до состояния пушкового волоса [32].

VEGF (фактор роста эндотелия сосудов) секретируется клетками эпидермиса и фибробластами дермального сосочка, за счет чего происходит активация ангиогенеза и роста волос [33]. В результате нарушения васкуляризации измененного волосяного фолликула и патологических изменений в микроциркуляторном русле формируется АГА. K. Yano и соавт. [34] в 2001 г. выявили, что при АГА VEGF является одним из важнейших активаторов роста волосяного фолликула, а также привели доказательства значимости анаген-ассоциированного ангиогенеза, способствующего росту волос и увеличению размеров области фолликула. То же самое заметили и V. Cervelli и соавт. [35], получив данные об изменении васкуляризации вокруг волосяных фолликулов, подвергнутых влиянию PRP, в лучшую сторону.

Полученные данные исследований [36] свидетельствуют о приоритетном значении в формировании волосяных фолликулов и стабильности фаз роста волос сигнального пути Wnt/β-catenin. Сообщалось, что белок Wnt10b (канонический Wnt) способствует росту стержня волоса, активному развитию волосяного фолликула, а также делению клеток волосяного матрикса. Данные M. Kwack и его соавторов [37] свидетельствовали об инициировании катагена с последующим переходом в телоген в результате специфического подавления передачи сигналов Wnt/β-catenin в кератиноцитах волосяных фолликулов.

В время воздействия плазмы, обогащенной тромбоцитами, на дермальный сосочек отмечалось увеличение транскрипционной активности β-катенина практически в 2 раза и повышение уровня вырабатываемого FGF-7. Таким образом, в волосяном фолликуле происходит активация дифференцированных стволовых клеток за счет повышенной выработки β-катенина, максимально выраженной в bulge-зоне во время фазы анагена [38].

Очевидно, факторы роста в зоне bulge соединяются с рецепторами, которые располагаются в стволовых клетках, за счет чего пролиферативная фаза волос становится более активной, что, в свою очередь, возобновляет появление новых волосяных фолликулов [39].

Сигналы PDGF являются важной составляющей эпидермально-мезенхимального взаимодействия, которое, в свою очередь, способствует формированию канала волос и росту мезенхимальной ткани [39].

V. Cervelli и соавт. [35], изучая влияние PRP, рассмотрели деление эпидермальных клеток параллельно с клетками зоны bulge волосяного юнита. В течение двух недель отмечался рост базальных кератиноцитов, продуцирующих Ki-67. В ходе данного исследования авторы также зафиксировали утолщение слоев эпидермиса в местах инъекций PRP спустя три месяца от начала инъекционной терапии.

Плазма, обогащенная тромбоцитами, оказывает влияние на способность дифференцировки и продолжительность жизни клеток дермального сосочка во время фазы анагена в ходе активации FGF-7 и β-катенина вместе с экспрессией внеклеточной сигнал-опосредованной киназы (ERK) и Akt-сигнального пути, что продлевает фазу роста волоса. F. Rinaldi и соавт. [40] определили значимую роль PRP-терапии в увеличении митоза клеток, а соответственно, сокращении апоптоза клеток волосяных фолликулов. В этом исследовании участвовали 50 пациентов. Каждый из них предоставил 12 волосяных фолликулов: 4 фолликула помещались в PRP, 4 в раствор Рингера, оставшиеся в физиологический раствор.

Учитывая результаты проведенных исследований, следует констатировать следующее: PRP-терапия оказывает влияние на увеличение продукции FGF-7 и β-катенина в клетках волосяного юнита; угнетение процессов апоптоза; гиперпролиферацию базальных кератиноцитов и клеток bulge-зоны; повышение сроков жизнедеятельности дермального сосочка; активацию фибробластов, коллагеновых волокон, деления стволовых клеток; нормализацию микроциркуляции и уплотнение слоев эпидермиса и дермы [41].

Имеются определенные условия для приготовления PRP, которые оказывают влияние на ее биоактивность в различных тканевых средах. Важным параметром является концентрация тромбоцитов в PRP относительно исходного значения в периферической крови. Используемые в настоящее время установки позволяют получать различного уровня концентрацию тромбоцитов, как низкую (в 2,5–3 раза больше исходной), так и высокую (в 5–9 раз больше исходной) [42]. Полагают, что увеличение концентрации тромбоцитов (соответственно факторов роста) будет оказывать более значимый эффект. F. Graziani и соавт. [43], исследуя действие концентраций нескольких разных значений PRP на жизнедеятельность остеобластов и фибробластов *in vitro*, установили влияние более высоких концентраций на подавление пролиферации клеток. До настоящего времени неизвестно, какая концентрация тромбоцитов в аутоплазме может оказывать терапевтический эффект [32].

Для приготовления PRP используются антикоагулянты, которые включают цитрат декстрозы

или цитрат натрия. Цитрат натрия, в свою очередь, воздействует на кальций и предотвращает процессы свертывания при центрифугировании, а также одновременно формирует кислую среду крови. Поскольку pH крови влияет на определенные факторы роста, многие методики предполагают возвращение PRP в физиологическую среду.

Антикоагулянты, используемые в протоколах приготовления PRP, как правило, содержат цитрат декстрозы или цитрат натрия, обратимо связывающий кальций и препятствующий инициации каскада свертывания во время центрифугирования. Добавление цитрата делает pH крови более кислой, чем физиологическая. Так как pH ткани оказывает влияние на некоторые факторы роста, некоторые протоколы рекомендуют буферизацию PRP обратно в физиологический диапазон до проведения инъекции [17]. Не менее важное значение имеет активация тромбоцитов с дальнейшей дегрануляцией в действующих субстанциях. В исследованиях N. Kakudo и соавт. [44] показано, что PDGF-AB и TGF-1 выделяются в достаточном количестве в связи с внешним воздействием на PRP ионов кальция, которые дополнительно увеличили распространение стволовых клеток в фибробластах кожи (*in vitro*). Напротив, применение неактивированной плазмы не влияло на деление клеток в сравнении с исходным значением. Большинство производимых наборов активируются эндогенно. Вероятную значимость оказывает тот факт, что у многих факторов роста отмечается непродолжительный период жизни, в связи с чем экзогенная активация должна быть проведена прямо перед инъекцией, затрудняя процесс. Активация PRP в настоящее время является дискутабельной темой [32].

Buffy coat, входящий в состав аутоплазмы, обладает более выраженным действием за счет наличия лейкоцитарных нейтрофилов, обладающих фагоцитарной активностью и влияющих на баланс провоспалительных и противовоспалительных медиаторов, которые в различной степени определяют процессы обновления [45]. Определено влияние аутоплазмы на штаммы *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis* в виде активного бактериостатического эффекта, максимально выраженного в течение четырех часов после применения. Наличие Buffy coat в PRP оказывает локальное противовоспалительное действие, однако не влияет на бактериостатический результат аутоплазмы [46].

Одной из наиболее часто встречаемых форм алопеций является андрогенетическая. Существует множество различных методов терапии АГА, однако нередко у них проявляются побочные действия, в связи с чем актуализируется поиск доступных и эффективных терапевтических методик, к каким относится PRP-терапия [32, 41].

В настоящее время отсутствуют рандомизированные, плацебо-контролируемые клинические исследования, которые могли бы определить точную оценку эффективности и безопасности PRP-терапии [32].

Наши соотечественники Ю.В. Кудревич и О.Р. Зиганшин [47] использовали обогащенную тромбоцитами плазму для лечения псориатического и экзематозного процессов на коже, вульгарных бородавок. Плазму, обогащенную тромбоцитами, вводили внутрикожно в очаг поражения. Учитывая наличие мощного локального противовоспалительного эффекта, получили высокие результаты в конечных данных исследования. P. Deglesne и соавт. [48] оценили действие аутоплазмы в лечении фотодерматозов. Регенерация дермы формируется за счет гиперактивации тромбоцитов при увеличении в тканях количества тромбоцитов и выработки новых стволовых клеток. За счет воздействия антиоксидантной системы возникает ряд эффектов, определяющих значительное улучшение восстановительных свойств кожи. J.T. Zhu и соавт. [49] исследовали действие аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, на элементы акне и постакне. По их результатам, в 50% случаев у 90,9% пациентов отмечалось улучшение в виде разрешения папулопустулезных высыпаний, менее выраженных рубцовых изменений. Плазма, обогащенная тромбоцитами, оказывает выраженный эффект на эпителизацию трофических язвенных дефектов при хронической венозной недостаточности, сахарном диабете [50].

Использование PRP в лечении различных кожных заболеваний и коррекции косметологических дефектов является инновационным методом, и, вероятнее всего, разнообразие патологических процессов, при которых воздействие плазмы, обогащенной тромбоцитами, оказывает терапевтический эффект, будет впоследствии расширяться.

Конфликт интересов отсутствует.

Refences (Литература)

1. Aminova ZM, Emelin AL, Ovechkina MV, Kalyanova EV. Application of platelet-rich plasma in orthopedics. PlasmoliftingTM technology. Orthoplasma procedure: Methodological guide for doctors. Moscow, 2012, 149 p. Russian (Аминова З.М., Емелин А.Л., Овечкина М.В., Калянова Е.В. Применение богатой тромбоцитами плазмы в ортопедии. Технология PlasmoliftingTM. Процедура Orthoplasma: метод. пособие для врачей. М., 2012; 149 с.).

2. Bezuglov EN, Achkasov EE, Usmanova EM, et al. The use of platelet growth factors in the treatment of injuries of the lateral ligaments of the ankle joint in football players. Sports Medicine: Research and Practice 2013; (1): 31–5 Russian (Безуглов Э.Н., Ачкасов Е.Е., Усманова Э.М. и др. Применение тромбоцитарных факторов роста при лечении повреждений латеральных связок голеностопного сустава у футболистов. Спортивная медицина: наука и практика 2013; (1): 31–5).

3. Voyno-Yasenetskiy VF. Essays on purulent surgery. Moscow: Binom, 2006; 720 p. Russian (Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М.: Бином, 2006; 720 с.).

4. Brekhov VL. Surgical treatment of patients with bone and cartilage tissue defects using platelet-rich autoplasma: PhD diss. Kursk, 2007; 113 p. Russian (Брехов В.Л. Хирургическое лечение больных с дефектами костной и хрящевой тканей с применением богатой тромбоцитами аутоплазмы: дис. … канд. мед. наук. Курск, 2007; 113 с.).

5. Urist MR. Bone morphogenetic protein. J Dent Res 1972; 50: 1392.

6. Tyapongsak P, O'Brien D, Monteiro CB, et al. Autologius fibrin adhesive in mandibular reconstruction with participate cancellers bone and marrow. J Oral Maxillofacial Surg 1994; 52: 161–6.

7. Kasemkijwattana C, Menetrey J, Bosch P, et al. Use of growth factors to improve muscle healing after strain injury. Clin Orthop Relat Res 2000; 370: 272–85.

8. Molloy T, Wang Y, Murrell G. The roles of growth factors in tendon and ligament healing. Sports Med 2003; 33: 381–94.

9. Nagumo A, Yasuda K, Numazaki H, et al. Effects of separate application of three growth factors (TGF-beta1, EGF, and PDGF-BB) on mechanical properties of the in situ frozenthawed anterior cruciate ligament. Clin Biomech 2005; 20: 283–90.

10. Pujol JP, Chadjichristos C, Legendre F, et al. Interleukin-1 and transforming growth factor-beta-1 as crucial factors in osteoarthritic cartilage metabolism. Connect Tissue Res 2008; 49: 293–7.

11. Foster TE, Puskas BL, Mandelbaum BR, et al. Platelet-rich plasma: from basic science to clinical applications. Am J Sports Med 2009; 37: 2259–72.

12. Sanchez M, Anitua E, Azofra J, et al. Intraarticular injection of an autologous preparation rich in growth factors for

the treatment of knee OA: a retrospective cohort study. Clin Exp Rheumatol 2008; 26: 910–3.

13. Marx RE. Platelet-rich plasma: evidence to support its use. J Oral Maxillofac Surgery 2004; 62: 489–96.

14. De Vos RJ, Weir A, van Schie HT, et al. Platelet-rich plasma injection for chronic Achilles tendinopathy: a randomized controlled trial. JAMA 2010; 13 (303): 144–9.

15. Sampson S, Gerhardt M, Mandelbaum B. Platelet-rich plasma injection grafts for musculoskeletal injuries: a review. Curr Rev Musculoskelet Med 2008; 1: 165–74.

16. Achkasov EE, Bezuglov EN, Ulyanov AA, et al. The use of platelet-rich autoplasma in clinical practice. Biomedicina 2013; 1 (4): 46–59. Russian (Ачкасов Е.Е., Безуглов Э.Н., Ульянов А.А. и др. Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в клинической практике. Биомедицина 2013; 1 (4): 46–59.

17. Marx R. Platelet-rich plasma: evidence to support its use. Oral Maxillofac Surg 2004; 62 (4): 489–96.

18. Cheena L, Vivek M. Platelet-Rich Plasma in Dermatology. JK Science 2014; 16 (4): 147–50.

19. Andia I, Abate M. Platelet-rich plasma: underlying biology and clinical correlates. Regenerative Medicine 2013; 8 (5): 645–58.

20. Whitman D, Berry R, Green D. Platelet gel: an autologous alternative to fibrin glue with applications in oral and maxillofacial surgery. Oral Maxillofac Surg 1997; (55): 1294–9.

21. Marx R, Carlson E, Eichstaedt R, et al. Platelet-rich plasma: Growth factor enhancement for bone grafts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998; (85): 638–46.

22. Li X, Zhou X, Zeng S, et al. Effects of intramyocardial injection of platelet-rich plasma on the healing process after myocardial infarction. Coron Artery Dis 19 (5); 363–70.

23. Bosch G, Moleman M, Barneveld A, et al. The effects of platelet-rich plasma on the neovascularization of surgically created equine superficial digital flexor tendon lesions. Scand J Med Sci Sports 2011; 21 (4): 554–61.

24. Lopez-Plandolit S, Morales M, Freire V, et al. Plasma rich in growth factors as a therapeutic agent for persistent corneal epithelial defects. Cornea 2010; 29 (8): 843–8.

25. Gentile P, Pasquali C, Bocchini C, et al. Brest reconstruction with autologous fat graft mix with platelet-rich plasma. Surg Innov 2012; 20 (4): 370–6.

26. Sommeling C, Heyneman A, et al. The use of platelet-rich plasma in plastic surgery: a systematic review. Plastic Reconstructive Aestetic Surgery 2012; 66 (3): 301–11.

27. Na J, Choi J, Choi H, et al. Rapid healing and reduced erythema after ablative fractional carbon dioxide laser resurfacing combined with the application of autologous platelet-rich plasma. Dermatol Surg 2011; 37 (4): 463–8.

28. Carter CA, Jolly DG, Worden CE, et al. Platelet-rich plasma gel promotes differentiation and regeneration during equine wound healing. Exp Mol Pathol 2003; 74 (3): 244–55.

29. Uebel CO, da Silva JB, Cantarelli D, Martins P. The role of platelet plasma growth factors in male pattern baldness surgery. Plast Reconstr Surg 2006; 118: 1458–67.

30. Greco J, Brandt R. The effects of autologous platelet-rich plasma and various growth factors on non-transplanted miniaturized hair. Hair Transplant Forum International 2009; 49–50.

31. Gkini MA, Alexandros-Efstratios K, Dimitris R, Konstantinos K. Platelet-rich plasma as a potential treatment for noncicatricial alopecias. Int J Trichology 2015; 7 (2): 54–63.

32. Pahomova EE, Smirnova IO. Molecular biological and clinical aspects of the use of platelet-rich plasma in the treatment of androgenetic alopecia. Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology 2017; 16 (6): 16–22. Russian (Пахомова Е.Е., Смирнова И.О. Молекулярно-биологические и клинические аспекты применения плазмы, обогащенной тромбоцитами, в лечении андрогенетической алопеции. Клиническая дерматология и венерология 2017; 16 (6): 16–22).

33. Kozlowska U, Blume-Peytavi U, Kodelja V, et al. Expression of vascular endothelial growth factor (VEGF) in various compartments of the human hair follicle. Arch Dermatol Res 1998; 290 (12): 661–8.

34. Yano K, Brown LF, Detmar M. Control of hair growth and follicle size by VEGF-mediated angiogenesis. J Clin Invest 2001; 107 (4): 409–17.

35. Cervelli V, Garcovich S, Bielli A, et al. The effect of autologous activated platelet-rich plasma (AA-PRP) injection on pattern hair loss: clinical and histomorphometric evaluation. Biomed Res Int 2014.

36. Li ZJ, Choi H-I, Choi D-K, et al. Autologous platelet-rich plasma: a potential therapeutic tool for promoting hair growth. Dermatol Surg 2012; 38 (7): 1040–6.

37. Kwack M, Kim M, Kim J, Sung J. Dickkopf 1 promotes regression of hair follicles. J Invest Dermatol 2012; 132 (6): 1554–60.

38. Sohn KC, Shi G, Jang S, et al. Pitx^2, a beta-catenin-regulated transcription factor, regulates the differentiation of outer root sheath cells cultured in vitro. J Dermatol Sci 2009; 54 (1): 6–11.

39. Takakura N, Yoshida H, Kunisada T, et al. Involvement of platelet-derived growth factor receptor-alpha in hair canal formation. J Invest Dermatol 1996; 107 (5): 770–7.

40. Rinaldi F, Sorbellini E, Bezzola P. The role of up-stimulation of growth factors in hair transplantation: improve the revascularization of transplanted hair growth mediated by angiogenesis. Hair Transplant Forum Int 2007; 17 (4): 125–7.

41. Polyaeva TO, Utts SR. Application of platelet-rich plasma in dermatocosmetology (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (3): 518–20. Russian (Поляева Т.О., Утц С.Р. Применение обогащенной тромбоцитами плазмы в дерматокосметологии (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (3): 518–20).

42. Dhurat R, Sukesh M. Principles and methods of preparation of platelet-rich plasma: a review and author's perspective. J Cutan Aesthet Surg 2014; 7 (4): 189–97.

43. Graziani F, Ivanovski S, Cei S, et al. The in vitro effect of different PRP concentrations on osteoblasts and fibroblasts. Clin Oral Implants Res 2006; 17 (2): 212–9.

44. Kakudo N, et al. Proliferation-promoting effect of platelet-rich plasma on human adipose-derived stem cells and human dermal fibroblasts. Plast Reconstr Surg 2008; 122 (5): 1352–60.

45. Tuomi H, Best TM. The inflammatory response: friend or enemy to muscle tissue? Br J Sports Med 2003; 37 (4): 284–6.

46. Anitua E, Alonso R, Girbau C, et al. Antibacterial effect of plasma rich in growth factors (PRGF-Endoret) against Staphylococcus aureus and Staphylococcus epidermidis strains. Clin Exp Dermatol 2012; 37 (6): 652–7.

47. Kudrevich YuV, Ziganshin OR. Application of the technique "Plasmolifting" in the treatment of some chronic dermatoses. In: Topical Issues of Dermatovenereology and Cosmetology: Materials of Jubilee scientific and practical conference of dermatology and cosmetology, dedicated to the 75th anniversary of dermatological service of the Chelyabinsk region. Chelyabinsk, 2012; p. 61–2. Russian (Кудревич Ю.В., Зиганшин О.Р. Применение техники «Плазмолифтинг» в лечении некоторых хронических дерматозов. В сб.: Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии: материалы Юбилейной научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов, посвященной 75-летию дерматовенерологической службы Челябинской области. Челябинск, 2012; с. 61–2).

48. Deglesne PA, Arroyo R, Ranneva E, et al. In vitro study of RRS HA injectable mesotherapy/biorevitalization product on human skin fibroblasts and its clinical utilization. Clin Cosmet Investig Dermatol 2016; 9: 41–53.

49. Zhu JT, Xuan M, Zhang YN, et al. The efficacy of autologous platelet-rich plasma combined with erbium fractional laser therapy for facial acnes cars or acne. Mol Med Rep 2013; 8 (1): 233–7.

50. Herber OR, Schnepp W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients quality of life. Health Qual Life Outcomes 2007; (5): 44.

УДК 616.594.14 Обзор

К ВОПРОСУ О РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЯХ (ОБЗОР)

А.Л. Бакулев *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***Е.Е. Тальникова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии.*

ON THE ISSUE OF CICATRICIAL ALOPECIA (REVIEW)

A.L. Bakulev *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc;* ***E.E. Talnikova —*** *Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Бакулев А.Л., Тальникова Е.Е. **К вопросу о рубцовых алопециях (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 842–844.**

Представлены данные литературы, касающиеся классификации, дифференциальной диагностики и методов терапии рубцовых алопеций. Раскрыты аспекты основных теорий патогенеза данной когорты заболеваний. Использованы взятые из различных баз данных (PubMed, Elsevier и т.д.) 38 научных источников, опубликованных во временном диапазоне с 1996 по 2019 г. включительно, с эпизодическим упоминанием статей более раннего периода, в частности 1985 г., что чрезвычайно необходимо для исчерпывающего раскрытия темы публикации.

Ключевые слова: рубцовые алопеции, псевдопелада Брока, сально-волосяной фолликул, псевдопелада Дегоса.

Bakulev AL, Talnikova EE. **On the issue of cicatricial alopecia (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 842–844.**

The data of the literature concerning the classification, differential diagnosis and methods of treatment of cicatricial alopecia is presented. Aspects of the main theories of pathogenesis of this cohort of diseases are disclosed. In addition, the article discloses aspects related to the main theories of the pathogenesis of this cohort of diseases. 38 scientific sources taken from various scientific databases (PubMed, Elsevier, etc.), published in the time range from 1996 to 2019 inclusive, were used, with occasional mention of earlier articles (1985), which is extremely necessary for an exhaustive disclosure of the topic of publication.

Key words: cicatricial alopecia, Brock's pseudopelada, sebaceous hair follicle, Degos pseudopelada.

Рубцовые алопеции — одна из наиболее острых проблем современной дерматологии. Распространенность этой патологии составляет 5,0–7,3% от всех случаев выпадения волос. На данную группу заболеваний приходится 3,2% всех трихологических консультаций [1–3]. Распределение рубцовых форм алопеции в гендерном пространстве неоднородно: большинство эпизодов заболевания регистрируется среди пациентов женского пола [1, 3]. Пациенты с данной патологией требуют строго индивидуального подхода как в диагностике, так и в тактике ведения и выборе наиболее предпочтительной терапии в каждом конкретном случае.

Рубцовые алопеции (РА) — группа редких воспалительных заболеваний сально-волосяного фолликула (СВФ), характеризующихся полным разрушением пилосебацейных юнитов (ПСЮ) и необратимой потерей волос [4–6].

В структуре данной патологии выделяют различные формы заболевания в зависимости от ряда факторов. В зависимости от происхождения рубцовые алопеции могут быть как наследственного, так и приобретенного характера. Причинами генетически обусловленных форм являются: врожденная аплазия кожи, органоидные невусы, врожденный буллезный эпидермолиз, различные виды ихтиоза, синдром фолликулярного кератоза [4]. Приобретенные рубцовые алопеции подразделяются на первичные и вторичные. В развитии первичных РА ведущую роль играет деструктивный воспалительный процесс в пилосебацейном юните, при котором основными мишенями выступают стволовые клетки в сально-волосяном фолликуле. Патологический процесс сопровождается также прогрессирующим отложением коллагена, потерей сальных желез. Данная когорта заболеваний классифицируется согласно данным микроскопии и морфологического анализа, в частности в зависимости от типа доминирующих воспалительных клеток.

Основываясь на вышеизложенном критерии, согласно рабочей классификации первичных рубцовых алопеций Североамериканского общества исследования волос (NAHRS), в группе первичных РА выделяются следующие категории: лимфоцитарные (синдром Литтла–Лассюэра, фронтальная фиброзная алопеция (типа Коссард), фиброзная алопеция с характерным типом распределения (Цинкернагель–Трюб), хроническая кожная красная волчанка, псевдопелада Брока, центральная центрифугальная рубцовая алопеция); нейтрофильная (декальвирующий фолликулит, в том числе пучковый фолликулит Смита и Сандерсона и рубцующая себорейная экзема (Лаймон), абсцедирующий подрывающий фолликулит скальпа Гоффмана); смешанная (фолликулярный шиповидный декальвирующий кератоз Сименса, келоидные акне задней поверхности шеи, некротизирующие акне, эрозивный пустулезный дерматоз); терминальная стадия неспецифической группы (псевдопелада Дегоса) [4]. При формировании вторичных форм рубцовой алопеции основным компонентом выступает вторичное поражение фолликула волоса в результате вовлечения его в патологический кожный процесс, приводящее к деструкции стволовых клеток. Среди потенциальных причин развития вторичных РА выделяются следующие: травматизация кожного покрова (ожоги, излучение различного происхождения, тракция), склеродермия, саркоидоз, липоидный некробиоз, рубцующий пемфигоид, различного рода неопластические процессы, заболевания кожи инфекционной природы (бактериальной, грибковой, вирусной) [1, 3, 6, 7].

Ответственный автор — Тальникова Екатерина Евгеньевна
Тел.: +7 (927) 1391984
E-mail: mina_tlt@mail.ru

L.J. Goldberg (2009) описал новую форму РА — рубцовую маргинальную алопецию, которая характеризуется преимущественным поражением краевой зоны волосистой части головы в проекции затылочной и височной областей, «стертой» клинической картиной, гистологически выраженным фиброзом. Дифференциальная диагностика проводится с очаговой алопецией, тракционной формой облысения [8].

Вопрос патогенеза рубцовых алопеций на данный момент остается открытым. В настоящее время рассматривается ряд теорий механизма развития данной патологии: теория деструкции стволовых клеток волосяного фолликула, девиация иммунной функции пилосебацейного юнита, опосредованное цитотоксическими клетками разрушение сально-волосяного фолликула, повышение интенсивности апоптоза, нарушение липидного обмена, нарушение функционирования стволовых клеток, нейрогенная теория, влияние факторов внешней среды и генетических агентов.

Теория деструкции стволовых клеток волосяного фолликула основана на формировании перифолликулярного воспалительного инфильтрата вокруг волосяного сосочка, что, в отличие от образования аналогичного инфильтрата при очаговой алопеции вокруг луковицы волоса, обеспечивает необратимый характер выпадения волос. Кроме того, согласно когорте исследований [9–15] известно, что ряд клеточных популяций (MTS24, Lrig1, Nestin, Lgr5, Lgr6) обладают качествами стволовых клеток и наделены функцией восстановления волосяного фолликула, однако в результате развития воспалительного процесса с последующим формированием соединительной ткани при РА функциональная активность данных клеточных популяций нарушается.

Необходимо также учитывать наличие представительства иммунной системы в структуре пилосебацейного юнита, состоящего из клеток Лангерганса, перифолликулярных тучных клеток, Т-лимфоцитов, макрофагов и ряда антимикробных пептидов (человеческий β^2-дефенсин, кателицидин и РНКаза7), способного в ассоциации с провоспалительными компонентами вызвать развитие массивного воспалительного процесса, разрушающего сально-волосяной фолликул. Однако в зоне локализации стволовых клеток СВФ у иммунокомпетентных людей сформирована область «иммунной привилегии», выражающаяся в образовании локальной иммуносупрессии для адекватного функционирования располагающихся в этой локации стволовых клеток. В связи с вышеизложенными данными некоторые исследователи [16, 17] предполагают развитие девиации иммунной защиты в качестве основы формирования рубцовых форм алопеции.

Гипотеза опосредованного цитотоксическими клетками разрушения сально-волосяного фолликула базируется на повышенной активности Т-лимфоцитов в зоне воспалительного инфильтрата, что провоцирует деятельность цитотоксических факторов, таких как INF-γ, TNF-α, IL-2, с последующим необратимым повреждением волосяного фолликула и формированием рубцовой ткани [5, 16, 18].

В развитии РА происходит индукция апоптоза в зоне СВФ, характеризующаяся активацией маркера пролиферации эпителия Ki-67 и гена-супрессора опухоли p53, направляющего поврежденные клетки в апоптоз [19, 20]. Кроме того, как известно, экспрессия конститутивного ингибитора апоптоза Bcl-2 снижается, что еще более предрасполагает к повреждению тканей, связанному с апоптозом [21].

P. Karnik с соавторами опубликовали результаты проведенных исследований, согласно которым воспалительный процесс при рубцовой алопеции является вторичным явлением, возникающим в результате первичного дефекта в пилосебациальной единице. Весомую роль в развитии РА играет дефект фермента стеароил-КоА-десатуразы 1, необходимый для синтеза жирных кислот сальных желез, мутация в котором приводит к их атрофии и нарушению секреции желез, что, в свою очередь, приводит к замедленному распаду внутренней корневой оболочки, ретроградному росту стержня волоса, с последующим возможным разрушением волосяного фолликула [22].

Одной из ведущих теорий является нарушение адекватного функционирования стволовых клеток ПСЮ. Данная теория основана на результатах экспериментального исследования на мышах, проведенного S. Tanimura с соавторами, в соответствии с которым зафиксирована потеря взаимодействия между ферментами Col17a1 и HFSCs, что приводит к угнетению способности самообновления стволовых клеток, с последующим необратимым выпадением волос. Этот эксперимент демонстрирует также изменения в микроокружении, в том числе снижение экспрессии внеклеточного матрикса, приводящее к формированию соединительной ткани [23].

Нейрогенная теория объясняет возможную роль психоэмоционального стресса в развитии РА. Основной составляющей этой гипотезы является субстанция *P* — нейропептидная молекула, выполняющая функцию индуктора, зависимого от тучных клеток нейрогенного воспаления, и увеличивающаяся при психогенном стрессе. Нейрогенное воспаление приводит к образованию инфильтратов в комбинации с перифолликулярными воспалительными клетками, накоплению и дегрануляции тучных клеток, увеличению апоптоза кератиноцитов волосяного фолликула и уменьшению пролиферации кератиноцитов матрикса волоса, что сопровождается преждевременным попаданием волосяного фолликула в фазу катагена. Кроме того, известно, что субстанция *P* выступает в качестве фактора роста фибробластов и способствует формированию фиброза и синтезу соединительной ткани [24–28].

В различных источниках активно обсуждается и роль различного рода экзогенных факторов в развитии клинических форм РА, таких как лекарственные препараты (препараты золота, вакцины, противосудорожные средства и т. д.), травмы, инфекционные агенты (Staphylococcus aureus и т. д.) [29–32].

В некоторых литературных источниках [5, 33–36] приводятся сообщения о семейных случаях заболевания первичными РА. В приведенном контексте генетические агенты играют двоякую роль: с одной стороны, выступают в качестве составляющей в едином звене патогенеза, а с другой — является самостоятельным этиологическим фактором.

Верификация диагноза рубцовой алопеции базируется на совокупности диагностических методов, в их числе: адекватный анализ жалоб и анамнеза пациента с выявлением возможных факторов риска и обозримых причин, клинический осмотр, общеклинические лабораторные тесты (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи), исследование крови для определения уровня показателей половых гормонов (в частности, общего и свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона), дерматоскопия, трихоскопия, конфокальная микроскопия, гистологическое исследование биоптатов кожи, иммунофлюоресцентные методы исследования, анализ микрочипов [1, 5].

Дифференциальный диагноз (ДД) рубцовых алопеций весьма вариабелен и проводится в связи с рядом заболеваний, в частности с группой нерубцовых алопеций (очаговая, универсальная, андрогенетическая, тракционная формы алопеций, трихотилломания, телогеновое выпадение волос и т.д.). Кроме того, детальный дифференциальный диагноз проводится в связи с другими клиническими разновидностями рубцовых алопеций (как первичных, так и вторичных). В диагностике ДД занимает одну из ведущих позиций в тактике ведения пациента: ранняя верификация диагноза РА обеспечивает более благоприятный прогноз.

Вопрос тактики ведения пациента и выбора терапии остается дискутабельным ввиду отсутствия достоверных данных в отношении этиологии и патогенеза РА. Однако в настоящее время приоритетным направлением в лечении рубцовых алопеций является предотвращение дальнейшего прогрессирования патологического процесса. Метод терапии РА базируется на типе доминирующих клеток, участвующих в процессе воспаления: при лимфоцитарном типе первичной РА наиболее предпочтительным методом лечения выступают иммуносупрессивные средства; при нейтрофильном типе — противомикробные препараты/дапсон. В терапии РА используется комбинация системной терапии и наружного лечения: в качестве наружной терапии применяются топические формы ингибиторов кальциневрина и глюкокортикостероидных препаратов (ГКС), внутриочаговое введение системных ГКС. Используются и хирургические методы лечения (трансплантация волос, иссечение пораженного участка, операция на лоскуте, сокращение рубцовой ткани путем ее расширения). Эффективность поддерживающей терапии до конца не выяснена. Курс лечения пациента может составлять 6 месяцев и более [1]. Вне зависимости от выбранного метода терапии основным критерием эффективности является оценка дерматоскопической картины патологического процесса. Кроме того, данная категория пациентов требует постоянного динамического наблюдения с периодическим проведением дерматоскопии и трихоскопии.

Таким образом, рубцовые алопеции являются актуальным и перспективным направлением в современной дерматологической науке. Когорта пациентов с данной нозологией относится к категории, требующей ранней верификации диагноза и выбора эффективного метода терапии. Кроме того, знание клинических форм, методов диагностики и терапии необходимо для выбора адекватной тактики ведения пациента с проблемой выпадения волос.

Конфликт интересов отсутствует.

Refences (Литература)

1. Yingjun Su, Qing Yang, Wenjie Dou, et al. Cicatricial Alopecia. In: Muhammad Ahmad, ed. Alopecia. Intech Open, 2018; p. 89–111.
2. Rongioletti F, Christana K. Cicatricial (scarring) alopecias: An overview of pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. Am J of Clin Dermatol 2012; 13 (4): 247–60.
3. Whiting DA. Cicatricial alopecia: Clinico-pathological findings and treatment. Clin in Dermatol 2001; 19 (2): 211–25.
4. Trjub RM. Complex patient of trichologist: Guidelines for the effective treatment of alopecia and related diseases. Moscow: GEOTAR-Media, 2019; 400 p. Russian (Трюб Р.М. Сложный пациент трихолога: руководство по эффективному лечению алопеций и сопутствующих заболеваний. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 400 с.).
5. Sunil D, Rishu S. What's new in cicatricial alopecia? Symposium-Hair Disorders 2013; 79 (5): 576–90.
6. Tan E, Martinka M, Ball N, et al. Primary cicatricial alopecias: Clinicopathology of 112 cases. J Am Acad Dermatol 2004; 50: 25–32.
7. Sundberg JP, Hordinsky MK, Bergfeld W, et al. Cicatricial Alopecia Research Foundation Meeting, May 2016: Progress towards the diagnosis, treatment and cure of primary cicatricial alopecias. Exp Dermatol 2018; 27 (3): 302–10.
8. Goldberg LJ. Cicatricial marginal alopecia: Is it all traction? Br J Dermatol 2009; 160: 62–8.
9. Cotsarelis G, Millar SE. Towards a molecular understanding of hair loss and its treatment. Trends Mol Med 2001; 7: 293–301.
10. McElwee KJ. Etiology of cicatricial alopecias: A basic science point of view. Dermatol Ther 2008; 21: 212–20.
11. Nijhof JG, Braun KM, Giangreco A. The cell-surface marker MTS24 identifies a novel population of follicular keratinocytes with characteristics of progenitor cells. Development 2006; 133: 3027–37.
12. Jensen KB, Collins CA, Nascimento E. Lrig1 expression defines a distinct multipotent stem cell population in mammalian epidermis. Cell Stem Cell 2009; 4: 427–39.
13. Amoh Y, Li L, Katsuoka K, et al. Multipotent nestin-positive, keratin-negative hair-follicle bulge stem cells can form neurons. Proc Natl Acad Sci USA 2005; 102: 5530–4.
14. Jaks V, Barker N, Kasper M, et al. Lgr5 marks cycling, yet long-lived, hair follicle stem cells. Nat Genet 2008; 40: 1291–9.
15. Snippert HJ, Haegebarth A, et al. Lgr6 marks stem cells in the hair follicle that generate all cell lineages of the skin. Science 2010; 327: 1385–9.
16. Harries MJ, Paus R. The pathogenesis of primary cicatricial alopecias. Am J Pathol 2010; 177: 2152–62.
17. Harries MJ, Meyer KC, Chaudhry IH, et al. Does collapse of immune privilege in the hair-follicle bulge play a role in the pathogenesis of primary cicatricial alopecia? Clin Exp Dermatol 2010; 35: 637–44.
18. Ohyama M. Primary cicatricial alopecia: Recent advances in understanding and management. J Dermatol 2012; 39: 18–26.
19. Baima B, Sticherling M. Apoptosis in different cutaneous manifestations of lupus erythematosus. Br J Dermatol 2001; 144: 958–66.
20. Pablos JL, Santiago B, Galindo M, et al. Keratinocyte apoptosis and p53 expression in cutaneous lupus and dermatomyositis. J Pathol 1999; 188: 63–8.
21. Nakajima M, Nakajima A, Kayagaki N, et al. Expression of Fas ligand and its receptor in cutaneous lupus: implication in tissue injury. Clin Immunol Immunopathol 1997; 83: 223–9.
22. Karnik P, Tekeste Z, McCormick TS, et al. Hair follicle stem cell-specific PPARγ deletion causes scarring alopecia. J Invest Dermatol 2009; 129: 1243–57.
23. Tanimura S, Tadokoro Y, Inomata K, et al. Hair follicle stem cells provide a functional niche for melanocyte stem cells. Cell Stem Cell 2011; 8: 177–87.
24. Peters EM, Arck PC, Paus R. Hair growth inhibition by psychoemotional stress: A mouse model for neural mechanisms in hair growth control. Exp Dermatol 2006; 15: 1–13.
25. Peters EM, Botchkarev VA, Botchkareva NV, et al. Hair-cycle-associated remodeling of the peptidergic innervation of murine skin, and hair growth modulation by neuropeptides. J Invest Dermatol 2001; 116: 236–45.
26. Arck PC, Handjiski B, Hagen E, et al. Indications for a 'brain-hair follicle axis (BHA) ': Inhibition of keratinocyte proliferation and up-regulation of keratinocyte apoptosis in telogen hair follicles by stress and substance P. FASEB J 2001; 15: 2536–8.
27. Peters EM, Liotiri S, Bodo E, et al. Probing the effects of stress mediators on the human hair follicle: Substance P holds central position. Am J Pathol 2007; 171: 1872–86.
28. Nilsson J, von Euler AM, Dalsgaard CJ. Stimulation of connective tissue cell growth by substance P and substance K. Nature 1985; 315: 61–3.
29. Bardazzi F, Landi C, Orlandi C, et al. Graham Little-Piccardi-Lasseur syndrome following HBV vaccination. Acta Dermatol Venereol 1999; 79: 93.
30. Grunwald MH, Ben-Dor D, Livni E, et al. Acne keloidalis-like lesions on the scalp associated with antiepileptic drugs. Int J Dermatol 1990; 29: 559–61.
31. Carnero L, Silvestre JF, Guijarro J, et al. Nuchal acne keloidalis associated with cyclosporin. Br J Dermatol 2001; 144: 429–30.
32. Brudy L, Janier M, Reboul D, et al. Erosive lichen of scalp. Acta Dermatol Venereol 1997; 124: 703–6.
33. Sahl WJ. Pseudopelade: An inherited alopecia. Int J Dermatol 1996; 35: 715–9.
34. Douwes KE, Landthaler M, Szeimies RM. Simultaneous occurrence of folliculitis decalvans capillitii in identical twins. Br J Dermatol 2000; 143: 195–7.
35. Viglizzo G, Verrini A, Rongioletti F. Familial Lassueur-Graham-Little-Piccardi syndrome. Dermatology 2004; 208: 142–4.
36. Aten E, Brasz LC, Bornholdt D, et al. Keratosis follicularis spinulosa decalvans is caused by mutations in MBTPS2. Hum Mutat 2010; 31: 1125–33.

УДК 616.5–072.1

Авторское мнение

ДЕРМАТОСКОПИЯ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

М. Г. Еремина *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук;* ***Е. М. Галкина*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***Д. А. Свистунова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***А. Ю. Епифанова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии.*

DERMATOSCOPY IN ROUTINE PRACTICE OF DERMATOVENEROLOGIST

M. G. Eremina *— Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD;* ***E. M. Galkina*** *— Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***D. A. Svistunova*** *— Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***A. Yu. Epifanova*** *— Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Еремина М. Г., Галкина Е. М., Свистунова Д. А., Епифанова А. Ю. **Дерматоскопия в рутинной практике врача-дерматовенеролога. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 845–847.**

В настоящее время дерматоскопическое исследование все чаще применяется в повседневной дерматологической практике. Дерматоскопия является важным инструментом, который повышает качество диагностики меланоцитарных новообразований и используется как дополнительный метод для выявления воспалительных, инфекционных и паразитарных дерматозов.

Ключевые слова: дерматоскопия, дерматовенерология, дерматоскопические признаки.

Eremina MG, Galkina EM, Svistunova DA, Epifanova AYu. **Dermatoscopy in routine practice of dermatovenerologist. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 845–847.**

Currently, dermatoscopy is increasingly used in daily dermatological practice. Dermatoscopy is an important tool that improves quality of diagnosis melanocytic neoplasms, it used as an additional method for detection of inflammatory, infectious and parasitic dermatoses.

Key words: dermatoscopy, dermatovenereology, dermoscopic criteria.

Понятие «профессиональный стандарт» введено в Трудовой кодекс РФ (ст. 195.1) и трактуется как характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности. Профессиональные стандарты применяются при приеме на работу, аттестации сотрудников, формировании кадровой политики предприятия, разработке должностных инструкций и системы оплаты труда.

С 1 июля 2016 г. применение профессиональных стандартов работодателями стало обязательным. В приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. № 142н «Об утверждении профессионального стандарта “Врач-дерматовенеролог”» определены требования к квалификации, необходимой данному работнику для выполнения трудовой функции.

Основная цель вида профессиональной деятельности по направлению «Дерматовенерология»: профилактика, диагностика, лечение и медицинская реабилитация при болезнях кожи и ее придатков, инфекциях, передаваемых половым путем, в том числе урогенитальных инфекционных заболеваниях, и вызванных ими осложнений, лепре. Для выполнения поставленной цели необходимы умения, которые подробно описаны в профессиональном стандарте, в частности требуется проводить исследование с помощью дерматоскопа и интерпретировать полученные результаты.

Кожа каждого человека представляет собой динамичное полотно, имеющее уникальный кожный рисунок. В нем отражается возраст, фототип кожи, подверженность воздействию ультрафиолетового излучения, а также проявления генетической предрасположенности и приобретенные признаки.

Дерматоскопия, несомненно, является «золотым стандартом» клинической диагностики кожи [1]. Согласно действующему регламенту оказания медицинской помощи больным дерматовенерологическими заболеваниями дерматоскоп включен в перечень обязательного оборудования для оснащения рабочего места врача, что обеспечивает возможность широкого применения дерматоскопии в ежедневной практике.

Дерматоскопия изначально применялась для исследования пигментных образований кожи, и в основном все усилия исследователей прикладывались для описания и определения дерматоскопических характеристик меланомы [2]. Совсем недавно некоторые исследователи начали изучать дерматоскопические параметры непигментированных опухолей, а также неопухолевых дерматозов.

Опубликованы многочисленные статьи, описывающие применение дерматоскопии при лечении воспалительных и инфекционных кожных заболеваний, однако полный обзор данной методики отсутствует [3].

Целесообразно, на наш взгляд, выделить четыре категории заболеваний в соответствии с типичным клиническим анамнезом:

1) дермоскопия при непигментированных формах рака кожи (в основном единичные поражения);

2) дермоскопия при воспалительных и/или инфекционных заболеваниях (в основном множественные поражения);

3) дермоскопия ногтевого валика;

4) дермоскопия, проводимая для прогнозирования и/или мониторинга реакций кожи в случае возникновения неблагоприятных или побочных эффектов от получаемого лечения [4, 5].

Ответственный автор — Епифанова Анна Юрьевна
Тел.: +7 (927) 1042539
E-mail: annepifanova@mail.ru

Подразделение на первые две категории основывается на том, что рак кожи обычно проявляется единичными поражениями, в то время как воспалительные и/или инфекционные заболевания обычно проявляются множественными поражениями и захватывают большие участки кожи.

В первых трех выделенных нами категориях дерматоскопия проводится для первичной постановки диагноза. В отличие от них, в четвертой категории дерматоскопия проводится, чтобы мониторировать реагирование и/или реакцию на уже получаемое лечение.

Основываясь на оценке имеющихся данных, можно предложить следующий алгоритм для дерматоскопической диагностики первых двух категорий непигментированных кожных заболеваний:

Шаг 1: определение количества повреждений (единичное или множественное).

Шаг 2: определение морфологического типа васкулярной модели.

Шаг 3: определение расположения (архитектоники) васкулярной модели внутри повреждения.

Шаг 4: определение дополнительных дерматоскопических критериев.

Шаг 5: постановка диагноза.

Важно помнить, что дерматоскопия не должна использоваться изолированно, сама по себе. Любой клинический диагноз является результатом интеграции сведений, полученных в ходе сбора анамнестических данных, клинического исследования и дерматоскопии.

Например, главным симптомом чесотки считается симптом чесоточных ходов. Именно он и является специфическим показателем при постановке этого диагноза [6–10]. Следовательно, проведение диагностики с помощью дерматоскопа может использоваться вместо взятия кожного соскоба, потому что дерматоскопия занимает меньше времени. Дерматоскопия также может быть использована при постановке диагнозов головного и лобкового педикулеза, поскольку дерматоскопическое исследование пораженных волосков дает значительное увеличение и позволяет различить головную и лобковую вшей. Дерматоскопическое исследование повреждений кожи при псориазе [11–13], паракератозе [14], розовом лишае [15, 16], красном плоском лишае [17] и болезни Дарье (фоликулярном дискератозе) часто показывает специфические особенности этих заболеваний, что может оказаться полезным при постановке диагноза в отдельных, неясных с точки зрения клиники случаях.

В настоящее время дерматоскопия заменила микроскопию, как рутинный метод диагностики инфекционных дерматозов.

Типичный дерматоскопический рисунок чесотки, впервые описанный Ардженциано и его коллегами, представляет собой пигментированный треугольник, соответствующий ротовому аппарату и передним конечностям паразита. В зависимости от положения клеща данный треугольник может визуализироваться полностью (вентральная проекция) либо частично (дорсальная проекция).

При постановке диагноза «Педикулез» дерматоскопия позволяет быстро выявлять различие между гнидами и так называемыми псевдогнидами, такими как слепки волос из остатков лака для волос или геля. Псевдогниды непрочно прикрепляются к волосяному стержню и проявляются дерматоскопически в виде аморфных, беловатых структур. Кроме того, результаты дерматоскопии помогают оценить результативность проводимого лечения и эффективность терапии.

Контагиозный моллюск имеет стереотипный дерматоскопический рисунок: центрально расположенные крупные гомогенные розовые глобулы, окруженные линейными или разветвленными сосудами.

Характерной картиной вирусных бородавок является комбинация признаков, напоминающих вид «лягушачьей икры». Их легко отличить от мозолей по наличию множества белесоватых кератотических венчиков, окруженных центрально расположенными красно-фиолетовыми точками, которые ассоциируются с микрокровоизлияниями при травматизации бородавки (рис. 1).

Дерматоскопия не всегда позволяет выявить патогномоничные признаки неинфекционных дерматозов, однако ее применение способствует сужению круга дифференциально-диагностического поиска. Точечные и гломерулярные сосуды являются доминирующими васкулярными структурами при наиболее распространенных неинфекционных дерматозах (рис. 2).

Таким образом, дерматоскопия, будучи дополнительным способом клинического исследования, получает все большее распространение в дерматологии, облегчая задачу постановки диагноза и помогая интерпретировать различные кожные проблемы в рамках общей дерматологии.

Конфликт интересов не заявляется.

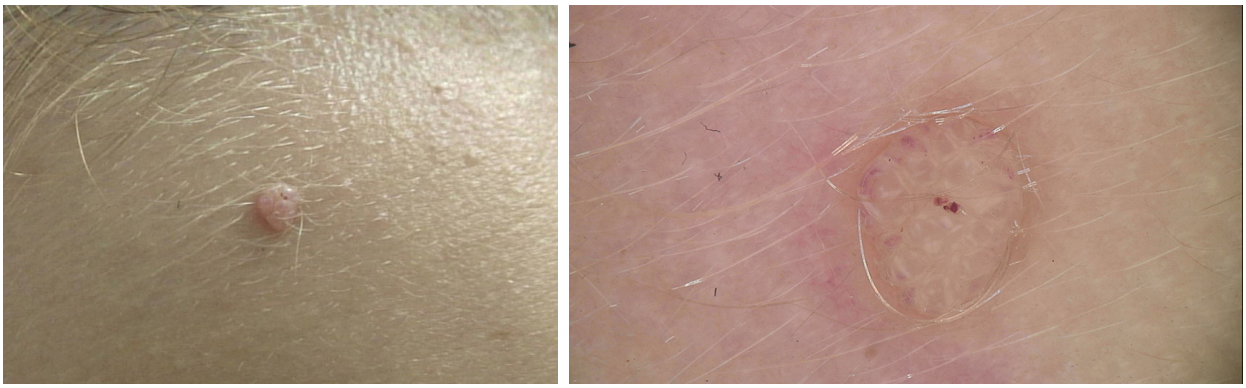


Рис. 1. Вирусная бородавка на коже лба:
слева — общий вид; *справа* — дерматоскопия: визуализируются множественные белесоватые венчики с центральными красно-фиолетовыми точками

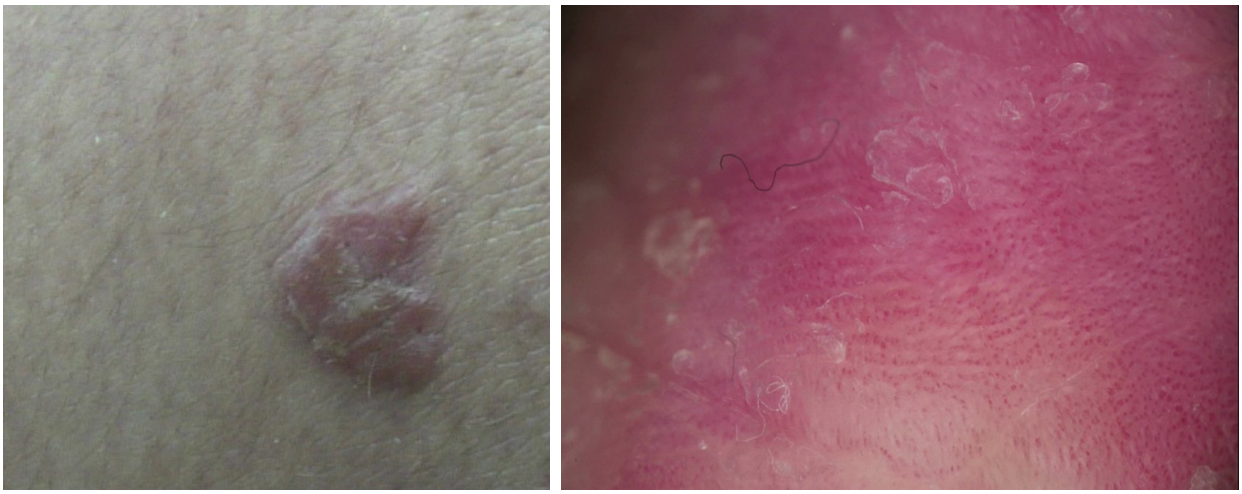


Рис. 2. Псориатическая бляшка с шелушением на поверхности:
слева — общий вид; *справа* — дерматоскопия: визуализируются точечные сосуды по всей поверхности бляшки

References (Литература)

1. Bowling J. Diagnostic dermoscopy: The illustrated guide. Moscow, 2019; 160 p. Russian (Боулинг Дж. Диагностическая дерматоскопия: иллюстрированное руководство/пер. с англ. под ред. А.А. Кубановой. М.: Изд-во Панфилова, 2019; 160 с.).
2. Bakulev AL, Konopatskova OM, Stanchina YuV. Dermatoscopy in the diagnosis of pigmented nevi. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2019; 95 (4): 48–56. Russian (Бакулев А.Л., Конопацкова О.М., Станчина Ю.В. Дерматоскопия в диагностике пигментных невусов кожи. Вестник дерматологии и венерологии 2019; 95 (4): 48–56).
3. Zalaudek I, Argenziano G, Stefani AD, et al. Dermoscopy in General Dermatology. Dermatology 2006; 212: 7–1.
4. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: Results of a consensus meeting via the Internet. J Am Acad Dermatol 2003; 48: 679–93.
5. Pizzichetta MA, Talamini R, Stanganelli I, et al. Amelanotic/hypomelanotic melanoma: clinical and dermoscopic features. Br J Dermatol 2004; 150: 1117–24.
6. Argenziano G, Fabbrocini G, Delfino M. Epiluminescence microscopy: A new approach to in vivo detection of Sarcoptes scabiei. Arch Dermatol 1997; 133: 751–3.
7. Bauer J, Blum A, Sonnichsen K, et al. Nodular scabies detected by computed dermatoscopy. Dermatology 2001; 203: 190–1.
8. Brunetti B, Vitiello A, Delfino S, et al. Findings in vivo of Sarcoptes scabiei with incident light microscopy. Eur J Dermatol 1998; 8: 266–7.
9. Prins C, Stucki L, French L, et al. Dermoscopy for the in vivo detection of Sarcoptes scabiei Dermatology 2004; 208: 241–3.
10. Haas N, Sterry W. The use of ELM to monitor the success of antiscabietic treatment: epiluminescence light microscopy. Arch Dermatol 2001; 137: 1656–7.
11. Vazquez-Lopez F, Manjon-Haces JA, Maldonado-Seral C, et al. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: new observations. Dermatology 2003; 207: 151–6.
12. Blum A, Metzler G, Bauer J, et al. The dermatoscopic pattern of clear-cell acanthoma resembles psoriasis vulgaris. Dermatology 2001; 203: 50–2.
13. Zalaudek I, Hofmann-Wellenhof R, Argenziano G. Dermoscopy of clear-cell acanthoma differs from dermoscopy of psoriasis. Dermatology 2003; 207: 428, author reply 9.
14. Delfino M, Argenziano G, Nino M. Dermoscopy for the diagnosis of porokeratosis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004; 18: 194–5.
15. Vazquez-Lopez F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. Br J Dermatol 2004; 150: 226–31.
16. Chuh AA: Collarette scaling in pityriasis rosea demonstrated by digital epiluminescence dermatoscopy. Austr J Dermatol 2001; 42: 288–90.
17. Vazquez-Lopez F, Alvarez-Cuesta C, Hidalgo-Garcia Y, et al. The handheld dermatoscope improves the recognition of Wickham striae and capillaries in lichen planus lesions. Arch Dermatol 2001; 137: 1376.

УДК 616.516:616–006 Клинический случай

СОЧЕТАНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С ДВУМЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ОДНОЙ ПАЦИЕНТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

С.Н. Щава *— ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии, доцент, кандидат медицинских наук;* ***И.Н. Иванова*** *— ФГБОУ ВО «Волгоградский ГМУ» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии, кандидат медицинских наук.*

COMBINATION OF LICHEN PLANUS WITH TWO ONCOLOGICAL DISEASES IN ONE PATIENT (CLINICAL CASE)

S.N. Shchava *— Volgograd State Medical University, Head of Department of Dermatovenereology, Associate Professor, PhD;* ***I.N. Ivanova*** *— Volgograd State Medical University, Associate Professor of Department of Dermatovenereology, PhD.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Щава С.Н., Иванова И.Н. **Сочетание красного плоского лишая с двумя онкологическими заболеваниями у одной пациентки (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 847–849.**

Приводится клинический случай пациентки, страдающей красным плоским лишаем много лет. Дебют заболевания был связан со стрессом, клинические проявления дерматоза протекали в типичной форме. Заболевание характеризовалось длительной и стойкой ремиссией, а эпизодов обострения было два, которые возникли на фоне неодновременного развития двух онкологических заболеваний и стойко регрессировали после успешного лечения онкопатологии и комбинированной терапии красного плоского лишая, включая акупунктуру.

Ключевые слова: красный плоский лишай, кожа, папулы.

Shchava SN, Ivanova IN. **Combination of lichen planus with two oncological diseases in one patient (clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 847–849.**

A clinical case of a patient suffering from lichen planus for many years is presented. The debut of the disease was connected with stress. The clinical manifestations of dermatosis were typical. The disease was characterized by prolonged and persistent remission. There were two episodes of exacerbation which arose against the background of the non-simultaneous development of two oncological diseases, and they steadily regressed after successful treatment of oncopathology and combined therapy of lichen planus including acupuncture.

Key words: lichen planus, skin, papules.

Введение. Красный плоский лишай (лат. lichen ruber planus) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, которое характеризуется полигональными папулами и мучительным зудом [1]. Описано в 1869 г. Уилсоном [2].

В практике дерматовенерологов красный плоский лишай (КПЛ) встречается довольно часто. По статистике заболеваемость данным дерматозом составляет от 1,2 до 2,4% в общей структуре дерматологической патологии, а среди поражений слизистой полости рта от 35 до 60% [3]. Красный плоский лишай регистрируется у всех рас, наиболее часто в возрастной группе от 30 до 60 лет, но преимущественно болеют женщины, а у детей заболевание встречается редко [4].

Красный плоский лишай — заболевание с неизвестной этиологией. Считается, что дерматоз относится к иммунодефицитным состояниям неврогенного (психогенного), эндокринного, инфекционного, токсико-аллергического генеза [5]. У КПЛ имеется несколько клинических разновидностей, он образуется как на коже, так и на слизистой оболочке полости рта, но наиболее часто встречается типичная, или классическая, форма [6]. Клинические проявления КПЛ на коже и слизистых могут быть скудными и обильными, а разрешение высыпаний возможно в течение периода от одного месяца до семи лет [7]. Красный плоский лишай может возникать на фоне злокачественных новообразований.

Сочетание КПЛ с онкологическими заболеваниями не является редкостью. Мы наблюдали злокачественную опухоль молочной железы у пациенток с КПЛ [8]. Во всех случаях КПЛ был сопутствующим заболеванием, паранеопластической формы в нашей практике не было.

Представляем клинический случай сочетания красного плоского лишая с двумя онкологическими новообразованиями, которые возникли не в одно время, и благоприятного результата лечения всех трех заболеваний.

Описание клинического случая. Пациентка Ч. впервые обратилась 22 года назад, в возрасте 52 лет, с жалобами на зудящие высыпания в области лучезапястных суставов, предплечий, голеней, стоп. Заболевание развилось на фоне стресса после смерти мужа. Клинические проявления были представлены плоскими розово-синюшными папулами и бляшками, блестящими при боковом освещении. На поверхности отдельных элементов виднелась сетка Уикхема, отмечались явления гиперкератоза. Вторичные элементы включали расчесы, вторичные гиперпигментированные пятна. На основании клинической картины поставлен диагноз: «Красный плоский лишай. Классическая форма». Пациентка была обследована. Все лабораторные и инструментальные исследования патологии не выявили. После курса иглорефлексотерапии вторым тормозным методом в сочетании с медикаментозным лечением (пирацетам по 5,0 мл в/в, раствор тиосульфата натрия 30% по 10,0 мл в/в, пиридоксин гидрохлорид по 1,0 в/м), местными противозудными средствами, физиотерапией в виде фонофореза 1% гидрокортизоновой мази у пациентки наступила стойкая ремиссия.

Через 12 лет у пациентки постепенно стали развиваться головные боли, снижение слуха, шаткость походки. Была проведена магнитно-резонансная томография с контрастированием, которая выявила объемное образование в правом мостомозжечковом углу размерами 1,3х1,6х1,6 см. Выполнена операция (микрохирургическая) по удалению опухоли правого мостомозжечкового угла с эндоскопической ассистенцией. Результат гистологического исследования — невринома. В послеоперационном периоде наблюдался периферический парез правого лицевого нерва. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Через 6 месяцев после выписки из нейрохирургического стационара пациентка заметила появление зудящих высыпаний в области дистальных отделов конечностей и поясницы. Клиническая картина соответствовала рецидиву красного плоского лишая. Вновь проводилась иглорефлексотерапия в сочетании с медикаментозным лечением в условиях дневного стационара. Спустя три месяца после курсовой терапии наступило клиническое выздоровление.

Через 6 лет пациентка обратилась к хирургу по поводу опухоли в области левой щеки. Была направлена в областной онкологический диспансер с диагнозом: «Меланома кожи щеки слева pT1N0M0, C43.3, ST1» (рис. 1).

Произведена операция: широкое иссечение опухоли, пластика перемещенным кожным лоскутом. Плановая терапия: раствор кеторолака по 1,0 мл в/м 2 р/сутки, р-р амоксициллина по 1,2 г с физиологическим раствором за 30 минут до операции, повязки с антисептиками. Гистологическое исследование: морфология спонтанного регресса меланомы 8720/3, БДУ. Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендацией наблюдения онколога по месту жительства, с контролем УЗИ шеи, органов брюшной области каждые три месяца в первый год после оперативного вмешательства.

Через месяц после выписки у пациентки вновь появились высыпания красного плоского лишая с локализацией преимущественно в области голеней (рис. 2).

Лечение в дневном стационаре (иглорефлексотерапия, инфузионная противовоспалительная те-

Ответственный автор — Щава Светлана Николаевна
Тел.: +7 (902) 3113657
E-mail: snchava@rambler.ru

Рис. 1. Пациентка Ч. Меланома в области щеки слева

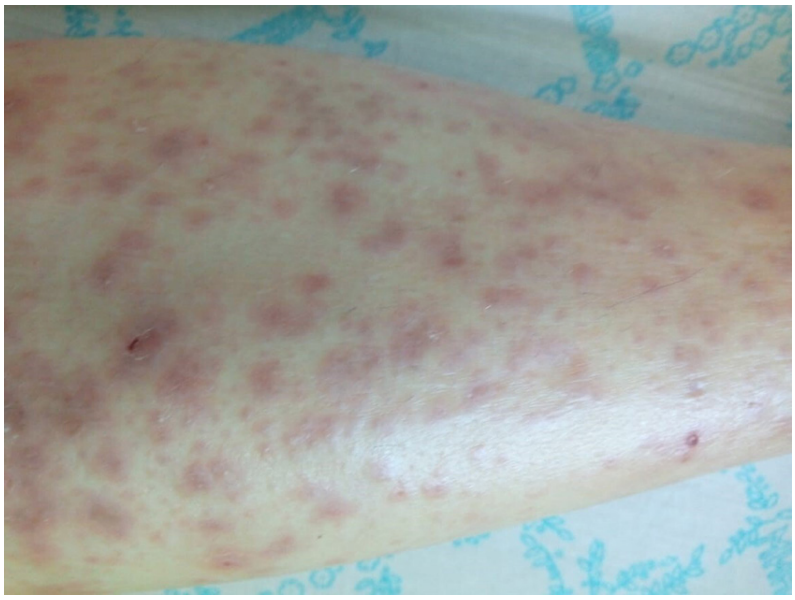


Рис. 2. Пациентка Ч. Папулы красного плоского лишая на голени

рапия, местная рассасывающая терапия) привело к клиническому выздоровлению спустя три месяца.

Заключение. Представленный клинический случай пациентки с сочетанием красного плоского лишая и двух онкологических заболеваний после успешного лечения онкопатологии и комбинированной терапии красного плоского лишая, включая акупунктуру, привел к полному выздоровлению. В течение двух лет пациентка чувствует себя здоровой, в терапии не нуждается. Приведенный случай интересен тем, что рецидивы красного плоского лишая у пациентки возникали каждый раз после лечения в онкологической клинике, что может быть результатом психологического стресса, иммунодефицита.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Khebif TP. Skin diseases: Diagnostics and treatment. Moscow: MEDpress-inform, 2008; 672 p. Russian (Хэбиф Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. М.: МЕДпресс-информ, 2008; 672 с.).
2. Bhattacharya A, Kaur I, Kumar B. Lichen planus: a clinical and epidemiological study. J Dermatol 2000; 27: 576–82.
3. Bisharova AS. Lichen planus. Lechaschi Vrach 2012; (5): 32–5 Russian (Бишарова А.С. Красный плоский лишай. Лечащий врач 2012; (5): 32–5).
4. Khamaganova IV. Advantan (metilprednizolona atseponat) in complex treatment of lichen planus. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2004; (3): 31–3. Russian (Хамаганова И.В. Адвантан (метилпреднизолона ацепонат) в комплексном лечении красного плоского лишая. Вестник дерматологии и венерологии 2004; (3): 31–3).
5. Dorozhenok IYu, Snarskaya ES, Shenberg VG. Lichen planus and associated psychosomatic disorders. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; (4): 27–32. Russian (Дороженок И.Ю., Снарская Е.С., Шенберг В.Г. Красный плоский лишай и ассоциированные психосоматические расстройства. Вестник дерматологии и венерологии 2016; (4): 27–32).
6. Wagner G, Rose C, Max M. Sachse: clinical variants of lichen planus. JDDG 2012.
7. Fedotova KYu, Zhukova OV, Kruglova LS, et al. Lichen planus: etiology, pathogenesis, clinic forms, histological picture and basic principles of treatment. Clinical Dermatology and Venereology 2014; 12 (6): 9–20. Russian (Федотова К.Ю., Жукова О.В., Круглова Л.С. и др. Красный плоский лишай: этиология, патогенез, клинические формы, гистологическая картина и основные принципы лечения. Клиническая дерматология и венерология 2014; 12 (6): 9–20).
8. Ivanova IN, Shchava SN. About the combination of lichen planus and breast cancer. Clinical Dermatology and Venereology 2017; 16 (4): 76–8. Russian (Иванова И.Н., Щава С.Н. О сочетании красного плоского лишая и рака молочной железы. Клиническая дерматология и венерология 2017; 16 (4): 76–8).

УДК 616.5–006.38–08 Клинический случай

Х-СЦЕПЛЕННЫЙ ИХТИОЗ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

М.В. Яндутова *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***А.Ю. Епифанова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***А.В. Каракаева*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***А.А. Моисеев*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии.*

X–LINKED ICHTHYOSIS (A CLINICAL CASE)

M.V. Yandutova *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***A.Yu. Epifanova*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***A.V. Karakaeva*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***A.A. Moiseev*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Яндутова М.В., Епифанова А.Ю., Каракаева А.В., Моисеев А.А. **Х-сцепленный ихтиоз (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 849–852.**

Х-сцепленный ихтиоз — генодерматоз с Х-сцепленным рецессивным типом наследования, характеризующийся нарушением десквамации, сухостью и огрубением кожи, что связано с дефицитом стероидной сульфатазы. Заболевание встречается у лиц мужского пола и может приводить к нарушению зрения, крипторхизму, задержке умственного развития, эпилепсии, скелетным аномалиям и другим дисплазиям. Для иллюстрации приведено собственное клиническое наблюдение Х-сцепленного ихтиоза у родных братьев.

Ключевые слова: генодерматоз, ихтиоз, Х-сцепленный, клинический случай.

Yandutova MV, Epifanova AJ, Karakaeva AV, Moiseev AA. **X-linked ichthyosis (a clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 849–852.**

X-linked ichthyosis is a genodermatosis with X-linked recessive inheritance. It characterized by impaired desquamation, dryness and coarseness of the skin due to steroid sulfatase deficiency. The disease occurs in males and can lead to visual impairment, cryptorchidism, mental retardation, epilepsy, skeletal anomalies and other dysplasias. To illustrate, we present our own clinical observation of X-linked ichthyosis in siblings.

Key words: genodermatosis, ichthyosis, X-linked, clinical case.

Введение. Ихтиоз — термин, который используется для определения особой генерализованной дистрофии кожи в виде ее огрубения и сухости, сочетающихся с шелушением. Представляет собой группу клинически и генетически гетерогенных заболеваний, проявляющихся диффузным, однородным, обычно стойким шелушением кожи без вовлечения в патологический процесс слизистых оболочек и внутренних органов [1]. Ихтиозы, согласно данным различных авторов, представляют собой самую частую форму кератозов, составляющую от 85 до 90% от всех форм генодерматозов [2, 3].

На современном этапе наиболее актуальной является принятая в 2009 г. во Франции в рамках Первой консенсусной конференции, посвященной ихтиозам, клинико-генетическая классификация, согласно которой следует выделять синдромные и несиндромные формы ихтиоза, а также формы с врожденными проявлениями и ихтиозы с отсроченным началом. В составе несиндромных форм выделяют группу общих ихтиозов, одним из представителей которой является Х-сцепленный ихтиоз [4].

Впервые Х-сцепленный ихтиоз как отдельная нозология был выделен в 1965 г. Уэллсом и Керром, которым удалось выявить данную патологию у 81 пациента мужского пола [5]. В 1978 г. первопричина, лежащая в основе Х-сцепленного ихтиоза, была идентифицирована как дефицит стероидной сульфатазы, обусловленный делецией гена STS, расположенного на хромосоме Xp22.32, в результате чего развивается аномалия метаболизма липидов в эпидермальном слое кожи [6, 7].

Стероидная сульфатаза (STS) — это микросомальный фермент, который локализуется в эндоплазматической сети, аппарате Гольджи и эндосомальных мембранах [8, 9]. В нормальном эпидермисе холестерин сначала сульфатируется в базальном слое, достигая пика содержания в зернистом слое, а затем под действием STS гидролизуется до пула холестерина, доступного для формирования внеклеточных ламеллярных бислоев. Дефицит STS приводит к нарушению эпидермального цикла холестерина и, как следствие, к накоплению в поверхностных слоях эпидермиса сульфата холестерина, который ингибирует протеазы рогового слоя, в результате чего нарушается процесс десквамации корнеоцитов и проницаемость кожного покрова [10].

Поскольку данная патология возникает из Х-сцепленной мутации и наследуется по рецессивному типу, Х-сцепленный ихтиоз встречается только у лиц мужского пола. В 85% случаев мутация считается унаследованной от гетерозиготной матери-носителя [11]. В литературных источниках имеются данные о трех случаях возникновения Х-сцепленного рецессивного ихтиоза у женщин, которые оказались потомками отца, пораженного Х-сцепленным рецессивным ихтиозом, и матери — носительницы дефектной хромосомы [5, 12].

Показатели распространенности Х-сцепленного рецессивного ихтиоза среди новорожденных варьируются от 1:3000 до 1:6000 мальчиков [13], но дефицит STS на основе пренатального скрининга выявляется примерно у 1 на 1500 плодов мужского пола [14], а следовательно, дефицит STS не всегда приводит к клинически идентифицируемому заболеванию.

Заболевание проявляет себя у ребенка сразу после рождения или в первые месяцы жизни. Вначале в клинике дерматоза превалируют нежные, слабо прилегающие мелкопластинчатые чешуйки, которые спустя 2–4 месяца становятся крупными, полигональными, приобретают темно-коричневый оттенок, четко выделяются на боковых поверхностях туловища, разгибательных поверхностях конечностей, подмышечных впадин, коже ушных раковин и задней поверхности шеи («болезнь грязной шеи»). Не характерно поражение кожи лица, ладоней и подошв. С возрастом клиническая картина дерматоза не меняется, отмечается некоторое улучшение патологического процесса в летнее время года [3, 15]. По данным клинических наблюдений, у 50% больных фиксируется помутнение роговицы, которое не сопровождается нарушением зрения, у 20% верифицируется крипторхизм, возможно наличие задержки умственного развития, эпилепсии, скелетных аномалий и других дисплазий [13].

Диагноз Х-сцепленного рецессивного ихтиоза, помимо характерной клинической картины и имеющихся данных о наличии дерматоза у родственников пробанда 1–2-й степени родства, основывается на данных гистологического исследования, которое выявляет выраженный ретенционный гиперкератоз, зернистый слой эпидермиса не изменен или наблюдается незначительный гранулез, умеренный акантоз и околососудистые лимфогистиоцитарные инфильтраты в дермальном слое.

Подтверждают диагноз биохимические исследования, такие как электрофорез протеинов сыворотки крови или тест, определяющий активность стероидной сульфатазы в лейкоцитах или фибробластах.

Из цитогенетических методов диагностики используют флуоресцентную гибридизацию *in situ* (FISH), ПЦР, которые позволяют выявить мутации гена STS [16, 17].

Ответственный автор — Яндутова Маргарита Валерьевна
Тел.: +7 (937) 1446851
E-mail: Margarita.yandutova@yandex.ru

Рис. 1. Пациент А. Плотно сидящие пластинчатые чешуйки грязно-серого цвета, разделенные поверхностными трещинами на коже разгибательных поверхностей верхних конечностей (**1-3**), на коже нижних конечностей (**4**)

Рис. 2. Пациент С. Темно-серые тонкие чешуйки, поверхностные трещины с преимущественной локализацией на коже туловища и разгибательной поверхности верхних конечностей (**1**), нижних конечностей (**2-3**)

Клинический случай. В ноябре 2019 г. в детское отделение клиники кожных и венерических болезней Саратовского государственного медицинского университета с жалобами на наличие зудящих высыпаний по всему кожному покрову, чувство стягивания и сухость кожи поступили два родных брата: пациент А. 2006 г. р. и пациент С. 2009 г. р.

Из истории заболевания пациента А. известно, что болен ребенок с первых дней жизни: обращали на себя внимание яркая эритема кожного покрова и обильное шелушение на поверхности. Постепенно чешуйки приняли сероватый оттенок. Мальчик находится на диспансерном учете у дерматолога по месту жительства с диагнозом «Ихтиоз врожденный». Неоднократно получал амбулаторное лечение раствором ретинола пальмитата внутрь, наружными средствами: эмолентами, парафиновыми аппликациями, ваннами с морской солью и сероводородными ваннами — с незначительным улучшением. Отмечается позитивный эффект от ультрафиолетового облучения в летнее время года. Данное обострение длится около двух месяцев.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности; двое срочных родов. Рос и развивался соответственно возрасту.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное.

Объективно: патологический процесс на коже носит распространенный характер. Высыпания преимущественно локализуются на заднебоковых поверхностях шеи, на боковых поверхностях туловища, разгибательных поверхностях конечностей; представлены плотно спаянными с кожей чешуйками полигональной формы грязно-серого цвета, разделенными узкими поверхностными трещинами (рис. 1). Отмечается выраженная сухость кожного покрова. Кожа лица, ладоней и подошв не поражена. Придатки кожи: без патологии.

Младший брат, пациент С., — ребенок от 3-й беременности; трое срочных родов. Отставания в физическом и нервно-психическом развитии не наблюдалось.

Со слов родителей, с рождения отмечали шелушение кожи нежными мелкопластинчатыми чешуйками. В возрасте одного месяца обнаружили появление плотных темно-коричневых чешуек на разгибательных поверхностях нижних конечностей, постепенно аналогичные высыпания распространились на другие участки кожного покрова. С диагнозом «Врожденный ихтиоз» находился на диспансерном учете, получал системную и наружную терапию, аналогичную терапии пациента А.

На момент осмотра: общее состояние удовлетворительное. Отмечается выраженная сухость кожного покрова. На коже туловища, разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, в проекции локтевых и коленных суставов сосредоточены тонкие, плотно сидящие пластинчатые чешуйки грязно-серого цвета (рис. 2). В проекции мелких суставов кистей, голеностопных суставов имеется гиперпиг-

ментация. Кожа лица, ладоней и подошв свободна от высыпаний. Придатки кожи: без патологических изменений.

В ходе составления родословной выявлено, что подобным заболеванием в семье страдают дедушка, дядя по материнской линии пробандов и родной старший брат, что указывает на Х-сцепленный тип наследования дерматоза.

При лабораторном обследовании значимых отклонений от нормы не обнаружено. Пациентов консультировал врач-педиатр, иммунолог-аллерголог и эндокринолог. Данных за патологию со стороны других органов и систем выявлено не было.

Учитывая данные анамнеза, клинического обследования и анализа родословной, больным выставлен диагноз: «Рецессивный Х-сцепленный ихтиоз». В условиях стационара проведена системная терапия ароматическими ретиноидами (капсулы неотигазон) из расчета 0,8 мг/кг с рекомендациями по дальнейшему приему препарата в амбулаторных условиях под наблюдением дерматолога; физиотерапевтическое (узкополосная средневолновая УФ-терапия) и наружное лечение — с выраженным клиническим эффектом: значительно уменьшилась сухость кожного покрова, большинство чешуек отторглось, субъективные проявления ксероза купировались.

Заключение. Представленный клинический случай иллюстрирует классическую картину редкого врожденного Х-сцепленного генодерматоза с манифестацией признаков заболевания у мальчиков в периоде новорожденности, с типичными клиническими проявлениями и наличием симптомов заболевания у родственников 1-й степени родства в каждом поколении.

Учитывая тот факт, что Х-сцепленный рецессивный ихтиоз является заболеванием, излечение которого не представляется возможным, основная задача, стоящая перед врачом, состоит в подборе наиболее эффективного и безопасного лечения с целью улучшения качества жизни пациента. Позитивный эффект применения системных ароматических ретиноидов в комбинации с дальней длинноволновой УФ-терапией в данном клиническом наблюдении демонстрирует современные возможности терапии ихтиоза.

Конфликт интересов отсутствует.

References (Литература)

1. Rodionov AN, Zaslavskiy DV, Sydikov AA. Clinical Dermatology: An illustrated guide for doctors. 2th ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2019; 712 p. Russian (Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдиков А.А. Клиническая дерматология: иллюстр. рук-во для врачей. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 712 с.).

2. Mordovtsev VN, Mordovtseva VV. Hereditary diseases and defects of the skin development. Moscow: Nauka, 2004; p. 100–34. Russian (Мордовцев В.Н., Мордовцева В.В. Наследственные болезни и пороки развития кожи. М.: Наука, 2004; с. 100–34).

3. Adaskevich VP. Clinical forms and methods of treatment of ichthyosiform dermatoses. Meditsinskie Novosti 2005; 5: 4–9. Russian (Адаскевич В.П. Клинические формы и методы лечения ихтиозиформных дерматозов. Медицинские новости 2005; 5: 4–9).

4. Oji V, Tadini G, Akiyama M, et al. Revised Nomenclature and Classification of Inherited Ichthyoses: Results of the First Ichthyosis Consensus Conference in Soreze 2009. J Am Acad Dermatol 2010; 63 (4): 607–41.

5. Wells RS, Kerr CB. Genetic Classification of Ichthyosis. Arch Dermatol 1965; 92: 1–6.

6. Shapiro LJ, Weiss R, Webster D, France JT. X-linked ichthyosis due to steroid-sulfatase deficiency. Lancet 1978; 1: 70–2.

7. Koppe JG, Marinkovic-Ilsen A, Rijken Y, et al. X-linked ichthyosis: A sulfatase deficiency. Arch Dis Child, 1978; 53: 803–6.

8. Reed MJ, Purohit A, Woo LW, et al. Steroid sulfatase: molecular biology, regulation, and inhibition. Endocr Rev 2005; 26: 171–202.

9. Willemsen R, Kroos M, Hoogeveen AT, et al. Ultrastructural localization of steroid sulphatase in cultured human fibroblasts by immunocytochemistry: a comparative study with lysosomal enzymes and the mannose 6-phosphate receptor. Histochem J 1988; 20: 41–51.

10. Elias PM, Williams ML, Choi EH, Feingold KR. Role of cholesterol sulfate in epidermal structure and function: Lessons from X-linked ichthyosis. Biochim Biophys Acta 2014 Mar; 1841 (3): 353–61.

11. Rodrigo-Nicolás B, Bueno-Martínez E, Martín-Santiago A, et al. Evidence of the high prevalence of neurological disorders in nonsyndromic X-linked recessive ichthyosis: A retrospective case series. Br J Dermatol 2018; 179: 933–9.

12. Sugawara T, Shimizu H, Hoshi N, et al. PCR diagnosis of X-linked ichthyosis: Identification of a novel mutation (E560P) of the steroid sulfatase gene. Hum Mutat 2000 Mar; 15 (3): 296.

13. Fernandes NF, Janniger CK, Schwartz RA. X-linked ichthyosis: An oculocutaneous genodermatosis. J Am Acad Dermatol 2010; 62: 480–5.

14. Hand JL, Runke CK, Hodge JC. The phenotype spectrum of X-linked ichthyosis identified by chromosomal microarray. J Am Acad Dermatol 2015; 72: 617–27.

15. Akiyama M, Takizawa Y, Suzuki Y, Shimizu H. A novel homozygous mutation 371delA in TGM1 leads to a classic lamellar ichtyosis phenotype. Br J Dermatol 2003; 148: 149–53.

16. Crane JS, Wu B, Paller AS. Ichthyosis X-linked. Treasure Island: Stat Pearls Publishing LLC, 2019.

17. Garaeva ZSh. The basic concepts of the pathogenesis and contemporary course of ichthyosis. Practical Medicine 2013; 1–4 (73): 17–9. Russian (Гараева З.Ш. Основные концепции патогенеза и современного течения ихтиозов. Практическая медицина 2013; 1–4 (73): 17–9).

УДК 616.5–003.871 Клинический случай

ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ И ПАРАФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ, ПРОНИКАЮЩИЙ В КОЖУ (БОЛЕЗНЬ КИРЛЕ) (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

А.В. Моррисон *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук;* ***В.Н. Шерстнева*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук;* ***А.Л. Бакулев*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***А.А. Пляченко*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий стационарным отделением, кандидат медицинских наук;* ***Э.А. Кауц*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, студент;* ***И.В. Шляпников*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, студент.*

HYPERKERATOSIS FOLLICULARIS ET PARAFOLLICULARIS IN CUTEM PENETRANS (KYRLE DISEASE) (A CLINICAL CASE)

A.V. Morrison *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Associate Professor, PhD;* ***V.N. Sherstneva*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD, Assistant;* ***A.L. Bakulev*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc;* ***A.A. Plyachenko*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD, Head of the Department;* ***E.A. Kauts*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Student;* ***I.V. Shlyapnikov*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Student.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Моррисон А.В., Шерстнева В.Н., Бакулев А.Л., Пляченко А.А., Кауц Э.А., Шляпников И.В. **Фолликулярный и парафолликулярный гиперкератоз, проникающий в кожу (болезнь Кирле) (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 853–855.**

Представлен случай редкого дерматоза — болезни Кирле — у пациента 23 лет. Приведены данные этиологии, патогенеза, клинической картины, дифференциальной диагностики; принципы лечения.

Ключевые слова: фолликулярный и парафолликулярный гиперкератоз, проникающий в кожу (болезнь Кирле).

Morrison AV, Sherstneva VN, Bakulev AL, Plyachenko AA, Kauts EA, Shlyapnikov IV. **Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans (Kyrle disease) (a clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 853–855.**

A case of rare dermatosis (Kyrle disease) in 23-years-old patient is presented. The data of etiology, pathogenesis, clinical presentation, differential diagnosis, and treatment principles are given.

Key words: Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans (Kyrle disease).

Фолликулярный и парафолликулярный гиперкератоз, проникающий в кожу (болезнь Кирле), — редкий хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся нарушением ороговения клеток эпидермиса. Впервые заболевание описано и выделено в самостоятельную нозологическую форму в 1916 г. австрийским дерматологом Дж. Кирле (J. Kyrle), наблюдавшим его у больного сахарным диабетом [1].

Этиология болезни Кирле (БК) неизвестна. Нередко ее возникновение связывают с гиповитаминозом витамина А, нарушением углеводного обмена, системным поражением печени, почек и механической травмой. Наблюдение семейных случаев заболевания свидетельствует о возможной роли генетических факторов [1–3].

В основе патогенетического процесса лежит преждевременная кератинизация клеток эпидермиса в результате их активного размножения с избыточным продуцированием кератина. Нарушается целостность базальной мембраны, и ороговевшие массы кератиноцитов проникают в дерму, частично замещая клетки сосочкового слоя. При этом образуются инфильтраты из лимфоцитов, лейкоцитов, гистиоцитов и гигантских клеток [1, 4, 5].

Клиническая картина БК характеризуется фолликулярными и парафолликулярными плотными папулами серовато-желтого или буровато-красного цвета, диаметром 2–3 мм, с роговыми наслоениями в центре, после удаления которых остается кратерообразное углубление. Узелки имеют тенденцию к периферическому росту, группировке и слиянию в бородавчатые бляшки с полициклическими краями. На месте разрешившихся морфологических элементов остаются пигментированные рубцы. Слизистые оболочки не поражаются. Субъективные ощущения в виде незначительного зуда, выраженной болезненности при пальпации.

Течение заболевания длительное, рецидивирующее, прогноз благоприятный, однако полное выздоровление маловероятно [3, 6].

Дифференциальная диагностика проводится с бородавчатой формой красного плоского лишая, фолликулярным дискератозом Дарье, стойким лентикулярным гиперкератозом Флегеля, перфорирующим эластозом Мишера–Лютца [2].

Лечение включает курсовой прием витаминов А и Е, ароматических ретиноидов; при резистентности процесса назначают глюкокортикостероидные препараты, наружно-кератолитические средства, электрокриолазеродеструкцию, фототерапию [7].

Описание клинического случая. Пациент Х. 23 лет поступил в клинику кожных и венерических болезней Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского 10.10.2019 г. с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища и конечностей.

Анамнез заболевания. Больным себя считает в течение года, когда впервые отметил появление сыпи розового цвета в области внутренней поверхности бедер. Постепенно поражение распространилось на кожу голеней, предплечий и туловища. Лечился в поликлинике по месту жительства с диагнозом «По-

Ответственный автор — Шерстнева Вера Николаевна
Тел.: +7 (906) 1496000
E-mail: sherstneva39@bk.ru

Рис. 1. Пациент Х. 23 лет. Клиническая картина при поступлении: кожные изменения на груди; кожные изменения на спине

чесуха» (выписки нет) с положительным эффектом. Полгода назад стали появляться изменения на коже, сопровождавшиеся зудом. Обратился на консультацию в клинику кожных и венерических болезней СГМУ и был направлен на стационарное лечение. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены, вредных привычек нет. Туберкулез, венерические заболевания, инфекционные гепатиты отрицает. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит вне обострения, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в фазе стойкой ремиссии.

Локальный статус при поступлении. Поражение носило диссеминированный характер. На коже верхних и нижних конечностей, спины, живота отмечались множественные фолликулярные и парафолликулярные папулы конической или плоской формы, диаметром 1,5–2 мм, серовато-желтоватой или красновато-коричневой окраски. В центральной части узелков имелись темно-коричневые корки, на единичных элементах кратерообразные вдавления. На спине, разгибательных поверхностях голеней узелки располагались группами или сливались в бляшки, размером от 1 до 4 см, покрытые плотными чешуйками (рис. 1). Кроме того, визуализировались множественные пигментированные и белесоватые рубцы (рис. 2). Слизистая оболочка полости рта была свободна от высыпаний. Субъективно отмечался периодический умеренный зуд, болезненность при пальпации.

Лабораторные данные: повышение уровня СОЭ до 33 мм/ч, эозинофилия 12%; в биохимическом анализе крови — АСТ 49,8 ммоль/л, холестерин 8,1, триглицериды 3,2 ммоль/л; анализ мочи без патологии. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 55 в минуту. При УЗИ органов брюшной полости и почек выявлено: деформация желчного пузыря, диффузные изменения в поджелудочной железе, синусный липоматоз обеих почек.

Учитывая особенности клинических проявлений БК, проведен дифференциальный диагноз с некоторыми фолликулярными кератозами, имеющими сходные симптомы с этим дерматозом [1–3, 8]. От бородавчатой формы красного плоского лишая БК отличается цветом папул, конической формой, характером разрешения морфологических элементов, отсутствием высыпаний на слизистых оболочках и типичных полигональных не сливающихся узелков. Для болезни Дарье характерна другая локализация — себорейные участки и складки кожи, тыл кистей. Образование эрозий и вегетаций на очагах поражения, наличие изменений на слизистых оболочка

Рис. 2. Пациент Х. 23 лет. Клиническая картина при поступлении (кожные изменения на верхней конечности)

полости рта, дистрофия ногтей (точечные углубления), повышенная склонность к бактериальным и вирусным инфекциям. Порокератоз Мибелли–Респиги начинается в детском возрасте. Эффлоресценции располагаются преимущественно на коже конечностей, в патологический процесс могут вовлекаться слизистые оболочки глаз, гениталий, ротовой полости. Иногда наблюдается помутнение роговицы. При стойком лентикулярном кератозе Флегеля высыпания имеются на стопах, голенях и коже ушных раковин. На поверхности узелков пластинчатое шелушение. Течение заболевания продолжается всю жизнь. Кроме описанных клинико-диагностических

Рис. 3. Пациент Х. 23 лет. Кожные проявления на груди после лечения

Рис. 4. Пациент Х. 23 лет. Кожные проявления на верхней конечности после лечения

симптомов, эти дерматозы отличаются от БК и между собой особенностями гистологической картины.

На основании данных анамнеза, клинической картины и результатов обследования выставлен диагноз: «Фолликулярный и парафолликулярный гиперкератоз, проникающий в кожу (болезнь Кирле)».

За время пребывания в стационаре пациент получал терапию ароматическими ретиноидами, гипосенсибилизирующими средствами, гепатопротекторами, дезинтоксикационными препаратами. Наружно принимал топические глюкокортикостероиды и эмоленты. В результате проводимой терапии отмечалась положительная динамика: свежих высыпаний не было, часть папул разрешилась, оставив атрофические пигментированные и депигментированные рубчики (рис. 3, 4).

Пациент выписан с рекомендацией продолжить прием ароматических ретиноидов, наружную противовоспалительную терапию под наблюдением дерматолога по месту жительства. В связи с сопутствующей патологией необходимо амбулаторное наблюдение терапевта, гастроэнтеролога и уролога.

В заключение следует отметить, что болезнь Кирле представляет интерес как редко встречающийся дерматоз неясной этиологии со сложной дифференциальной диагностикой.

Конфликт интересов не заявляется.

References (литература)

1. Karpov VV. Kyrle disease (Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis in cutem penetrans: case report. Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology 2011; 9 (5): 25–8. Russian (Карпов В.В. Болезнь Кирле (кератоз фолликулярный и парафолликулярный, проникающий): клинический случай. Клиническая дерматология и венерология 2011; 9 (5): 25–8).

2. Berenbeyn BA, Studnitsin AA, eds. Differential diagnosis of skin diseases. Moscow: Meditsina, 1989; p. 156–9. Russian (Дифференциальная диагностика кожных болезней/под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина. М.: Медицина, 1989; с. 156–9).

3. Prokhorenkov VI, Karacheva YuV, Guzey NM, Guzey TN. Kyrle disease. Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology 2013; 11 (3): 48–50. Russian (Прохоренков В.И., Карачева Ю.В., Гузей Н.М., Гузей Т.Н. Болезнь Кирле. Клиническая дерматология и венерология 2013; 11 (3): 48–50).

4. Tsvetkova GM, Mordovtsev VN. Pathomorphological diagnosis of skin diseases. Moscow: Meditsina, 1986; p. 65–6. Russian (Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. М.: Медицина, 1986; с. 65–6).

5. Fitzpatrick T, Johnson R, Wolff K, et al. Dermatology: Color atlas. Moscow: Praktika, 1999; p. 118–9. Russian (Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К. и др. Дерматология: атлас-справочник. М.: Практика, 1999; с. 118–9).

6. Ivanov OL, ed. Skin and Venereal Diseases: Handbook. Moscow: Meditsina, 2007; p. 117–8. Russian (Кожные и венерические болезни: справочник/под ред. О.Л. Иванова. М.: Медицина, 2007; с. 117–8).

7. Skripkin YuK, Butov YuS, eds. Clinical dermatovenereology: 2 vol. Moscow: GEOTAR-Media, 2009; vol. 2, p. 749–50. (Клиническая дерматовенерология: в 2т./под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; т. 2, с. 749–50).

8. Reken M, Schaller M, Sattler E, Burgdorf V. Atlas of Dermatology. Moscow, 2014; 222 p. Russian (Рекен М., Шаллер М., Заттлер Э., Бургдорф В. Атлас по дерматологии. М., 2014; 222 с.).

УДК 616.5–006.38–08 Клинический случай

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РУБЦУЮЩЕГОСЯ ПЕМФИГОИДА

А.В. Моррисон *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук;* ***А.А. Моисеев*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***М.В. Яндутова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***Ю.М. Моисеева*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, клиника кожных и венерических болезней, заведующая клинико-диагностической лабораторией.*

CLINICAL CASE OF CICATRICIAL PEMPHIGOID

A.V. Morrison *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Associate Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD;* ***A.A. Moiseev*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***M.V. Yandutova*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***Yu.M. Moiseeva*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Clinic of Skin and Venereal Diseases, Head of Clinical and Diagnostic Laboratory.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Моррисон А.В., Моисеев А.А., Яндутова М.В., Моисеева Ю.М. **Клинический случай рубцующегося пемфигоида. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 856–858.**

Рубцующийся пемфигоид — хронический буллезный дерматоз аутоиммунной природы, поражающий преимущественно слизистые оболочки ротовой полости и конъюнктивы. Относится к редким дерматозам и в основном наблюдается у лиц женского пола старше 60 лет. Приведен разбор клинического случая рубцующегося пемфигоида у женщины.

Ключевые слова: доброкачественный пемфигоид, пемфигоид слизистых оболочек, хронический слизисто-кожный дерматит Kogoi, рубцующийся пемфигоид.

Morrison AV, Moiseev AA, Yandutova MV, Moiseeva YuM. **Clinical case of cicatricial pemphigoid. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 856–858.**

Cicatricial pemphigoid is a chronic bullous dermatosis of an autoimmune nature, affecting mainly the mucous membranes of the oral cavity and conjunctiva. It refers to rare dermatoses and is mainly observed in women over 60 years old. The analysis of a clinical case of cicatricial pemphigoid in a woman is presented.

Key words: benign pemphigoid, mucous membrane pemphigoid, Kogoi chronic mucocutaneous dermatitis, cicatricial pemphigoid.

Введение. Рубцующийся пемфигоид (син.: доброкачественный пемфигоид слизистых оболочек, хронический пемфигоидный слизисто-кожный дерматит Kogoi, слизисто-синехиальный атрофирующий буллезный дерматит Lortat — Jacob) — хронический буллезный дерматоз аутоиммунной природы, поражающий преимущественно слизистые оболочки ротовой полости и конъюнктивы. В то же время в процесс могут быть вовлечены слизистые оболочки гортани, трахеи, пищевода, носа и гениталий [1–3]. Кожный покров вовлекается в процесс лишь в четверти случаев [4]. Относясь к редким дерматозам, в основном наблюдается у лиц женского пола старше 60 лет [1, 3].

Патогенетически рубцующийся пемфигоид (РП) характеризуется линейным отложением IgG, IgA и/или С3-компонентов комплемента в зоне базальной мембраны, которые индуцируют повреждение межклеточных соединений эпителия слизистых и/или кожи [5, 6]. Многие эпителиальные компоненты базальной мембраны были идентифицированы как потенциальные мишени при РП. Основными из них являются: BP180, BP230, коллаген XVII и VII типов, ламинин-5, ламинин-6. Для больных с исключительным поражением конъюнктивы характерно обнаружение главным образом антител к β4-интегрину, при оральной форме РП — к α6-интегрину [7].

Первые клинические проявления РП конъюнктивы соответствуют симптомам одно- или двустороннего неспецифического конъюнктивита, больных беспокоит слезотечение, светобоязнь. Образование при этом субэпителиальных пузырей с серозным содержимым, эрозий и фиброзных изменений слизистой в начальном периоде заболевания часто не так просто зафиксировать. В результате повторных высыпаний рубцовые изменения приводят к сморщиванию конъюнктивы, появлению рубцовых сращений между бульбарной конъюнктивой и слизистой век, развиваются трихиаз и заворот век, сужение глазной щели и ограничение подвижности глазного яблока. Прогрессирование фиброза приводит к гибели бокаловидных клеток и, как следствие, к уменьшению слезоотделения. К наиболее тяжелым последствиям РП глаз относят прободение роговицы и слепоту [1, 8, 9].

При поражении слизистой оболочки ротовой полости на видимо неизмененном или гиперемированном фоне появляются пузыри с напряженной покрышкой, заполненные серозным или геморрагическим содержимым. После вскрытия пузырей формируются малоболезненные, не склонные к периферическому росту эрозивные дефекты, которые быстро эпителизируются, изредка оставляя после себя поверхностные рубцы. Локализация высыпаний разнообразна: мягкое нёбо, миндалины, слизистая оболочка щек и десны (десквамативный гингивит) [4, 10]. Более редкими локализациями патологического процесса при РП являются слизистые оболочки дыхательных путей, пищеварительного тракта, мочевыводящих путей и гениталий. Рубцевание в этих органах приводит к атрофическому риниту со сращениями между перегородкой носа и раковинами, стриктурам гортани, пищевода, кишечника, ануса, уретры. Возможно развитие фимоза у мужчин и сращения малых половых губ у женщин [1–2, 11].

Диагностика РП основана на выявлении клинических признаков заболевания, данных цитологического исследования, гистологии и реакции иммунофлюоресценции (РИФ). Симптом Никольского отрицательный. В мазках-отпечатках со дна эрозий клетки Тцанка не обнаруживаются. Патоморфоло-

Ответственный автор — Моисеев Александр Александрович
Тел.: +7 (960) 3547132
E-mail: S00102008@yandex.ru

гически определяется субэпидермальный пузырь и лейкоцитарный инфильтрат в дерме. Линейное отложение антител класса IgG, IgA и C3-компонента комплемента в зоне базальной мембраны может быть обнаружено методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) в образцах пораженной слизистой оболочки или кожи. Реакция непрямой иммунофлюоресценции (НИФ) позволяет выявить циркулирующие в крови антитела к компонентам базальной мембраны, причем более чувствителен данный метод при расщеплении исследуемого биоптата 1М раствором натрия хлорида, что дает возможность дифференцировать антигены в зависимости от расположения на базальной мембране на эпидермальные и дермальные [12].

Терапевтическая стратегия, согласно рекомендациям Первого международного консенсуса по пемфигоиду слизистых оболочек, состоит в разделении пациентов на две клинические категории: «пациенты низкого риска» (больные с поражением только полости рта или полости рта и кожи) и «пациенты высокого риска» — имеющие поражение хотя бы одной из следующих областей: слизистая оболочка глаз, носоглотки, пищевода, гортани, гениталий.

Лечение первой группы пациентов начинают с дапсона в суточной дозировке 50–200 мг или с низкой дозы системных глюкокортикостероидов (СГКС): преднизолон 0,5 мг/кг в сутки. Если положительный эффект от проводимой терапии не достигнут, то к схемам лечения могут быть добавлены иммуносупрессивные препараты, такие как азатиоприн 100–150 мг в сутки или микофенолат мофетил 1 г в сутки.

Более агрессивным является стартовый план лечения «пациентов высокого риска». Он предполагает назначение более высоких доз СГКС (преднизолон из расчета 1–1,5 мг/кг в сутки) вместе с циклофосфамидом 1–2 мг/кг в сутки или азатиоприном 1–2 мг/кг в сутки. Для пациентов с быстрым прогрессированием заболевания предпочтительной является комбинация СГКС с циклофосфамидом, поскольку он обладает быстрым терапевтическим эффектом. В качестве альтернативы может быть использована монотерапия дапсоном в дозе 50–200 мг в сутки. Есть данные об эффективности микофенолата мофетила (35–45 мг/кг в сутки), метотрексата (12,5–22,5 мг в неделю), циклоспорина (100–250 мг в сутки), блокаторов ФНОα (ритуксимаб 375 мг/м^2 1 раз в 4 недели) [13].

Собственное клиническое наблюдение. Больная Ф 56 лет обратилась на консультацию в клинику кожных и венерических болезней СГМУ с жалобами на наличие высыпаний на веках и конъюнктиве, отек и покраснение в области высыпаний, сухость, чувство инородного тела в глазах, светобоязнь, снижение остроты зрения. Кроме того, на слизистой оболочке ротовой полости пациентка отмечает высыпания, сопровождающиеся болезненными ощущениями, усиливающимися при приеме пищи.

В ходе сбора анамнеза выяснено, что около года назад, без видимой на то причины, пациентка отметила появление двустороннего покраснения и отека век и конъюнктивы, светобоязни и слезотечения. Консультирована офтальмологом по месту жительства. С диагнозом «острый неуточненный блефароконъюнктивит» получала амбулаторное лечение препаратами интерферона (капли офтальмоферон) по 2 капли 3 раза в сутки в конъюнктивальный мешок в течение двух недель — без эффекта, с последующей отменой лекарственного средства и назначением топических ГКС в комбинации с антибактериальными препаратами (капли софрадекс) по 2 капли 4 раза в сутки в течение 10 дней — с временным улучшением. Патологический процесс принял рецидивирующий характер, при обострении которого пациентка самостоятельно использовала капли софрадекс с целью купирования островоспалительных явлений. В последнее время беспокоит сухость, ощущение «песка» в глазах и снижение остроты зрения.

Около трех месяцев назад впервые на слизистой оболочке внутренней поверхности левой щеки появились болезненные эрозии ярко-красного цвета. После безуспешной самостоятельной терапии (полоскания отваром ромашки) пациентка обратилась к стоматологу по месту жительства. По поводу герпетического афтозного стоматита получала системную противовирусную терапию препаратом ацикловир по 200 мг 5 раз в сутки и наружную обработку очагов раствором метиленового синего 3 раза в сутки в течение 10 дней. При повторном осмотре, учитывая отсутствие положительной динамики, консультирована дерматологом, которым был назначен системный противовирусный препарат валацикловир по 500 мг 3 раза в сутки 7 дней и местное орошение ротовой полости раствором мирамистина. Однако на фоне проводимой терапии положительной динамики не отмечалось: высыпания распространились на слизистую оболочку правой щеки и мягкого неба. С целью уточнения диагноза пациентка направлена на консультацию в клинику кожных и венерических болезней СГМУ.

Аллергологический анамнез: не отягощен. Наличие наследственных заболеваний: отрицает. Вредных привычек нет. Из сопутствующей патологии: артериальная гипертензия I стадии, риска 2 (период спонтанной нормотензии), хронический гастродуоденит, стадия ремиссии.

Клиническая картина на момент обращения: патологический процесс носит островоспалительный характер и локализован на конъюнктиве (преимущественно правого глаза) и слизистой оболочке полости рта (рис. 1, 2). Конъюнктива гиперемирована, отмечается инъекция сосудов, глазная щель сужена за счет выраженного отека век. При осмотре нижнего свода конъюнктивального мешка отмечается его укорочение и частичный симблефарон, отсутствие роста ресниц в области рубцовых изменений. На фоне

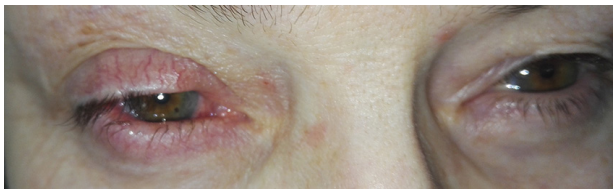


Рис. 1. Поражения в области глаз до лечения

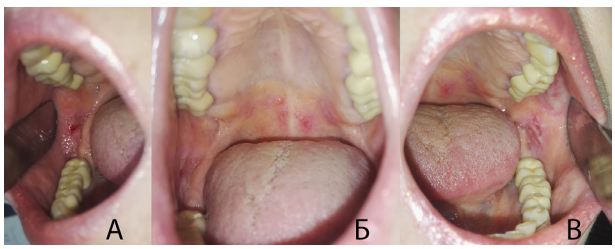


Рис. 2. Поражения слизистой полости рта до лечения:
А — правая щека; Б — задняя стенка глотки;
В — мягкое нёбо

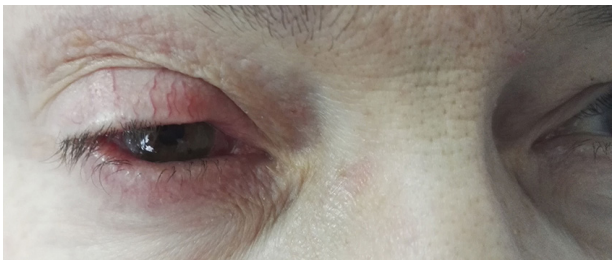


Рис. 3. Поражения глаз на 7-е сутки терапии

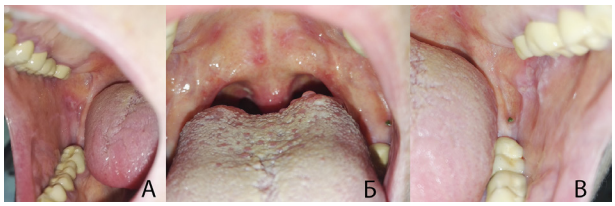


Рис. 4. Поражения слизистой полости рта на фоне лечения:
А — правая щека; Б — задняя стенка глотки;
В — мягкое нёбо

неизмененной слизистой оболочки внутренней поверхности щек и мягкого нёба имеются множественные эрозивные дефекты, неправильной формы, ярко-розового цвета, от 2 до 4 мм в диаметре. Симптом Никольского отрицательный.

При исследовании мазков-отпечатков со дна эрозий клетки Тцанка не обнаружены.

Принимая во внимание хроническое прогрессирующее течение заболевания, отсутствие успеха от противовирусной терапии и нестойкий эффект от наружных комбинированных ГКС, клинические проявления дерматоза и данные лабораторного обследования, пациентке выставили диагноз: «рубцующийся пемфигоид». В качестве местного лечения назначены топические ГКС: капли глазные дексаметазон 0,1% в правый глаз по 1 капле 4 раза в сутки, в левый — по 1 капле 2 раза в сутки, аппликации гидрокортизоновой мази 1% на очаги слизистой оболочки полости рта 2–3 раза в сутки. С учетом сопутствующей гипертензии в качестве системной терапии назначен дапсон в дозе 200 мг/сут.

Клиническая картина на 7-й день терапии: отек век и гиперемия конъюнктивы менее выражены, сохраняется инъекция сосудов. Отмечается эпителизация эрозивных дефектов на слизистой оболочке ротовой полости, единичные нежные рубчики (рис. 3, 4).

Заключение. Таким образом, данное клиническое наблюдение представляет интерес для практикующих врачей-дерматологов, окулистов, стоматологов, поскольку в силу редкой распространенности РП затруднена своевременная диагностика заболевания, позволяющая предупредить развитие серьезных последствий рубцевания, способных приводить к инвалидизации пациентов.

Конфликт интересов отсутствует.

References (Литература)

1. Rodionov AN, Zaslavskiy DV, Sydikov AA. Clinical Dermatology: An illustrated guide for doctors. 2th ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2019; 712 p. Russian (Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдиков А.А. Клиническая дерматология: иллюстр. рук-во для врачей. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 712 с.).

2. Mashkilleyson LN. Private Dermatology. Moscow: Meditsina, 1965; p. 343–6. Russian (Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматология. М.: Медицина, 1965; с. 343–6).

3. Adaskevich VP, Kozin VM. Skin and Venereal Diseases: Tutorial. Moscow: Meditsinskaya Literatura, 2006; p. 338–41. Russian (Адаскевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни: учеб. рук-во. М.: Мед. лит-ра, 2006; с. 338–41).

4. Ivanov OL. Skin and Venereal Disease: Directory. Moscow: Meditsina, 2007. Russian (Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни: Справочник. М.: Медицина, 2007).

5. Rashid KA, Gurcan HM, Ahmed AR, et al. Antigen specificity in subsets of mucous membrane pemphigoid. J Invest Dermatol 2006; 126: 2631–6.

6. Zakka LR, Reche P, Ahmed AR. Role of MHC Class II genes in the pathogenesis of pemphigoid. Autoimmun Rev 2011; 11 (1): 40–7.

7. Chan LS. Ocular and oral mucous membrane pemphigoid (cicatricial pemphigoid). Clin Dermatol 2012; 30 (1): 34–7.

8. Babushkin AE, Kudoyarova KI, Israfilova GZ. A case of cicatricial conjunctival pemphigoid. Russian Ophthalmological Journal 2016; 9 (3): 81–4. Russian (Бабушкин А.Э., Кудоярова К.И., Исрафилова Г.З. Случай рубцующего пемфигоида конъюнктивы. Российский офтальмологический журнал 2016; 9 (3): 81–4.

9. Ahmed M, Zein G, Khawaja F, Foster CS. Ocular cicatricial pemphigoid: pathogenesis, diagnosis and treatment. Prog Retin Eye Res 2004; 23: 579–92.

10. Paltsev MA, Potekaev NN, Kazantseva IA, et al. Clinical and morphological diagnostics of skin diseases: Atlas. Moscow: Meditsina, 2004. Russian (Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А. и др. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи: Атлас. М.: Медицина, 2004).

11. Sawicka K, Baraniak J, Michalska-Jakubus M, et al. Mucous membrane pemphigoid as a cause of acute dysphagia — an endoscopic study. Prz Gastroenterol 2015; 10 (4): 247–9.

12. Kamaguchi M, Iwata H. The Diagnosis and Blistering Mechanisms of Mucous Membrane Pemphigoid. Front Immunol 2019; 10: 34.

13. Chan LS, Ahmed AR, Anhalt GJ, et al. The First International Consensus on Mucous Membrane Pemphigoid Definition: Diagnostic Criteria, Pathogenic Factors, Medical Treatment, and Prognostic Indicators. Arch Dermatol 2002;138 (3): 370–9.

УДК 616.516–053 Клинический случай

ФЕНОМЕН ИЗОМОРФНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

А.В. Моррисон *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук;* ***А.Ю. Епифанова —*** *ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***С.Д. Иванов*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, студент;* ***Э.А. Кауц*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, студент.*

PHENOMENON OF ISOMORPHIC REACTION IN A PATIENT SUFFERING FROM LICHEN RUBER PLANUS (A CLINICAL CASE)

A.V. Morrison *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD;* ***A.Yu. Epifanova —*** *Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***S.D. Ivanov*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Student;* ***E.A. Kauts —*** *Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Student.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Моррисон А.В., Епифанова А.Ю., Иванов С.Д., Кауц Э.А. **Феномен изоморфной реакции у пациента, страдающего красным плоским лишаем (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 859–861.**

Представлен клинический случай формирования феномена изоморфной реакции Кебнера –Крейбиха у пациента детского возраста с красным плоским лишаем после проведенной криодеструкции.

Ключевые слова: красный плоский лишай, феномен изоморфной реакции Кебнера — Крейбиха.

Morrison AV, Epifanova AYu, Ivanov SD, Kauts EA. **Phenomenon of isomorphic reaction in a patient suffering from lichen ruber planus (a clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 859–861.**

A clinical case of the formation of the phenomenon of isomorphic Kebner–Kreibich reaction in a pediatric patient with lichen ruber planus after cryodestruction is presented.

Key words: lichen ruber planus, the phenomenon of isomorphic Kebner–Kreibich reaction.

Введение. Красный плоский лишай (КПЛ, lichen ruber planus) относится к мультифактериальным хроническим иммуноопосредованным воспалительным заболеванием и поражает не только кожный покров и слизистые оболочки, но и волосы и ногтевые пластинки.

В настоящий момент трудно говорить о точной распространенности дерматоза, однако некоторые авторы заявляют, что в структуре популяции с дерматологической патологией частота заболеваемости составляет от 1 до 2,5% на коже и доходит до 50–70% при поражении слизистых оболочек разной локализации [1]. Первые проявления КПЛ могут отмечаться во всех возрастных группах обоего пола, однако большее количество случаев приходится на пациентов от 30 до 60 лет. По отдельным оценкам, не менее 10% опасных случаев КПЛ впервые встречаются у детей от 7 до 12 лет [2, 3].

Красный плоский лишай отличается от многих других дерматозов повышенной частотой сочетания со многими соматическими болезнями (язва желудка, билиарный цирроз печени, сахарный диабет и др.). Описаны случаи лихеноидного поражения пищевода, желудка, кишечника, мочевого пузыря и эндометрия, что в совокупности позволяет говорить о полисистемности характера патологического процесса в организме человека. Имеются данные, свидетельствующие об идентичности неспецифического язвенного колита и эрозивно-язвенной формы КПЛ. Сочетание дерматоза с пернициозной анемией указывает на общность механизма развития дистрофии кератиноцитов и обкладочных клеток слизистой оболочки желудка [4].

В настоящее время КПЛ рассматривается как аутоиммунное заболевание, при котором экспрессия неидентифицированного до настоящего времени антигена кератиноцитами базального слоя приводит к активации и миграции в кожу Т-лимфоцитов с формированием иммунного ответа и воспалительной реакции. Фактором риска развития лишая являются заболевания печени, хотя его специфическими маркерами они, скорее всего, быть не могут [5, 6].

Очень часто поражение ротовой полости при КПЛ сочетается с хроническим гепатитом С. Неоднократно поднимался вопрос о роли инфекционных и вирусных агентов в его возникновении. В литературе нередко можно найти сообщения об ассоциации КПЛ с простым герпесом 2-го типа, ВПЧ, амебиазом, хроническими воспалительными заболеваниями мочевого пузыря. Все перечисленные факторы могут быть рассмотрены как провоцирующие и служить предикторами проявления дерматоза [7].

Разнообразие клинических форм КПЛ (типичная, кольцевидная, бородавчатая, пемфигоидная или буллезная, атрофическая, эрозивно-язвенная, фолликулярная), а также локализация высыпаний могут стать причиной диагностической ошибки, которая при нерационально назначенной терапии приводит к диссеминации высыпаний. В основе этого проявления лежит феномен изоморфной реакции Кебнера — Крейбиха (ФКК). Феномен впервые был описан как необычная реакция кожи на раздражение у пациента с чешуйчатым лишаем и получил название изоморфной реакции [8, 9]. При КПЛ он носит название феномена Кебнера–Крейбиха по аналогии с аналогичным феноменом Кебнера при псориазе. Впервые описанный немецким ученым Генрихом Кебнером в 1876 г. как появление новых элементов псориаза на видимо неизмененной коже в местах травматизации в стадию прогресса, позже был определен австрийским дерматологом Карлом Крейбихом (1869-1932). До сих пор патогенез этого уникального феномена продолжает изучаться. Современные представления позволяют в настоящее время выделить два процесса формирования ФКК. Неспецифический процесс (первый) определяется включением

Ответственный автор — Моррисон Анна Витальевна
Тел.: +7 (908) 5527094
E-mail: morrison-av@rambler.ru

механизма врожденного иммунитета с последующим развитием воспалительного процесса, повышением продукции стрессовых белков, цитокинов, а также молекул адгезии. Второй (специфический) процесс связан с механизмами нарушения приобретенного иммунитета на фоне генетической предрасположенности.

В 1990 г. A.S. Boyd и K.H. Neldner после многолетнего изучения причин возникновения ФКК предложили его классификацию из четырех групп возникновения:

1. *Истинный ФКК* присущ псориазу, КПЛ и витилиго. При нем феномен возникает у всех больных на любые раздражения и повреждения кожи и слизистых оболочек вне зависимости от других внешних факторов и аллергической реакции.
2. *Псевдо-ФКК* связан с проникновением инфекционного (вирусного) агента в кожу, например при контагиозном моллюске или вульгарных бородавках, а также при гангренозной пиодермии, при которой происходит расплавление тканей без признаков пролиферации.
3. *Случайный ФКК* может встречаться при таких заболеваниях, как МЭЭ, болезнь Бехчета, болезнь Дарье, и некоторых других.
4. *Сомнительный ФКК* может быть определен при любом повреждении кожи, но отношение к травме в данном случае сомнительно. В эту группу можно включить такие заболевания, как дискоидная и системная красная волчанка, вульгарная пузырчатка, мастоцитоз и др.

Для КПЛ характерен 1-й тип (истинный) ФКК по классификации Boyd и Neldner (1990): развитие кожной реакции не связано ни с инфекционным, ни с аллергическим агентом [10].

Постановка диагноза в большинстве случаев основывается на типичных клинических проявлениях (зудящие, группирующиеся, плоские, полигональные, красно-фиолетовые папулы с пупкообразным вдавлением в центре и сеточкой Уикхема на поверхности) с вовлечением слизистых оболочек и ногтевых пластинок. При затрудненной диагностике возможно проведение диагностической биопсии, однако необходимо учитывать большую вероятность возникновения ФКК.

В качестве примера приводим клинический случай формирования распространенной формы КПЛ после ошибки в диагностике и неправильно назначенного лечения.

Описание клинического случая. Пациент П. девяти лет поступил в клинику кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «СГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ в апреле 2019 г. с жалобами на появление зудящих высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностях. Считает себя больным в течение семи месяцев, когда на околоногтевых валиках кистей заметил появление возвышающихся образований красноватого цвета с неровной шероховатой поверхностью. Высыпания возникли на коже после травматизации. Ребенок был консультирован в одной из клиник врачами дерматологом, косметологом. После осмотра выставлен диагноз «Вульгарные бородавки» и проведена криодеструкция элементов. Однако после отторжения корочек с поверхности обработанного жидким азотом очага количество элементов не только не уменьшилось, но аналогичные высыпания стали появляться на других участках кожи кистей. Через 18 дней после первой процедуры криодеструкции проведена повторная, которая

Рис. 1. Поражение верхних конечностей

также не дала желаемого эффекта. Одновременно мама заметила появление мелких зудящих красно-фиолетовых высыпаний на коже ребенка, которые локализовались на коже верхних и нижних конечностей, а также туловища. Для постановки диагноза обратилась в клинику кожных и венерических болезней СГМУ.

Из анамнеза известно, что ребенок от 3-й беременности, 2-х срочных родов, родился в срок, весом 3 кг 400 г. До одного года на естественном вскармливании. Развитие соответствует возрастным показателям. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, острая внебольничная пневмония (2017), ветряная оспа (2015). Аллергоанемнез не отягощен.

Профилактические прививки делались по календарю.

При осмотре: характер поражения кожи диссеминированный, занимает до 30% кожного покрова. Локализация: на коже предплечий (больше на сгибательной поверхности) и кистях (околоногтевые валики), туловище, слизистых оболочках полости рта (рис. 1–4).

На коже поражения представлены полигональными красно-фиолетовыми папулами милиарных и лентикулярных размеров с восковидным блеском, неравномерной исчерченностью на поверхности и склонными к сопоставлению. На слизистых оболочках полости рта, преимущественно щечной области,

Рис. 2. Поражение области локтевого сустава

Рис. 3. Поражение околоногтевого валика

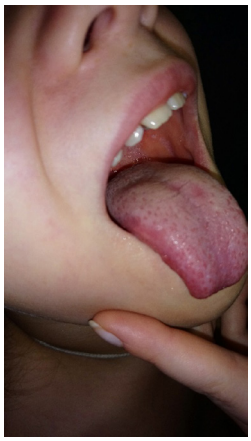


Рис. 4. Поражение слизистой оболочки полости рта

Рис. 5. Пациент на 14-й день после получения назначенной терапии

Рис. 6. Состояние кистей рук и околоногтевых валиков спустя 14 дней после получения назначенной терапии

аналогичные папулы белесовато-серого цвета расположены по типу «листка папоротника». Ногтевые пластинки истончены, имеются продольные борозды. Субъективно беспокоит умеренный интенсивности зуд.

На основании жалоб, анамнеза и клинической картины выставлен диагноз: «Лишай красный плоский (L43.9)». Рекомендованы внутрь антигистаминные препараты, топические ГКС на пораженные участки кожи, фототерапия (УФА-1-терапия на аппарате Waldmann-7001K (Herber Waldmann GmbH&Co. KG, Германия)).

На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика со стороны кожного покрова: отсутствие появления свежих папул, элементы значительно уплостились, зуд не беспокоил (рис. 5, 6). На 14-й день пациент выписан из стационара с разрешением кожного процесса.

Заключение. Таким образом, приведенный клинический случай наглядно демонстрирует развитие феномена Кебнера–Крейбиха у пациента с ранее неверно выставленным диагнозом, на фоне раздражающей терапии.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Kubanova AA, ed. Dermatovenereology: Clinical recommendations. Moscow: DEKS-Press, 2010; 428 p. Russian (Дерматовенерология: клинические рекомендации/под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2010; 428 с.).
2. Dovzhanskiy SI, Slesarenko NA, Utz SR. Lichen ruber planus. Saratov: SGMU, 2013; 247 p. Russian (Довжанский С.И., Слесаренко Н.А., Утц С.Р. Красный плоский лишай. Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2013; 247 с.).
3. Rebora A. (Katsambas AD, Lotti TM, eds.) Lichen planus: European guidelines for the treatment of dermatological diseases. Moscow: MEDpress-inform, 2008; p. 371–4. Russian (Rebora A. Плоский лишай: Европейское руководство по лечению дерматологических болезней/под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти. М.: МЕДпресс-информ, 2008; с. 371–4).
4. Dovzhanskiy SI, Slesarenko NA. Clinic, immunopathogenesis and therapy of lichen planus. Russian Medical Journal 1998; (6): 348–50. (Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Клиника, иммунопатогенез и терапия плоского лишая. Русский медицинский журнал 1998; (6): 348–50).
5. Jacques CMC, Pereira ALC, Cabral MG, et al. Oral lichen planus. Part I: Epidemiology, clinics, etiology, immunopathogeny, and diagnosis. Skinmed 2003; 2 (6): 342–9.
6. Ivanova EV, Tupitsyn NN, Rabinovich IM, Rabinovich OF. The lymphocyte subpopulations of oral mucous capsule affected with lichen planus. Immunology 2007; (28): 31–4. Russian (Иванова Е.В., Тупицын Н.Н., Рабинович И.М., Рабинович О.Ф. Субпопуляции лимфоцитов слизистой оболочки рта, пораженной плоским лишаем. Иммунология 2007; (28): 31–4).
7. Slesarenko NA, Utz SR, Artemina EM, et al. Comorbidity in patients with lichen ruber planus. Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology 2014; (5): 4–9. Russian (Слесаренко Н.А., Утц С.Р., Артемина Е.М. и др. Коморбидность при красном плоском лишае. Клиническая дерматология и венерология 2014; (5): 4–9).
8. Shamov BA. The Koebner phenomenon. In: Modern Dermatovenereology: Problems and Solutions. Kazan, 2015; p. 210–21. Russian (Шамов Б.А. Феномен Кебнера. В кн.: Современная дерматовенерология: проблемы и решения. Казань, 2015; с. 210–21).
9. Adaskevich VP. The specific clinical symptoms and phenomena in dermatology. Dermatology 2014; 1: 52–8. Russian (Адаскевич В.П. Специфические клинические симптомы и феномены в дерматологии. Дерматология 2014; 1: 52–8).
10. Boyd AS, Neldner KH. The isomorphic response of Koebner. Int J Dermatol 1990; 29: 401–10).

УДК 616.594.15 Клинический случай

ПСЕВДОПЕЛАДА БРОКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

А.Л. Бакулев *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***С.С. Кравченя*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук;* ***Е.Е. Тальникова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***Е.М. Галкина*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***М.В. Яндутова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии.*

PSEUDOPELADE OF BROCQ (A CLINICAL CASE)

A.L. Bakulev *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc;* ***S.S. Kravchenya*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD;* ***E.E. Talnikova*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***E.M. Galkina*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***M.V. Yandutova*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Тальникова Е.Е., Галкина Е.М., Яндутова М.В. **Псевдопелада Брока (клинический случай). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 862–866.**

Освещены основные аспекты классификации и клинических проявлений рубцовых алопеций с акцентом на редкую клиническую форму — псевдопеладу Брока. Представлен клинический случай этого редкого заболевания, изложенного с точки зрения дифференциальной диагностики в группе рубцовых алопеций.

Ключевые слова: рубцовые алопеции, псевдопелада Брока, трихоскопия.

Bakulev AL, Kravchenja SS, Talnikova EE, Galkina EM, Yandutova MV. **Pseudopelade of Brocq (a clinical case). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 862–866.**

The main aspects of the classification and clinical manifestations of cicatricial alopecia are highlighted with an emphasis on a rare clinical form — pseudopelade of Brocq. A clinical case of this rare disease presented from the point of view of differential diagnosis in the group of cicatricial alopecia is presented.

Key words: cicatricial alopecia, pseudopelade of Brocq, trichoscopy.

Введение. Рубцовые алопеции (РА) — патологические состояния, приводящие к полному разрушению волосяных фолликулов в результате замещения их фиброзными структурами. Клиническим исходом данного процесса является исчезновение пилосебацейного юнита.

Рубцовые алопеции подразделяются на первичные (ПРА) и вторичные (ВРА). Первичные РА включают в себя различные воспалительные заболевания с характерными клиническими и гистопатологическими особенностями, которые в первую очередь влияют на сально-волосяной фолликул. К заболеваниям, классифицируемым как ПРА, относятся также неопластические процессы и травмы, поражающие дерму и вызывающие вторичную фолликулярную деструкцию [1, 2].

По версии Североамериканского общества исследования волос (NAHRS), ПРА классифицируются на три группы в зависимости от преобладания различных вариантов воспалительных клеток, инфильтрирующих волосяной фолликул: на лимфоцитарный, нейтрофильный или смешанный подтипы [3, 4].

Для проведения дифференциальной диагностики РА в настоящее время активно используют трихоскопию, которая позволяет осуществлять динамическое наблюдение за состоянием волосяных фолликулов и кожи волосистой части головы. Кроме того, для подтверждения окончательного диагноза и оценки активности патологического процесса применяют гистологическое исследование, при проведении которого важную роль играет место, выбранное для гистологического среза [4]. Трихоскопия в данном случае является вспомогательным инструментом для определения наилучшей точки проведения биопсии кожи, так как при ПРА наиболее репрезентативной областью является край рубцовой зоны, где фолликулярные отверстия еще присутствуют и воспалительные признаки менее выражены [5–7]. Дерматоскопически направленная биопсия кожи волосистой части головы актуальна не только для верификации диагноза, но и для прогнозирования течения патологического процесса и оценки влияния проводимого лечения на состояние сохранившихся волосяных фолликулов [8–11].

Первичные лимфоцитарные рубцовые алопеции. Эта группа заболеваний обычно характеризуется медленным началом и скудной клинической симптоматикой. Пациент обращается за трихологической консультацией, лишь когда очаг алопеции четко визуализируется, однако активного выпадения волос на видимо благополучных участках волосистой части головы не наблюдается. При первичной лимфоцитарной рубцовой алопеции (ПЛРУ) пораженный фолликул находится в фазе анагена, несмотря на активное лимфоцитарное воздействие. Разрушение волосяных фолликулов происходит по двум основным механизмам. Первый — полное разрушение сальных желез и волосяной луковицы при отсутствии повреждения волосяного матрикса. Такой тип фолликулярного повреждения приводит к появлению волосяных стержней, проникающих глубоко в дерму и окруженных гранулематозным инфильтратом. Этот патогистологический путь наиболее распространен при ПЛРУ. Второй механизм повреждения волосяных фолликулов при ПЛРУ связан с селективным разрушением мультипотентных стволовых клеток CK15 зоны bulge (бугорка), базирующихся в области волосяных сосочков и на наружной оболочке корня волоса в месте прикрепления мышцы, поднимающей волос. Эти стволовые клетки морфологически

Ответственный автор — Тальникова Екатерина Евгеньевна
Тел.: +7 (927) 1391984
E-mail: mina_tlt@mail.ru

не дифференцированы и при нормальных условиях ответственны за непрерывный жизненный цикл волосяных фолликулов. В фазе телогена дермальный сосочек посылает сигналы стволовым клеткам, которые, в свою очередь, активизируются и начинают пролиферировать, стимулируя новую фазу анагена. Соответственно, наличие неповрежденных стволовых клеток обеспечивает нормальный цикл роста волос. Снижение экспрессии CK15 при ПЛРУ формирует воспалительный инфильтрат, разрушающий область волосяного сосочка и вызывающий необратимую фолликулярную дегенерацию с полной атрофией пилосебацейного юнита [12].

Плоский волосяной лишай (Lichen planopilaris). Плоский волосяной лишай (ПВЛ), впервые описанный Принглом в 1985 г., является распространенной формой первичной рубцовой алопеции. ПВЛ встречается у женщин среднего возраста, этиология данного заболевания недостаточно изучена. Клинически ПВЛ характеризуется появлением участков атрофии, преобладающих в теменной области. При этом РА сочетается с фолликулярным гиперкератозом и перифолликулярной эритемой, выраженной непосредственно по периферии очагов. В прогрессирующую стадию заболевания пациентов беспокоят зуд и жжение. В центральной части участков алопеции визуализируется атрофия эпидермиса и отсутствие устьев волосяных фолликулов. Как правило, ПВЛ ограничивается поражением только кожи волосистой части головы, однако в редких случаях возможно появление очагов выпадения волос на других участках кожного покрова. В 10% случаев в процесс вовлекаются ногтевые пластинки [13].

Трихоскопия. Трихоскопия ПВЛ выявляет отсутствие фолликулярных отверстий в виде белых точек, соответствующих фиброзу. Наиболее часто наблюдаемыми дермоскопическими находками являются перипилярные муфты, представляющие собой перифолликулярные концентрические слои чешуек, которые окружают стержень волоса. Эти признаки наиболее выражены по периферии очагов поражения. Может визуализироваться также перифолликулярная эритема [4–6].

Основным патогистологическим признаком ПВЛ является полосообразный лимфоцитарный инфильтрат, окружающий фолликулярный эпителий преимущественно в инфундибулуме и зоне перешейка. В области эпидермодермального сочленения могут обнаруживаться кератиноциты в стадии некроза. Воспалительные клетки могут также присутствовать в нижней части волосяного фолликула. Сальные железы обычно полностью разрушаются, даже при ранних стадиях поражения. На более поздних стадиях воспаление может быть минимальным, преобладает перифолликулярный фиброз. Разрушенные волосяные фолликулы замещаются соединительнотканными структурами. Фолликулы в фазе катагена и телогена отсутствуют. При выполнении прямой иммунофлюоресценции выявляется отложение IgM вблизи фолликулярного эпителия [13, 14].

Фронтальная фиброзирующая алопеция. Фронтальная фиброзирующая алопеция (ФФА), впервые описанная Коссардом в 1994 г., является вариантом ПЛРУ, при котором основным контингентом пациентов выступают женщины в период постменопаузы (в возрасте 55–65 лет), в редких случаях выявляется у женщин в молодом возрасте, а также у мужчин [15]. Несмотря на рост заболеваемости данной патологией с момента ее описания, этиология и патогенез ФФА до сих пор остаются неизвестными. Некоторые авторы отводят роль в развитии данного заболевания дисбалансу половых гормонов [16].

Наиболее частым клиническим проявлением ФФА являются симметричные очаги выпадения волос в виде «полос» в лобно-височных областях, которые характеризуются менее интенсивной окраской кожи в отличие от окружающих областей, в которых доминируют признаки хронического актинического повреждения. Также обращает на себя внимание отсутствие фолликулярных отверстий. Единичный терминальный волос, окруженный соединительной тканью, является типичным клиническим признаком ФФА («одиночные» волосы) [17]. Как правило, ФФА протекает бессимптомно, однако в 20–30% случаев отмечается зуд и боль в очагах поражения. Несмотря на то что фронтально-височная регрессия волосяного покрова является наиболее частым клиническим проявлением, некоторые исследования подтвердили вовлечение затылочной области волосистой части головы в патологический процесс у 7–14% пациентов. Больше чем в половине случаев лобно-височная алопеция сочетается с поредением бровей, вплоть до полного их отсутствия. Выпадение волос на коже туловища отмечается у 25% пациентов с ФФА, с преимущественным поражением области подмышечных впадин, лобка и конечностей. Видимая стабилизация процесса может произойти как на фоне проводимой терапии, так и спонтанно, однако ФФА имеет тенденцию к прогрессированию патологического процесса, формируя так называемую «клоунскую» алопецию, с захватом значительной площади кожи волосистой части головы. Гистологические особенности ФФА аналогичны тем, которые наблюдаются при ПВЛ, нередко они более выражены. Сальные железы в пораженном участке отсутствуют. Как и при ПВЛ, количество катаген-телогенных волосяных фолликулов снижено.

Трихоскопия. Отсутствие фолликулярных отверстий в лобно-височной области, ассоциированных с неяркой эритемой и перифолликулярным выпадением волос по периферии очагов, является основным дерматоскопическим признаком ФФА [18].

Дискоидная красная волчанка. Дискоидная красная волчанка (ДКВ) представляет собой хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание кожи неясной этиологии, ведущим пусковым механизмом развития которого является воздействие ультрафиолетового облучения. Исходом патологического процесса при локализации очагов ДКВ на коже волосистой части головы является фокальная рубцовая алопеция. Чаще заболевание встречается у лиц женского пола, причем манифестация клинических проявлений приходится на возраст 20–40 лет. Примерно у 5–10% пациентов кожный процесс может трансформироваться в системное поражение и менее чем у 5% в подострую красную волчанку.

Клиническая картина ДКВ волосистой части головы дебютирует с появления четко отграниченной эритематозной, незначительно инфильтрированной бляшки, на поверхности которой локализуются плотно сидящие гиперкератотические чешуйки с неравномерно расположенными фолликулярными роговыми пробками. Попытка насильственного удаления чешуек с поверхности болезненна, чешуйки с трудом отделяются от поверхности. По периферии очагов эритематозный венчик выражен не всегда отчетливо и может отсутствовать. Процесс носит стадийный характер: эритема приобретает характерный

синюшный оттенок, в центральной части очага развивается атрофия, кожа становится гладкой, блестящей, истонченной, происходит деструкция сальноволосяных фолликулов, клинически проявляющаяся формированием очагов алопеции. Нередко пациенты отмечают жжение и болезненность в области высыпаний [19, 20].

Трихоскопия. Трихоскопические признаки длительно протекающей неактивной ДКВ не отличаются от наблюдаемых при других рубцовых алопециях: бесструктурные, молочно-красные или белые участки кожи с отсутствующими отверстиями волосяных фолликулов. Однако обнаружение крупных желтых точек (фолликулярный гиперкератоз) при проведении трихоскопии является специфическим признаком ДКВ. В эритематозную стадию определяются фолликулярные красные точки, что считается благоприятным прогностическим признаком в отношении возобновления роста волос. В случае длительного течения ДКВ на фоне желтых точек появляются древовидно ветвящиеся кровеносные сосуды («красные пауки на желтых точках»), как правило локализующиеся по периферии очага [21, 22].

Синдром Грэхема–Литтла. Синдром Грэхема–Литтла, описанный Пиккарди в 1913 г., представляет собой редкую форму лимфоцитатной рубцовой алопеции волосистой части головы и нерубцовой алопеции в проекции подмышечных впадин и лобка. Для данного синдрома также характерны высыпания в виде фолликулярных папул на туловище и конечностях, дистрофические изменения ногтей. Алопеция волосистой части головы развивается у половины пациентов и обычно предшествует другим признакам заболевания. Чаще всего страдают женщины среднего возраста, хотя известны случаи и у лиц мужского пола и в детском возрасте. В основе дерматоза лежит Т-клеточно-опосредованный иммунологический механизм, позволяющий отнести его к особой форме красного плоского лишая.

Трихоскопия. При обследовании участков облысения в центральной зоне очагов визуализируются очаги атрофии фолликулярного аппарата — фиброзные белые точки. Кроме того, возможно сохранение единичных стержней волос по периферии очагов, перифолликулярное шелушение [4, 14].

Центральная центробежная рубцовая алопеция. Центральная центробежная рубцовая алопеция (ЦЦРА) является наиболее распространенной рубцовой алопецией среди афроамериканских женщин. Дебют заболевания приходится на второе или третье десятилетие жизни. Инициирующий фактор заболевания не установлен; имеет место генетический дефект волосяного фолликула под влиянием экзогенных причин (химическое, термическое или механическое воздействие вследствие натяжения и т. д.). Классическое проявление ЦЦРА — это очаг облысения округлой формы в теменной области, цвета здоровой кожи, который в перспективе центробежно увеличивается и в дальнейшем подвергается фиброзированию. В пределах очага могут наблюдаться единичные неповрежденные волосы. В зоне атрофии цвет кожного покрова не изменен. Может наблюдаться перифолликулярная гиперпигментация и политрихия. Некоторые пациенты предъявляют жалобы на зуд и боль в очагах поражения [23, 24].

Трихоскопия. Трихоскопия ЦЦРА позволяет выявить снижение плотности волос, вариабельность диаметров волосяных стержней (миниатюризация фолликулов). Белые точки, представляющие собой разрушенные волосяные фолликулы, замещенные соединительной тканью, и наличие двух или более волосков, выходящих из одного и того же устья, являются неспецифическими проявлениями ЦЦРА. Видны также точечные белые и звездчатые пигментные межфолликулярные пятна, эритема, пери- и интрафолликулярные чешуйки, обломанные стержни волос [4, 14, 24].

Псевдопелада Брока. Псевдопелада Брока (ПБ) — это идиопатическая и медленно прогрессирующая форма рубцовой алопеции, которой, как правило, страдают женщины среднего и старшего возраста. Стоит отметить, что для ПБ характерно постепенное, незаметное для самого пациента выпадение волос, что отличает ее, например, от очаговой алопеции. Клиническая картина ПБ складывается из наличия множественных очагов алопеции с последующим формированием соединительной ткани, имеющих нечеткие границы, без признаков гиперкератоза и воспалительных явлений, локализующихся в проекции лобной и теменных областей в виде характерного рисунка, описываемого как «следы на снегу». Очаги имеют тенденцию к росту и слиянию. По периферии очагов волосы легко удаляются; при этом их корень покрыт стекловидной муфтой, напоминающей сожженную спичку, ввиду формирования атрофии. Характерным для ПБ является рост нескольких волос из одного волосяного фолликула. Выпадение волос имеет длительное прогрессирующее течение, иногда за несколько лет может развиться тотальная потеря волос [25].

Трихоскопия. Псевдопелада Брока является диагнозом исключения, так как в типичных случаях при проведении трихоскопии выявляют неспецифические изменения. Обнаруживаются гипопигментированные очаги рубцевания с редко расположенными отверстиями волосяных фолликулов и немногочисленные дистрофичные волосы.

Клинический случай. Приводим отчет о собственном наблюдении пациентки с диагнозом «Псевдопелада Брока», получавшей стационарное лечение на базе клиники кожных и венерических болезней.

Пациентка 63 лет, жительница Волгоградской области, поступила с жалобами на появление очагов на коже волосистой части головы. Длительность заболевания 20 лет, после перенесенного психоэмоционального стресса. По данному поводу получала неоднократно амбулаторное лечение у дерматолога в поликлинике по месту жительства с диагнозом «Алопеция»: в рамках назначенной терапии использовала наружные средства для ухода, поливитаминные комплексы. Эффекта от проводимой терапии не отмечала. Постепенно патологический процесс прогрессировал: очаг выпадения волос в теменной области увеличивался в размерах, отмечалось также диффузное поредение волос. Направлена на стационарное лечение в ККБ СГМУ.

Из перенесенных заболеваний: гепатит А, эпизодическое повышение уровня артериального давления, острая аллергическая реакция в виде крапивницы на введение сульфаниламидов. Венерические заболевания, туберкулез в прошлом отрицает. Наследственность не отягощена. Вредных привычек нет. Гемотрансфузий не было. Донором не была.

Гинекологический анамнез: не отягощен.

При осуществлении физикального осмотра данных за патологические изменения не выявлено.

При проведении лабораторных и инструментальных методов исследования патологии не выявлено.

Рис. 1. Обзорный снимок кожного процесса

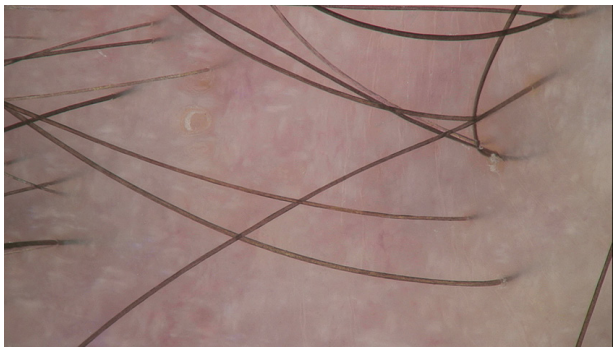


Рис. 2. Дерматоскопическая картина кожного процесса

Клиническая картина заболевания характеризуется следующими признаками: патологический процесс носит очаговый характер; локализован в проекции теменной области волосистой части головы. Представлен очагом выпадения волос, с формированием участков атрофии размером от 2 до 10 см в диаметре, при пальпации умеренной плотности, безболезненных. Кроме того, в пределах очага поражения отмечается наличие единичных стержневых визуально неизмененных волос. На других участках кожного покрова нарушение роста волос не отмечается (рис. 1).

При трихоскопии (исследование проводилось на видеодерматоскопе Mole Max) выявлены неспецифические признаки: гипопигментированные очаги атрофии, единичные устья волосяных фолликулов, немногочисленные с дистрофическими изменениями волосы.

Дерматоскопическая картина (исследование проводилось на видеодерматоскопе Mole Max): сглаженность фолликулярного аппарата, множественные очаги фиброза, немногочисленные волосяные стержни, а кроме того, присутствие разветвленных сосудов (рис. 2).

На основании клинико-анамнестических данных, а также результатов лабораторных и инструментальных исследований выставлен диагноз: «Псевдопелада Брока». В рамках стационарного лечения проведен курс локальной фотохимиотерапии с использованием фотосенсибилизатора наружно с положительным эффектом.

Заключение. Таким образом, несмотря на низкую распространенность данной нозологии, описанный клинический случай псевдопелады Брока демонстрирует необходимость проведения детальной дифференциальной диагностики при установлении диагноза «Алопеция» и определения ее классовой принадлежности. Такие методы позволят повысить эффективность верификации заболевания, обеспечат назначение более ранней терапии и формирование благоприятного прогноза для пациентов с данной патологией.

Конфликт интересов отсутствует.

References (Литература)

1. Tan E, Martinka M, Ball N, Shapiro J. Primary Cicatricial Alopecias: Clinicopathology of 112 cases. J Am Acad Dermatol 2004; 50: 25–32.
2. Whiting DA. Cicatricial Alopecia: Clinico-Pathological Findings and Treatment. Clin Dermatol 2001; 19: 211–25.
3. Olsen EA, Bergfeld WF, Cotsarelis G, et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS) — sponsored workshop on cicatricial alopecia, duke University Medical Center. J Am Acad Dermatol 2003; 48: 103–10.
4. Bolduc C, Speriling LC, Shapiro J. Primary Cicatricial Alopecia: Lymphocytic primary cicatricial alopecias, including chronic cutaneous lupus erythematosus, lichen planopilaris, frontal fibrosing alopecia, and Graham — Little syndrome. J Am Acad Dermatol 2016; 75: 1081–99.
5. Berdardez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histologic Features of Alopecias: Part II: Scarring Alopecias. Actas Dermosifiliogr 2015; 106: 260–70.
6. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, et al. Trichoscopy of Cicatricial Alopecia. J Drugs Dermatol 2012; 11: 753–8.
7. Stefanato CM. Histopathology of Alopecia: A clinicopathological approach to diagnosis. Histopathology 2010; 56: 24–38.
8. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, et al. Trichoscopy: A new method for diagnosing hair loss. J Drugs Dermatol 2008; 7: 651–4.
9. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. J Am Acad Dermatol 2006; 55: 799–806.
10. Miteva M, Tosti A. Dermoscopy guided scalp biopsy in cicatricial alopecia. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013; 27: 1299–303.
11. Tosti A, Torres F, Misciali C, et al. The Role of Dermoscopy in the Diagnosis of Cicatricial Marginal Alopecia. Br J Dermatol 2009; 161: 213–5.
12. Kossard S. Lymphocytic Mediated Alopecia: Histological classification by pattern analysis. Clin Dermatol 2001; 19: 201–10.
13. Chieregato C, Zini A, Barba A, et al. Lichen Planopilaris: Report of 30 cases and review of the literature. Int J Dermatol 2003; 42: 342–5.
14. Sperling LC. Scarring Alopecia and the Dermatopathologist. J Cutan Pathol 2001; 28: 333–42.
15. Kossard S, Lee MS, Wilkinson B. Postmenopausal Frontal Fibrosing Alopecia: A frontal variant of lichen planopilaris. J Am Acad Dermatol 1997; 36: 59–66.
16. Tosti A, Piraccini BM, Lorizzo M, Misciali C. Frontal Fibrosing Alopecia in Postmenopausal Women. J Am Acad Dermatol 2005; 52: 55–60.
17. Rubegni P, Mandato F, Fimiani M. Frontal Fibrosing Alopecia: Role of dermoscopy in differential diagnosis. Case Rep Dermatol 2010; 2: 40–5.
18. Inui S, Nakajima T, Shono F, Itami S. Dermoscopic Findings in Frontal Fibrosing Alopecia: Report of four cases. Int J Dermatol 2008; 47: 796–9.
19. Ross EK, Tan E, Shapiro J. Update on Primary Cicatricial Alopecias. J Am Acad Dermatol 2005; 53: 1–37.
20. Wiseman MC, Shapiro J. Scarring Alopecia. J Cutan Med Surg 1999; 3 Suppl 3: 45–8.

21. Tosti A, Torres F, Misciali C, et al. Follicular Red Dots: A novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. Arch Dermatol 2009; 145: 1406–9.
22. Wilson CL, Burge SM, Dean D, Dawber RP. Scarring Alopecia in Discoid Lupus Erythematosus. Br J Dermatol 1992; 126: 307–14.
23. Sperling LC, Sau P. The Follicular Degeneration Syndrome in Black Patients: «Hot Comb Alopecia» revisted and revised. Arch Dermatol 1992; 128: 68–74.
24. Sperling LC. Central Centrifugal Scarring Alopecia. In: Sperling LC, ed. An Atlas of Hair Pathology with Clinical Correlations. New York: Parthenon Publishing Group, 2003; p. 91–100.
25. Sperling LC. Brocq's Alopecia (Pseudopelade of Brocq) and «Burnt Out» Scarring Alopecia. In: Sperling LC, ed. An Atlas of Hair Pathology with Clinical Correlations. New York: Parthenon Publishing Group, 2003; p. 115–8.

УДК 616.5/.97:613.39]:378 Авторское мнение

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В КОНСТРУИРОВАНИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОБУЧЕНИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

А.Л. Бакулев *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***М.Г. Еремина*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, кандидат медицинских наук;* ***Д.А. Свистунова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***Ю.В. Чумаченко*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, студент.*

PRACTICE-ORIENTED APPROACH IN THE DESIGN OF THE PEDAGOGICAL PROCESS IN TEACHING DERMATOVENEREOLOGY AND COSMETOLOGY

A.L. Bakulev *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc;* ***M.G. Eremina*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant Professor of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, PhD;* ***D.A. Svistunova*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***Yu.V. Chumachenko*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Student.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Бакулев А.Л., Еремина М.Г., Свистунова Д.А., Чумаченко Ю.В. **Практико-ориентированный подход в конструировании педагогического процесса при обучении дерматовенерологии и косметологии. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 866–868.**

Сфера высшего образования принадлежит к наиболее перспективным, интенсивно развивающимся областям деятельности современного мира. В ней всегда есть место педагогическим инновациям. Преподаватель в определенном смысле является ключевой фигурой, ему принадлежит стратегическая роль в развитии личности студента в ходе профессиональной подготовки. Основной показатель педагогического профессионализма — контактная работа с обучающимися. В настоящее время мастерство педагога заключается в балансе традиционного взгляда на методику преподавания в вузе и современных трендов в области образования.

Ключевые слова: педагогический процесс, здравоохранение, дерматовенерология и косметология.

Bakulev AL, Eremina MG, Svistunova DA, Chumachenko YuV. **Practice-oriented approach in the design of the pedagogical process in teaching dermatovenereology and cosmetology. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 866–868.**

The sphere of higher education bilongs to the most promising, intensively developing fields of activity in the modern world. There is always a place for pedagogical innovations in it. In a certain sense, a teacher is a key figure who plays a strategic role in the development of a student's personality during training. The main indicator of pedagogical professionalism is contact work with students. Currently, the teacher's skill lies in balancing the traditional view of teaching methods at the university and modern trends in education.

Key words: pedagogical process, healthcare, dermatovenereology and cosmetology.

Вызовы здравоохранения предъявляют высокие требования к уровню подготовки современного врача-специалиста. Для достижения поставленных задач в рамках клинической дисциплины используются широкие возможности преподавания. Традиционно организация процесса подготовки врача-специалиста осуществляется на клинических базах кафедр, непосредственно у постели больного, чем обеспечивается непрерывный поток практических знаний. Ресурсы симуляционного центра Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского дополняют и значительно расширяют процесс формирования практических навыков и умений, необходимых обучающимся медицинского вуза в рамках аккредитации врача-специалиста.

Изучение дисциплины через предмет, создание неотделимой взаимосвязи теории и практики — залог успеха медицины будущего [1]. Современная дерматовенерология как дисциплина опирается на новейшие достижения различных теоретических и клинических дисциплин, изучаемых студентами ранее. Базовые знания фундаментальных дисциплин неизбежно выстраивают связь нарушений обмена, внутренней среды организма, генетических факторов, поражений внутренних органов и нервной системы с изменениями и заболеваниями кожных покровов.

Ответственный автор — Еремина Мария Геннадьевна
Тел.: +7 (927) 2231053
E-mail: 913693@mail.ru

Кожу называют зеркалом здоровья и болезни [2]. Именно поэтому дерматовенерология не является «узкой» специальностью, знания которой необходимы только будущим врачам-дерматовенерологам. Возможности комплексного подхода к преподаванию с другими клиническими и теоретическими дисциплинами повышают интенсификацию обучения и позволяют усилить профилизацию преподавания в зависимости от целей подготовки врача-специалиста [3].

Отличительной особенностью преподавания клинической дисциплины является не заучивание устоявшихся положений и фактов, а развитие стремления к клиническому поиску, умению творчески переработать и практически использовать возрастающую информацию о новых достижениях в области дерматовенерологии [4]. По принципу «от простого к сложному» познавательно-побуждающие мотивы требуют привнести в образовательный процесс исторические данные развития клинической науки. Наглядность изучаемого материала в муляжном музее, большая часть коллекции которого была изготовлена в 1915 г., и детали реальной клинической картины у пастели больного позволяют построить «мост» от теоретической базы к практической составляющей дисциплины.

Образовательная среда кафедры оказывает существенное влияние не только на профессиональное, но и на личностное развитие студента [5]. Необходимым условием организации личностно-развивающей среды становится создание доброжелательной, доверительной атмосферы, которая начинается с работы в научном кружке или формируется в рамках работы волонтером в клинике кожных и венерических болезней СГМУ. Совместная работа обучающегося и практикующего врача-специалиста способствует быстрой и логичной интеграции учебного, воспитательного, научного процессов в систему формирования целостной ориентации студентов [6]. Научно-исследовательская работа помогает понять лучший способ обретения новых знаний и умений, необходимых будущему специалисту.

На пути непрерывного медицинского образования происходит формирование нового мышления, направленного на активный и постоянный поиск знаний [7, 8]. Потребность постоянного профессионального роста создает необходимость персонифицированного подхода обучения и самоорганизации врача-специалиста [9]. Создание новых современных образовательных маршрутов, основанных на принципах гибкости, вариативности, открытости и постоянного расширения кругозора знаний, интеграция современных информационных технологий, таких как телемедицина, онлайн-конференции, образовательный портал кафедры, в педагогический процесс повышают практико-ориентированную направленность обучения и создают прочный фундамент для будущих профессиональных открытий.

Индивидуализация учебного процесса и необходимость соответствовать статусу современного врача-специалиста требуют выйти за рамки основного учебно-методического комплекса [10, 11]. В рамках учебной дисциплины «Дерматовенерология» для студентов 5-го курса организованы дополнительные факультативы, такие как «Косметология», «Трихология». Образовательный процесс института дополнительного профессионального образования включает вариативные направления: «Дерматоскопия», «Детская дерматология», «Подология», «Особенности лабораторной диагностики инфекций, передающихся преимущественно половым путем». Создание отдельных направлений, факультативов и элективов способствует расширению кругозора профессионального мышления.

Таким образом, конструирование педагогической системы клинической дисциплины по принципу совокупности взаимосвязанных компонентов теоретической базы и практических навыков и умений, наличие и взаимодействие дополнительных учебных программ в рамках единого учебного плана позволяют расширить возможности выпускников-специалистов и подготовить практико-ориентированного врача-специалиста, готового к вызовам современной медицины.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Osetrov AS. On current aspects of improving the teaching of neurology in medical schools. International Journal of Applied and Fundamental Research 2014; (6): 19–22. Russian (Осетров А.С. Об актуальных аспектах совершенствования преподавания неврологии в медицинских вузах. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2014; (6): 19–22).

2. Zalmanov AS. The secret wisdom of the human body. Moscow: Russian Chess House, 2020; 240 p. Russian (Залманов А.С. Тайная мудрость человеческого организма. М.: Русский шахматный клуб, 2020; 240 с.).

3. Musokhranova MB, Orlyanskaya TYa, Razumov VI, Nesterova KI. About the interdisciplinary approach in teaching biomedical terminology. Modern Problems of Science and Education 2018; (1). Russian (Мусохранова М.Б., Орлянская Т.Я., Разумов В.И., Нестерова К.И. О междисциплинарном подходе в обучении медико-биологической терминологии. Современные проблемы науки и образования 2018; (1). URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27391 (дата обращения: 01.09.2020).

4. Romantsov MG, Melnikova IYu, Shamsheva OV. The role of the university teacher in improving the system of national medical education at the stage of its reform. Children's Infections 2013; 12 (4): 63–7. Russian (Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Шамшева О.В. Роль преподавателя вуза в совершенствовании системы национального медицинского образования на этапе его реформирования. Детские инфекции 2013; 12 (4): 63–7).

5. Novikov VN. The educational environment of the university as a professionally and personally stimulating factor [Electronic resource]. Psychological and Pedagogical Research 2012; (1). Russian (Новиков В.Н. Образовательная среда вуза как профессионально и личностно стимулирующий фактор [Электронный ресурс]. Психолого-педагогические исследования 2012; (1). URL: http://psyedu.ru/journal/2012/1/2776. phtml (дата обращения: 01.09.2020).

6. Khojayan AB, Agranovich NV. Features of the organization of effective self-educational activities of students in a medical university. Basic Research 2011; (11): 149–53. Russian (Ходжаян А.Б., Агранович Н.В. Особенности организации эффективной самообразовательной деятельности студентов в медицинском вузе. Фундаментальные исследования 2011; (11): 149–53).

7. Melnikova IYu, Romantsov MG. Features of medical education and the role of a university teacher in the educational process at the present stage. International Journal of Experimental Education 2013; (11): 47–52. Russian (Мельникова И.Ю., Романцов М.Г. Особенности медицинского образования и роль преподавателя вуза в образовательном процессе на современном этапе. Международный журнал экспериментального образования 2013; (11): 47–52).

8. Romantsov MG, Khramtsova EG, Melnikova IYu. The formation of professional competencies and the formation of a competency-based approach to studying at a medical university. Higher Education Today 2015; (7): 2–10. Russian (Романцов М.Г., Храмцова Е.Г., Мельникова И.Ю. Формирование профессиональных компетенций и становление компетентностного подхода при обучении в медицинском вузе. Высшее образование сегодня 2015; (7): 2–10).

9. Peck C, McCall M, McLaren B, et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. BMJ Education and Debate 2000; (320): 432–5.

10. Maltseva AN. Modern methods in the educational process of a medical university. Modern Problems of Science and Education 2019; (4). Russian (Мальцева А.Н. Современные методы в учебном процессе медицинского вуза. Современные проблемы науки и образования 2019; (4). URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=29040 (дата обращения: 01.09.2020).

11. Petruneva RM. Individually-oriented organization of the educational process: illusions and reality. Higher Education in Russia 2011; (5): 65–70. Russian (Петрунева Р.М. Индивидуально-ориентированная организация учебного процесса: иллюзии и реальность. Высшее образование в России 2011; (5): 65–70).

УДК 616.97:616.6–002.9] –084 Обзор

РОЛЬ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОГО ПЛАКАТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ОБЗОР)

Д.А. Шнайдер *— ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», главный врач; ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии;* ***А.Л. Бакулев*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***А.В. Горбенко*** *— ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», клинический психолог.*

THE ROLE OF EDUCATIONAL POSTERS IN THE PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (REVIEW)

D.A. Shnaider *— Saratov Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Chief Doctor; Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Assistant of Department of Dermatovenereology and Cosmetology;* ***A.L. Bakulev*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc;* ***A.V. Gorbenko*** *— Saratov Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Clinical Psychologist.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Шнайдер Д.А., Бакулев А.Л., Горбенко А.В. **Роль просветительского плаката в профилактике инфекций, передающихся половым путем (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 868–871.**

Представлена информация об истории формирования и развития просветительского плаката в дерматовенерологии. Анализ просветительских плакатов по дерматовенерологии показывает, что содержание их менялось по мере эволюции социально-экономической формации и моральных установок общества. История просветительского плаката берет начало со средних веков и развивается по настоящее время. Изучены плакаты различных стран и народов, которые использовались для профилактики венерических заболеваний среди населения.

Ключевые слова: просветительский плакат, профилактика венерических заболеваний и ИППП.

Shnaider DA, Bakulev AL, Gorbenko AV. **The role of educational posters in the prevention of sexually transmitted infections (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 868–871.**

Information about the history of the formation and development of educational posters in dermatovenereology is presented. Analysis of educational posters on dermatovenereology shows that their content has changed with the evolution of the socio-economic formation and moral attitudes of society. The history of educational posters dates back to the Middle Ages and is still developing. Posters of various countries and peoples that were used for the prevention of sexually transmitted diseases among the population were studied.

Key words: educational poster, prevention of sexually transmitted diseases and IPPP.

В Толковом словаре русского языка С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведова (1992) слово «плакат» трактуется как «настенный лист — крупный рисунок с пояснительным агитационным, рекламным или учебным текстом» [1].

Человеку плакат известен с давних времен. Возникновение плаката связывают с Древним Египтом, с рабовладельческим строем и попытками бегства рабов. Для того чтобы расположить сообщения о поиске беглецов, использовали особые объявления, которые можно назвать родоначальниками современных плакатов.

Официальной датой зарождения плаката принято считать 1482 год, когда английский книготорговец Батдоль, рекламируя книгу «Геометрия Эвклида», для привлечения публики применил плакат [2].

Ответственный автор — Горбенко Анастасия Владимировна
Тел.: +7 (919) 8394078
E-mail: anastasiafila@mail.ru

Позже, в 1796 г., историю формирования плаката продолжил немец Алоиз Зенефельдер. Он создал новый метод печатания изображений: на специально созданный камень наносился рисунок химическим красителем.

В конце 1897 г. в Санкт-Петербурге прошла первая в России Международная выставка плакатов и афиш, включавшая около 700 экспонатов, представлявших многочисленных художников из стран Европы и США.

До конца XIX в. искусство плаката, выступая средством социальной и политической пропаганды на бумаге, существовало в специфических формах, таких как различные листовки, раздаваемые глашатаями, указы и распоряжения.

В настоящее время плакат используется во многих областях науки и жизни. В частности, в медицине важную роль играют просветительские плакаты. Рассмотрим использование плаката в профилактике инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Проблема венерических заболеваний в царской России стояла остро, и первые плакаты по профилактике и лечению этих заболеваний относятся к концу XIX – началу XX в. [3] (фото 1).

Сразу после Октябрьской революции профилактикой венерических заболеваний не занимались, и все плакаты были посвящены социальной рекламе, их темы: борьба за грамотность, женское равноправие, борьба с беспризорностью.

Во времена нэпа и в последующие предвоенные годы происходит развитие экономики СССР, строительство социализма. Тематический охват медицинских профилактических плакатов был самым разнообразным: вред абортов; призывы своевременно обращаться к врачам, мыть руки перед едой, дружить с носовым платком, правильно питаться, правильно ухаживать за детьми, надевать головные уборы на солнце; многое другое. В этот период отмечается рост числа плакатов, направленных на профилактику венерических заболеваний, борьбу с беспорядочными половыми связями, содержащих рекламу средств контрацепции [4] (фото 2).

С началом Великой Отечественной войны советский плакат обретает новое значение. Большинство плакатов этого времени можно разделить на две группы: плакат героический и плакат сатирический. Ведущей стала тема единства и могущества советского народа, героизма простого советского человека, единство фронта и тыла. Конец войны характеризуется особенно сильным звучанием темы окончательного разгрома врага, возвращения советских воинов домой [5]. Многие плакаты посвящены женщинам, которые заменили мужчин, ушедших на фронт (женщина у станка, за рулем трактора или за штурвалом комбайна) [5].

Послевоенные плакаты в своей совокупности охватывают широкий круг различных тем общественно-политического характера. В области медицины возросла роль домов санитарного просвещения и Общества Красного Креста, которые активно пропагандировали здоровый образ жизни, в том числе профилактику венерических заболеваний и рекламу контрацепции [6] (фото 3).

Характер советских плакатов изменялся по мере исторического развития. Пропаганда, которая в них содержалась, сочеталась с общественными ценно-

Фото 1. Плакат по лечению сифилиса, 1916 г.

Фото 2. «Стой! Ночная панель», 1929 г.

Фото 3. Плакат периода СССР

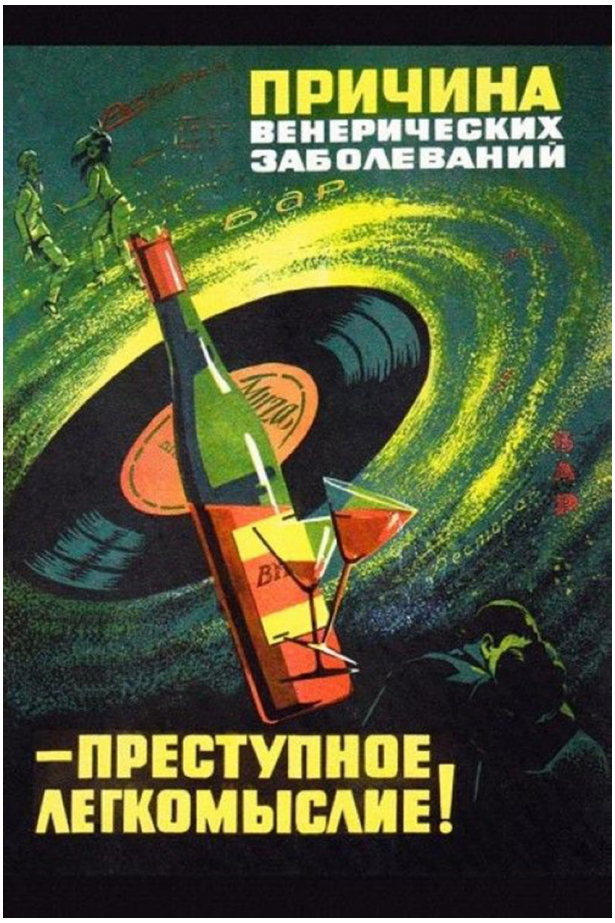


Фото 4. Советский плакат «Преступное легкомыслие»

стями, патриотизмом, призывами к здоровому образу жизни, профилактике ИППП [7] (фото 4).

На современном этапе просветительский плакат как коммуникативное средство уступил свои позиции другим методам пропаганды. Плакат как носитель рекламы и пропаганды находится на четвертом месте после телевидения и интернет-ресурсов. Плакат чаще всего используется как дополнение, в совокупности с другими методами и средствами.

Развитие профилактического плаката в других странах шло своими индивидуальными путями.

Так, в США просветительские плакаты выпускались как армией и флотом, так и службой общественного здравоохранения (фото 5). США вступили в Первую мировую войну только в апреле 1917 г., но произвели гораздо больше пропагандистских плакатов, чем какая-либо другая страна, участвовавшая в войне. К концу Первой мировой войны более 10000 американских солдат находились на излечении, но не от ранений, полученных на полях сражений, а от инфекций, передающихся половым путем. В то время пребывание в больнице для лечения венерической болезни (VD) составляло от 50 до 60 дней, что существенно подрывало боеспособность подразделений и тратило драгоценное время.

Французское военное командование находилось в сильно затруднительном положении. Оно должно было справиться с данной проблемой, не выходя за рамки приличия. Французское правительство решением проблемы считало открытие maisons de tolerance (борделей), где женщины подвергались обследованию (хотя и не всегда тщательному) на заболевание.

Совет британской армии выражал опасение, что, наложив запрет на посещение этих учреждений, оскорбит чувства французов. Соединенные Штаты не испытывали таких угрызений совести и запретили посещение борделей для военных. Британские и американские военачальники ввели строгие и суровые наказания за нарушение сексуальных правил [7]. К концу войны они также выпускали плакаты, напоминающие солдатам об опасности венерической болезни.

С началом Второй мировой войны военным вновь пришлось забеспокоиться о проблеме венерических болезней на фронте. Американские плакаты были выпущены службой общественного здравоохранения [8]. Определенные популярные издания были переведены на французский, итальянский и испанский языки. Как и во время Первой мировой войны, некоторые плакаты 1940-х годов заражение венерической болезнью приравнивали к помощи врагу. Другие изображали женщин как лживых, отвратительных соблазнительниц. На многих американских плакатах высмеивался немецкий народ и личность Гитлера.

В Испании в 1900 г. каталонский живописец Рамон Касас выполнил по заказу доктора Абреу плакат, демонстрирующий санаторий для сифилитиков в Кальe Майор в Барселоне. Плакат гарантирует «полное и радикальное излечение». Касас выполнил заказ с удивительным мастерством, использовал тонкие и выразительные элементы: например, буква S в слове Sifilis выполнена в форме змеи, она намекает на опасность и внезапность болезни. S дублируется настоящей змеей в правой руке женщины, которую та держит за спиной. Женщина, изображенная на самой картине, бледна и неесте-

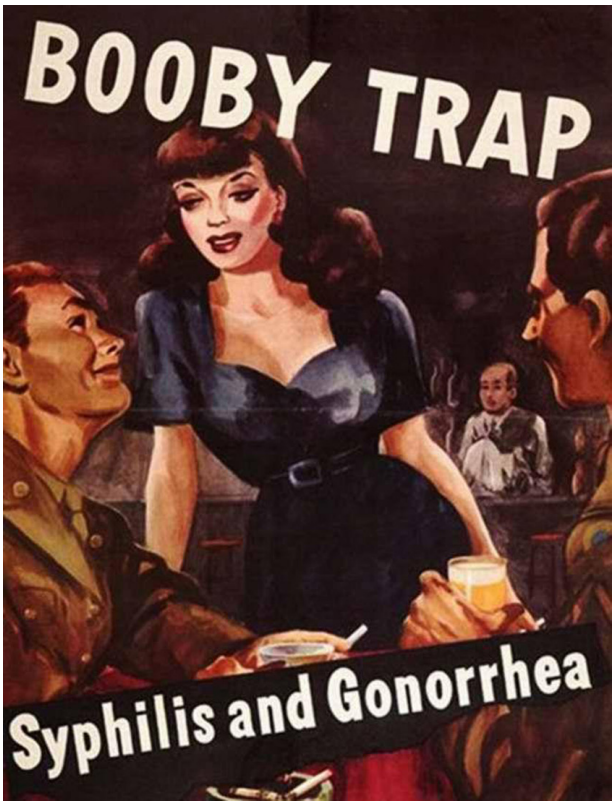


Фото 5. Американский плакат «Секс-ловушка: сифилис и гонорея» [взято с сайта buzzviral.ru]

ственно худа, со спутанными непричесанными волосами. Изнуренный вид дополняется ярко горчичным фоном, который усиливает выраженность бледности и ощущение изможденности. В руках женщины белая лилия — символ надежды на излечение. Важно отметить, что в то время образ любой болезни ассоциировался с женщинами (как и смерть), особенно если речь шла об инфекциях, передающихся половым путем: женщина-искусительница коварно «одаривает» заболеванием. Изобразить развратницу, виновную в болезни, наверное, было самым простым способом символично представить болезнь без анатомических подробностей.

Анализируя японские просветительские плакаты, следует подчеркнуть изолированность Японии на протяжении долгих исторических периодов. Вероятно, поэтому у культуры этой страны множество своеобразных средств выражения. Просветительские плакаты содержат глубокий смысл, который доступен людям, погруженным в японскую культуру [9]. Чаще всего это плакаты рекламного характера.

Таким образом, профилактические мероприятия, к каким, безусловно, относится и просветительский плакат, должны быть конструктивными, направленными на развитие у человека устойчивого убеждения, что соблюдение здорового образа жизни позволит ему продлить активное долголетие, сохранить здоровье и жизнь. Независимо от социально-политической и экономической ситуации просветительский плакат всегда необходим обществу, при этом он должен использовать современную эстетику, понятные всем образы и символы.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литературы)

1. Ozhegov SI, Shvedova NYu. Explanatory dictionary of the Russian language, Moscow: AZ, 1992; 552 p. Russian (Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М.: Азъ, 1992; 552 с.).
2. Golman IA. Advertising activity: Planning. Technologies. Organization. Moscow: Gella-print, 2002; 340 p. Russian (Гольман И.А. Рекламная деятельность: Планирование. Технологии. Организация. М.: Гелла-принт, 2002; 340 с.).
3. Demosthenova GL, Nurok AYu, Shantyko NI. Soviet political poster. Moscow: Iskusstvo, 1962; 443 p. Russian (Демосфенова Г.Л., Нурок А.Ю., Шантыко Н.И. Советский политический плакат. М.: Искусство, 1962; 443 с.).
4. Tolstaya T. Russian poster: Book-album. Moscow: Kontakt-Kultura, 2006; 160 p. Russian (Толстая Т. Русский плакат: Книга-альбом. М.: Контакт-Культура, 2006; 160 с.).
5. Efimov BE. Milestones of Victory: the Great Patriotic War in posters and drawings. Moscow: Golden-Bi, 2004; 199 p. Russian (Ефимов Б.Е. Вехи Победы: Великая Отечественная война в плакатах и рисунках. М.: Голден-Би, 2004; 199 с.).
6. Pesotsky EA. Modern advertising: theory and practice. Rostov-on-Don: Phoenix, 2003; 347 p. Russian (Песоцкий Е.А. Современная реклама: теория и практика. Ростов н/Д: Феникс, 2003; 347 с.).
7. Lebina NB, Shkarovsky MV. Prostitution in St. Petersburg. M.: Progress-Academy, 1994 p. 141 (Лебина Н.Б., Шкаровский М.В. Проституция в Петербурге. М.: Прогресс-академия, 1994 с.141).
8. Polevoy VM. Twenty years of French graphics: Drawing in revolutionary newspapers and magazines, political poster of the 1920s-1930s. Moscow: Iskusstvo, 2010; 320 p. Russian (Полевой В.М. Двадцать лет французской графики: Рисунок в революционных газетах и журналах, политический плакат 1920–1930-х годов. М.: Искусство, 2010; 320 с.).
9. Vashik K. Art of the Russian poster of the twentieth century: the reality of utopia. M.: Progress-Tradition, 2004; 415 p. Russian (Вашик К. Искусство русского плаката XX века: реальность утопии. М.: Прогресс-Традиция, 2004; 415 с.).

УДК 616.5/.97 (091) (470.44)

ВКЛАД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОБЕДУ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Д.А. Шнайдер *— ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», главный врач;* ***А.Л. Бакулев*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***Л.А. Шерстобитова*** *— ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», заместитель главного врача по медицинской части;* ***В.В. Мартынова*** *— ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер», заведующая организационно-методическим отделом.*

CONTRIBUTION OF DERMATOVENEREOLOGISTS OF THE SARATOV REGION TO THE VICTORY IN THE GREAT PATRIOTIC WAR

D.A. Shnaider *— Saratov Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Head Doctor;* ***A.L. Bakulev*** *— Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Professor, DSc;* ***L.A. Sherstobitova*** *— Saratov Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Deputy Chief Doctor for Medical Affairs;* ***V.V. Martynova*** *— Saratov Regional Clinical Dermatovenereologic Dispensary, Manageress of Organizational Methodical Department.*

Дата поступления — 03.08.2020 г. Дата принятия в печать — 10.09.2020 г.

Шнайдер Д.А., Бакулев А.Л., Шерстобитова Л.А., Мартынова В.В. **Вклад дерматовенерологов Саратовской области в Победу в Великой Отечественной войне. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (3): 871–876.**

Гуманизм и милосердие, верность принципам врачебного служения пациенту всегда составляли этическую и нравственную основу российской медицины. Особенно ярко эти качества проявились в героических свершениях медицинских работников во время Великой Отечественной войны. Обращение к нравственному наследию военных медиков — один из способов сохранения традиций российской медицины в современном обществе.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, медик, врач, нравственность, подвиг, милосердие, гуманизм, дерматовенерология, кожно-венерологический диспансер.

Shnaider DA, Bakulev AL, Sherstobitova LA, Martynova VV. **Contribution of dermatovenereologists of the Saratov region to the Victory in the Great Patriotic War. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (3): 871–876.**

Humanism and mercy, loyalty to the principles of medical service to the patient have always constituted the ethical and moral basis of Russian medicine. These qualities were especially clearly manifested in the exploits of medical staff during the Great Patriotic War. An appeal to the moral heritage of military doctors is one of the ways to preserve the traditions of Russian medicine in modern society.

Key words: Great Patriotic War, medical staff, morality, heroic deed, compassion, humanism, dermatovenereology, dermatovenereologic dispensary.

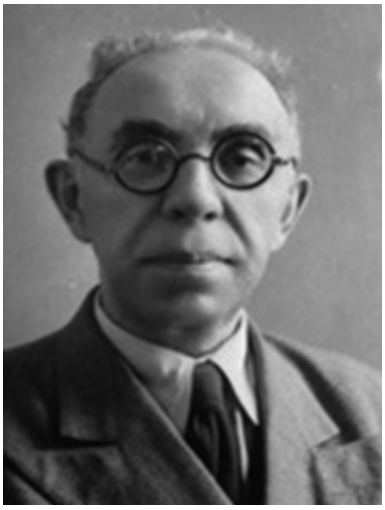
В 2020 г. наша страна отметила юбилейную, 75-ю годовщину Победы в Великой Отечественной войне — события всемирно-исторического значения, которое не померкнет в веках. Трагедия этой самой ожесточенной, самой кровопролитной из войн затронула каждую семью, коснулась буквально каждого советского гражданина. Поэтому сейчас мы свято чтим память тех, кто героически защищал родную землю, бесстрашно воевал на полях сражений, в составе партизанских отрядов мужественно бил ненавистных захватчиков, не жалея сил трудился в тылу, приближая победу.

Значительный вклад в Великую Победу внесли советские врачи и медицинские работники. Маршал Советского Союза И.Х. Баграмян в своих воспоминаниях писал: «То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности» [1].

В годы войны на фронте трудилось более 700 тысяч медицинских работников. Более 116 тысяч человек личного состава военно-медицинской службы и 30 тысяч тружеников гражданского здравоохранения были награждены орденами и медалями, 42 медицинских работника удостоены высшей степени отличия — звания Героя Советского Союза.

Труженики тыла проявили стойкость не меньшую, чем фронтовики. Саратов, будучи прифронтовым городом, который имел медицинский институт и тысячи врачей, сыграл большую роль в восстановлении здоровья раненых бойцов и офицеров. С самого начала войны Саратов стал крупным госпитальным центром, здесь было создано 183 госпиталя. Быстрому восстановлению пострадавших в боях отдавали все силы и знания ученые и специалисты здравоохранения Саратовской области: академики С.Р. Миротворцев и Н.И. Жуков-Вережников, профессора мединститута К.Н. Третьяков, И.М. Рабинович, Н.И. Краузе, С.Х. Архангельский, Н.В. Захаров, Н.И. Голубев, П.И. Шамарин, Г.М. Желябовский, Л.А. Варшамов, Л.С. Шварц, доцент Н.В. Герасимов и многие другие. За четыре года саратовские госпитали вернули в строй около 300 тысяч солдат и офицеров [2].

Во время Великой Отечественной войны Саратовским медицинским институтом выпущено 2452 специалиста, из них 1633 воспитанника вуза направлены в ряды Советской Армии и эвакогоспитали [3]. К середине 1942 г. ресурсы гражданского здравоохранения оказались исчерпанными, и тогда нехватку медперсонала стали решать путем ускоренной подготовки выпускников, что обеспечило восполнение кадровых потерь, понесенных на фронте и в тылу. Так, при институте прошли курсы повышения квалификации 850 человек, а при клиниках было подготовлено свыше 1000 медсестер и фельдшеров для фронта [3]. В военные годы учеными Саратовского медицинского института было закончено 465 научных работ;



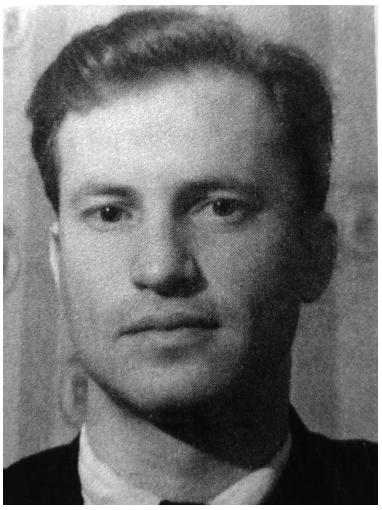
Окунь Ной Исаакович

здесь состоялись две крупные областные конференции, 17 госпитальных и 32 межгоспитальных семинара, на которых было заслушано 2500 докладов [3].

В довоенные годы дерматовенерологическая служба области была представлена 13 венучреждениями, в том числе Нижневолжским краевым научно-практическим венерологическим институтом и клиникой с кафедрой кожных и венерических болезней медицинского факультета Саратовского университета. В начале 1941 г. Нижневолжский краевой научно-практический венерологический институт был реорганизован в Саратовский областной кожно-венерологический диспансер, который возглавил Н.И. Окунь. Он располагался по адресу: Саратов, ул. Коммунарная, 27 — и существует по настоящее время (ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер»). Кроме того, в области к борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями было привлечено 27 сельских врачебных участков, 12 женских консультаций. Работали четыре серологические лаборатории. Коечный фонд состоял из 87 коек, в том числе с 1939 г. при Нижневолжском краевом научно-практическом венерологическом институте был развернут стационар на 40 коек.

Ной Исаакович Окунь, кандидат медицинских наук, приват-доцент, заслуженный врач РСФСР, с момента создания Саратовского областного кожно-венерологического диспансера 26 лет (03.09.1923–30.09.1949) являлся организатором и бессменным руководителем учреждения. Во время Великой Отечественной войны большинство (70%) медицинских работников диспансера (А.Ф. Крянина, К.А. Анисимов, Н.И. Брындин, М.Е. Романдина и другие) были мобилизованы в ряды Советской Армии и принимали непосредственное участие в медицинском обеспечении и боевых действиях на различных фронтах. В те годы не прекращалась научно-исследовательская работа под руководством профессора А.Ф. Ухина: был составлен сборник методических указаний по лечению сифилиса, гонореи и некоторых кожных заболеваний.

Ответственный автор — Мартынова Виктория Владимировна
Тел.: +7 (905) 3843361
E-mail: sar-okvd@ya.ru



Байгузов Гавриил Гавриилович

Гордеева Мария Дмитриевна

Гусев Геннадий Нестерович

Клиникой с кафедрой кожных и венерических болезней (расположенной по адресу: Саратов, Провиантская, 22–24) руководил доцент А. Ф. Ухин. В период Великой Отечественной войны тематика научной работы на кафедре была обусловлена нуждами военного времени. Недостаток или отсутствие ряда высокоэффективных лекарственных средств побудили коллективы кафедры проводить научный поиск и испытывать их заменители. Так, для лечения пиодермитов и некоторых видов грибов был предложен раствор Люголя. Кроме того, изучен патогенез и разработана методика лечения и профилактики околораневых экзем. На фронт ушли основные кадры кафедры: В. В. Дроздов, Н. М. Левчановский, П. И. Комаров, Е. А. Павловская, Ф. П. Алексеев; врачи клиники: Н. В. Фомин, А. А. Будников, Н. Н. Романова [4].

Множество ярких примеров героизма и самоотверженности, проявленных военными медиками в боях и в тылу, донесла до нас история Великой Отечественной войны. Сегодня мы с гордостью вспоминаем имена саратовских дерматовенерологов, которые ковали победу на фронтах Великой Отечественной войны и достойно выполняли профессиональный долг в послевоенные годы. Вот лишь некоторые из них.

Байгузов Гавриил Гавриилович. Родился 27 марта 1925 г. в Покровске Саратовской губернии. В феврале 1943 г. призван в ряды Красной Армии и направлен на курсы радиотелеграфистов, которые располагались в Хабаровске. После окончания курсов с декабря 1943 г. по январь 1946 г. служил автоматчиком в самоходной армейской бригаде 2-го Украинского фронта. В октябре 1945 гг. Г. Байгузов награжден медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне в 1941–1945 гг.». Вернувшись с фронта, он продолжил обучение в Саратовском медицинском институте. В 1951 г. с отличием окончил институт. Под руководством профессора А. Ф. Ухина он успешно выполнил и в марте 1956 г. успешно защитил диссертацию «Материалы к вопросу о функциональном состоянии печени у больных псориазом» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук [5].

Гордеева Мария Дмитриевна. Родилась 22 марта 1909 г. в Баку. В 1927 г. поступила на медицинский факультет Саратовского университета на лечебно-профилактическое отделение, которое окончила в 1931 г. и была направлена на работу в должности санитарного врача в город Энгельс. Мария Дмитриевна проходила первичную специализацию в клинике кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института и Саратовском кожно-венерологическом диспансере. После окончания аспирантуры в 1942 г. принята на должность ассистента кафедры. В годы Великой Отечественной войны М. Д. Гордеева совмещала работу на кафедре кожных и венерических болезней и консультации в военных госпиталях № 3313 и 5132 и лечебных учреждениях Саратова. В 1947 г. награждена медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» [5].

Гусев Геннадий Нестерович. Родился 16 января 1897 г. в Астрахани. С 1918 по 1925 г. обучался на медицинском факультете Саратовского университета. С 1925 по 1931 гг. Н. Гусев работает врачом-дерматовенерологом в Саратовском губернском кожно-венерологическом диспансере. Затем переходит на должность научного сотрудника и заведующего организационно-методическим отделом Нижневолжского краевого научно-практического венерологического института, созданного на базе клиники кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института, кожно-венерологического диспансера и венерологического отделения 1-й городской больницы. В течение двух лет исполнял обязанности директора института. С 1933 г. и до Великой Отечественной войны, являясь кадровым сотрудником научно-практического венерологического института, работал над вопросами организации и методики борьбы с венерическими болезнями. С июня 1941 по март 1946 г. находился на службе в Красной, а затем Советской Армии. Во время Великой Отечественной войны был начальником военно-санитарного поезда № 86 фронтового эвакопункта Южного, Закавказского и Северо-Кавказского фронтов (1941-1943), помощником начальника лечебного отдела фронтового эвакопункта отделения Приморской армии (1943–1944), начальником эвакогоспиталя № 1706 (г. Энгельс), членом военно-врачебной комиссии МЭП-86 (Саратов, 1945–1946). Г. Н. Гусев награжден орденом Красной Звезды и медалями «За оборону Кавказа», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». После демобилизации из Советской Армии с апреля 1946 г. работал заведующим орга-

Должиков Лев Тимофеевич

Дроздов Владимир Васильевич

Калягин Евгений Алексеевич

низационно-методическим отделом Саратовского областного кожно-венерологического диспансера [5].

Должиков Лев Тимофеевич. Родился 12 мая 1926 г. в Балашове Саратовской области. После окончания средней школы № 39 в 1941 г. поступил учиться в Балашовскую фельдшерско-акушерскую школу, которую окончил в 1943 г., направлен на работу в должности медбрата в 408-й военно-окружной госпиталь. В мае 1944 г. Л.Т. Должиков призывается на воинскую службу в Красную Армию и служит в 96-м запасном полку в должности санинструктора. В октябре этого же года он добровольцем отправляется на 1-й Прибалтийский фронт в составе 46-й гвардейской дивизии и служит в должности командира санитарного взвода. После тяжелого ранения в феврале 1945 г. комиссован Военно-медицинской комиссией и признан инвалидом II группы со снятием с военного учета. С 1945 по 1951 г. Лев Тимофеевич обучался на лечебном факультете Саратовского медицинского института. Далее, работая в должности главного врача клиники кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института, он приложил немало усилий для современного технического оснащения рентгеновского и физиотерапевтического кабинетов, внедрил гипнотерапию при лечении хронических аллергодерматозов (экзема, нейродермит), а для диагностики грибковых заболеваний кожи — люминесцентный метод обследования. При его активном участии были введены во врачебную практику патологоанатомические и научно-практические конференции, организованы консультации по повышению квалификации врачей Саратова и области. За боевые заслуги Л.Т. Должиков награжден орденом Отечественной войны 2-й степени и двумя медалями: «За отвагу» и «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» [5].

Дроздов Владимир Васильевич. Родился 31 марта 1902 г. в Кузнецке Саратовской губернии. В 1919 г. поступил на медицинский факультет Саратовского университета, который окончил в 1924 г., работал ординатором в венерологическом кабинете третьей амбулатории Саратова. В 1928 г. зачислен ординатором на кафедру кожных и венерических болезней Саратовского университета, по окончании которой с февраля 1931 г. по февраль 1936 г. работал научным сотрудником Нижневолжского краевого научно-практического кожно-венерологического института. В феврале 1936 г. В.В. Дроздов избирается на должность ассистента кафедры кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института. В этот период он активно занимается научной работой. С 24 июня 1941 г. по октябрь 1945 г. находился в рядах Красной Армии на различных должностях: начальника венерологического отделения, начальника медицинского отдела, начальника эвакогоспиталей № 1679, 3632, 197, 286, которые располагались в Саратове. После демобилизации из вооруженных сил В.В. Дроздов вновь работал ассистентом на кафедре кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института, где был избран на должность доцента кафедры. Многолетний и добросовестный труд В.В. Дроздова отмечен правительственными наградами: медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина» [5].

Калягин Евгений Алексеевич. Родился 5 февраля 1915 г. в Иркутске. В 1934 г. семья переехала в Саратов. В 1938 г. поступил в Саратовский медицинский институт. В 1941 г., окончив институт по укороченной программе, был призван в армию. С августа 1941 г. по май 1943 г. работал в эвакогоспитале № 1680 в должности начальника хирургического отделения, показал себя высокограмотным и знающим свое дело врачом. За время работы в госпитале овладел техникой гипсования и переливания крови, операционной техникой. Лично сделал 150 крупных и мелких операций. Возвратил в строй сотни солдат и офицеров. С июня 1943 г. служил в действующей армии, в авиационном госпитале № 188016-й воздушной армии и лазарете № 8831-го Белорусского фронта. С октября 1944 г. в авиационном госпитале № 188016-й воздушной армии овладел специальностью венеролога и вернул в строй с полным излечением более 800 больных с венерическими болезнями, что отражено в наградном листе к ордену Красной Звезды в 1945 г. Демобилизован в 1946 г. После войны работал в различных медицинских учреждениях Саратова, в частности руководил с 08.08.1952 г. по 05.04.1958 г. областным кожно-венерологическим диспансером [2].

Павловская Елизавета Александровна. Родилась 3 апреля 1906 г. в Саратове. В 1925 г. поступила на медицинский факультет Саратовского универ-

Павловская Елизавета Александровна

Табакова Лидия Степановна

Ухин Андрей Федорович

ситета, окончив который в 1930 г. была направлена на работу в Вольский округ. С ноября 1931 г. работала врачом-дерматовенерологом в Вольском кожно-венерологическом диспансере, а затем заведующей диспансером. В феврале 1936 г. Е.А. Павловская поступила в аспирантуру при кафедре кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института, где под руководством профессора П.С. Григорьева начала диссертационное исследование по изучению этиологии патогенеза глубоких микозов и в феврале 1941 г. была принята на должность врача клиники кожных болезней, а затем ассистента кафедры кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института. С июля 1942 г. по февраль 1946 г. Елизавета Александровна выполняла профессиональный долг на различных фронтах в армейских госпиталях. Сначала проходила службу в патологоанатомической лаборатории, затем в госпитале легкораненых, а с 1944 г., в воинском звании майора медицинской службы, стада начальником по медицинской части специального госпиталя. Награждена орденом Отечественной войны II степени, медалями «За освобождение Праги», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». После демобилизации из армии в 1946 г. Е.А. Павловская вернулась на кафедру кожных и венерических болезней и продолжила работать ассистентом [5].

Табакова Лидия Степановна. Родилась 2 октября 1923 г. в Армавире Краснодарского края. После окончания средней школы в 1941 г. поступила в Ростовский государственный университет, но в связи с начавшейся Великой Отечественной войной была вынуждена оставить учебу. В марте 1942 г. Армавирским горкомом ВЛКСМ Л.С. Табакова направлена в распоряжение РЭГ-31, а оттуда в качестве делопроизводителя в военно-санитарный поезд № 87. После демобилизации из армии в 1946 г. поступила на лечебный факультет Саратовского медицинского института. В январе 1959 г. Лидия Степановна перешла на работу в клинику кожных и венерических болезней на должность врача-дерматовенеролога. В 1967 г. избрана на должность ассистента кафедры кожных и венерических болезней, где работала до ухода на пенсию в сентябре 1985 г. В феврале 1974 г. она успешно защитила диссертацию «Некоторые аспекты иммунологии псориаза» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. За боевые заслуги в Великой Отечественной войне и в дальнейшем за многолетний и добросовестный труд она награждена медалями: «За оборону Кавказа» (1943), «Двадцать лет Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (1965), «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина» (1970) [5].

Файн Адольф Эммануилович

Ухин Андрей Федорович. Родился 3 ноября 1897 г. в Покровской слободе (ныне г. Энгельс) Новоузенского уезда Самарской губернии. После окончания Покровской мужской гимназии в 1916 г. он поступил на медицинский факультет Императорского Николаевского университета (Саратов). В марте 1918 г. Андрей Федорович вступил добровольно в ряды Красной Армии и служил в госпитале 4-й армии Восточного фронта в должности фельдшера одной из дивизий, которой командовал знаменитый командарм М.В. Фрунзе. В сентябре 1936 г. по рекомендации профессора П.С. Григорьева, переведенного на должность заведующего кафедрой 1-го Московского медицинского института, выполнял обязанности заведующего кафедрой кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института [5].

Файн Адольф Эммануилович. Родился в 1900 г. в Саратове. В 1924 г. А.Э. Файн окончил медицинский факультет Саратовского университета. Затем работал врачом-венерологом во вновь организованном Саратовском кожно-венерологическом диспансере. В сороковых годах А.Э. Файн был назначен главным врачом Саратовского областного кожно-венерологи-

ческого диспансера (03.10.1949–30.06.1950). Будучи руководителем лечебного учреждения, он успешно совмещал административную работу с практической лечебной деятельностью. В годы Великой Отечественной войны А.Э. Файн был врачом-консультантом по специальности «Дерматовенерология» в эвакогоспиталях Саратова. Награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» [5].

…Мы с гордостью вспомнили лишь некоторые из имен дерматовенерологов, которые достойно выполняли профессиональный долг и ковали победу в тылу и на фронтах Великой Отечественной войны. Подвиг советских медиков навечно останется в памяти не только тех, кто воевал, но и тех, ради которых этот подвиг совершался.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Bykov IYu. Contribution of Soviet medicine to achieving Victory in the Great Patriotic War. Military Medical Journal of the Ministry of Defense of the Russian Federation. Moscow: Krasnaya Zvezda, 2005; (5); 86. Russian (Быков И.Ю. Вклад советской медицины в достижение Победы в Великой Отечественной войне. Военно-медицинский журнал МО РФ. М.: Красная звезда, 2005; (5): 86).

2. They fought for the Motherland: Book of memory. Saratov: Detskaya Kniga, 2001; 336 p. Russian (Они сражались за Родину: Книга памяти. Саратов: РПИ «Детская книга», 2001. 336 с.).

3. Gizhov VA. Saratov Medical Institute during the Great Patriotic War. Journal of Historical, Philosophical, Political and Legal Sciences, Cultural Studies and Art Criticism: Questions of theory and practice. Tambov: Gramota, 2016; (7), part 1: 26–8. Russian (Гижов В.А. Саратовский медицинский институт в годы Великой Отечественной войны. Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение: Вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота, 2016; (7), ч. 1: 26–8).

4. Danilov AN, Shnaider DA, Sherstobitova LA, et al. 90 years to the Saratov Regional Dermatovenerologic Dispensary. In: Almanac of History. Saratov, 2013; p. 1–92. Russian (Данилов А.Н., Шнайдер Д.А., Шерстобитова Л.А. и др. 90 лет Саратовскому областному кожно-венерологическому диспансеру. В сб.: Альманах истории. Саратов, 2013; с. 1–92).

5. Zavyalov AI, Utts SR. Scientists-dermatovenerologists — graduates of the Saratov Medical University (historical and biographical essays). Saratov: SSMU, 2009; p. 7, 20, 27, 29, 32, 69, 88, 98, 103. Russian (Завьялов А.И., Утц С.Р. Ученые-дерматовенерологи — выпускники Саратовского медицинского университета (историко-биографические очерки). Саратов: СГМУ, 2009; с. 7, 20, 27, 29, 32, 69, 88, 98, 103).

ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В «САРАТОВСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»

1. Общая информация

В «Саратовском научно-медицинском журнале» публикуются статьи, посвященные различным проблемам теоретической и практической медицины, вопросам организации здравоохранения и его истории. **Не допускается присутствие в статье материалов рекламного характера.** Рукописи могут быть представлены в следующих форматах: оригинальная статья, обзор, краткое сообщение, письмо в редакцию, авторское мнение, лекция, передовая статья (обычно по приглашению редакции). Авторам необходимо указать принадлежность рукописи шифру (-ам) научной (-ых) специальности (-ей) в соответствии с приказом Минобрнауки России от 23 октября 2017 года №1027 «Об утверждении номенклатуры научных специальностей, по которым присуждаются ученые степени». При подаче статей, содержащих результаты диссертационных исследований, авторам рекомендуется обращать внимание на перечень научных специальностей, по которым «Саратовский научно-медицинский журнал» включен в Перечень ВАК.

Рукописи обычно оцениваются двумя независимыми рецензентами, после чего редакционной коллегией принимается решение о возможности публикации представленной рукописи.

Представляемый материал должен быть **оригинальным, ранее не опубликованным (!).** При выявлении факта нарушения данного положения (дублирующая публикация, плагиат, самоплагиат и т. п.) редакция оставляет за собой право отозвать статью от публикации и отказать всем авторам в дальнейшем сотрудничестве**.**

Общий объем **оригинальной статьи** и обзоров (включая библиографический список, резюме, таблицы и подписи к рисункам) не должен превышать **40 тысяч знаков.** Общий объем писем в редакцию, **кратких сообщений,** авторских мнений не должен превышать **10 тысяч знаков.**

В зависимости от типа рукописи **ограничивается объем иллюстративного материала.** В частности, оригинальные статьи, обзоры и лекции могут иллюстрироваться не более чем тремя рисунками и тремя таблицами, объем иллюстративного материала для краткого сообщения ограничен или одной таблицей, или одним рисунком. Авторские мнения и письма в редакцию публикуются без иллюстративных материалов.

Рукописи, имеющие нестандартную структуру, могут быть представлены для рассмотрения после предварительного согласования с редакцией журнала, при этом необходимо предварительно представить в редакцию мотивированное ходатайство с указанием причин невозможности выполнения основных требований к рукописям, установленных в «Саратовском научно-медицинском журнале». Редакция оставляет за собой право разрешить публикацию подобных статей по решению редакционной коллегии.

Неполучение авторами в течение двух недель с момента отправки статьи какого-либо ответа означает, что письмо не поступило в редакцию и следует повторить его отправку.

Работы должны быть оформлены в соответствии с указанными далее требованиями. Рукописи, не оформленные в соответствии с требованиями журнала, а также опубликованные в других изданиях, к рассмотрению не принимаются.

Редакция рекомендует авторам при оформлении рукописей придерживаться также Единых требований к рукописям Международного комитета редакторов медицинских журналов (ICMJE). Полное соблюдение указанных требований значительно ускорит рассмотрение и публикацию статей в журнале.

Авторы несут полную ответственность за содержание представляемых в редакцию материалов, в том числе за наличие в них информации, нарушающей нормы международного авторского, патентного или иных видов прав каких-либо физических или юридических лиц. Представление авторами рукописи в редакцию «Саратовского научно-медицинского журнала» является подтверждением гарантированного отсутствия в ней указанных нарушений. В случае возникновения претензий третьих лиц к опубликованным в журнале авторским материалам все споры решаются в установленном законодательством порядке между авторами и стороной обвинения. Изъятие редакцией данного материала из опубликованного печатного тиража не производится. Изъятие его из электронной версии журнала возможно при условии полной компенсации морального и материального ущерба, нанесенного редакции авторами.

Редакция оставляет за собой право редактирования статей и изменения стиля изложения, не оказывающих влияния на содержание. Кроме того, редакция оставляет за собой право отклонять рукописи, не соответствующие уровню журнала, возвращать рукописи на переработку и/или сокращение объема текста. Редакция может потребовать от автора представления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки рецензентом степени соответствия исходных данных и содержания статьи.

При представлении рукописи в редакцию журнала автор передает неисключительные имущественные права на использование рукописи и всех относящихся к ней сопроводительных материалов, в том числе на воспроизведение в печати и Интернете, на перевод рукописи на иностранные языки и т. д. Указанные права автор передает редакции журнала без ограничения срока их действия и на территории всех стран мира без исключения.

2. Порядок представления рукописи в журнал

Рукопись вместе с сопроводительным письмом представляется в печатном или электронном виде (лично, по почте или электронной почте

ssmj@list.ru). Ссопроводительное письмо должно быть подписано всеми авторами. Образец сопроводительного письма представлен на сайте журнала в разделе «Документы».

Сопроводительное письмо к статье должно содержать:

1) заявление о том, что статья прочитана и одобрена всеми авторами, что все требования к авторству соблюдены и все авторы уверены, что рукопись отражает действительно проделанную работу;

2) имя, адрес и телефонный номер автора, ответственного за корреспонденцию и за связь с другими авторами по вопросам, касающимся переработки, исправления и окончательного одобрения пробного оттиска;

3) сведения о статье: тип рукописи (оригинальная статья, обзор и др.); шифр (-ы) научной (-ых) специальности (-ей) в соответствии с номенклатурой научных специальностей, по которым присуждаются ученые степени (приказ Минобрнауки России от 23 октября 2017 года №1027), в совокупности **не более двух специальностей**; количество печатных знаков с пробелами, включая список литературы, резюме, таблицы и подписи к рисункам, с указанием детализации по количеству печатных знаков в следующих разделах: текст статьи; резюме (на рус. яз.), резюме (на англ. яз.); количество ссылок в списке литературы; количество таблиц; количество рисунков;

4) фамилии, имена и отчества всех авторов статьи полностью.

3. Требования к представляемым рукописям

Соблюдение данных требований позволит авторам правильно подготовить рукопись к представлению в редакцию.

3.1. Технические требования к тексту рукописи

Принимаются статьи, написанные на русском (с наличием перевода некоторых разделов на английский язык; см. правила далее) или английском языках. При подаче статьи, написанной полностью на английском языке, представление русского перевода названия статьи, фамилий, имен и отчеств авторов, резюме не является обязательным.

Текст статьи должен быть напечатан в программе Microsoft Office Word (файлы RTF и DOC). Шрифт Times New Roman, кегль 12 pt., черного цвета, выравнивание по ширине. Интервалы между абзацами отсутствуют. Первая строка — отступ на 6 мм. Шрифт для подписей к рисункам и текста таблиц должен быть Times New Roman, кегль не менее 10 pt. Обозначениям единиц измерения различных величин, сокращениям типа «г.» (год) должен предшествовать знак неразрывного пробела, отмечающий наложение запрета на отрыв их при верстке от определяемого ими числа или слова. То же самое относится к набору инициалов и фамилий. При использовании в тексте кавычек применяются так называемые типографские кавычки («»). Тире обозначается символом « — » (длинное тире); дефис «-».

На 1-й странице приводятся: УДК; заявляемый тип статьи (оригинальная статья, обзор и др.); шифр (-ы) научной (-ых) специальности (-ей) — **не более двух;** название статьи; инициалы и фамилии всех авторов с указанием полного официального названия учреждения места работы и его подразделения, должности, ученых званий и степени (если есть); отдельно приводится полная контактная информация об ответственном авторе (фамилия, имя и отчество контактного автора указываются полностью!). Название статьи, инициалы и фамилии авторов и информация о них (место работы, должность, ученое звание, ученая степень) следует представлять на двух языках — русском и английском.

Формат ввода данных об авторах: инициалы и фамилия автора, полное официальное наименование организации места работы, подразделение, должность, ученое звание, ученая степень (указываются все применимые позиции через запятую). Данные о каждом авторе, кроме последнего, должны оканчиваться **обязательно** точкой с запятой.

3.2. Подготовка текста рукописи

Статьи о результатах исследования (оригинальные статьи и краткие сообщения) должны содержать последовательно следующие разделы: «Резюме» (на русском и английском языках), «Введение», «Материал и методы», «Результаты», «Обсуждение», «Заключение/Выводы», «Конфликт интересов», «References (Литература)». Статьи другого типа (обзоры, лекции, клинические случаи, авторские мнения, письма в редакцию) могут оформляться иначе.

3.2.1. Название рукописи

Название должно отражать основную цель статьи. Для большинства случаев длина текста названия ограничена 150 знаками с пробелами. Необходимость увеличения количества знаков в названии рукописи согласовывается в последующем с редакцией.

3.2.2. Резюме

Резюме (на русском и английском языках) должно обеспечить понимание главных положений статьи. Для статей о результатах исследования резюме обязательно должно содержать следующие разделы: *Цель; Материал и методы; Результат; Заключение*. Объем резюме на русском языке не должен превышать 1500 знаков с пробелами. Перед основным текстом резюме необходимо повторно указать авторов и название статьи (в счет количества знаков не входит). В конце резюме требуется привести не более пяти ключевых слов. Желательно использовать общепринятые термины ключевых слов, отраженные в контролируемых медицинских словарях.

3.2.3. Введение

В конце данного раздела необходимо сформулировать основную *цель* работы (для статей о результатах исследования).

3.2.4. Материал и методы

В достаточном объеме должна быть представлена информация об организации исследования, объекте исследования, исследуемой выборке, критериях включения/исключения, методах исследования и обработки полученных данных. Обязательно указывать критерии распределения объектов исследования по группам. Необходимо подробно описать использованную аппаратуру и диагностическую технику с указанием ее основной технической характеристики, названия наборов для гормонального и биохимического исследований, нормальных значений для отдельных показателей. При использовании общепринятых методов исследования требуется привести соответствующие литературные ссылки; указать точные международные названия всех использованных лекарств и химических веществ, дозы и способы применения (пути введения).

Если в статье содержится **описание экспериментов на животных и/или пациентах**, следует указать, соответствовала ли их процедура стандартам этического комитета или Хельсинкской декларации 1975 года и ее пересмотра в 1983 году.

Статьи о результатах клинических исследований должны содержать в данном разделе информацию о соблюдении принципов Федерального закона от 12 апреля 2010 года №61 «Об обращении лекарственных средств» (для исследований, проводимых на территории Российской Федерации) и/или принципов Надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice). Участники исследования должны быть ознакомлены с целями и основными положениями исследования, после чего подписать письменно оформленное согласие на участие. Авторы должны изложить детали этой процедуры при описании протокола исследования в разделе «Материал и методы» и указать, что этический комитет одобрил протокол исследования. Если процедура исследования включает рентгенологические опыты, то желательно привести их описание и дозы экспозиции в данном разделе.

Пример*:*

Исследование выполнено в соответствии со стандартами Надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен этическими комитетами всех участвующих клинических центров. До включения в исследование у всех участников получено письменное информированное согласие.

Авторы, представляющие **обзоры литературы**, должны включить в них раздел, в котором описываются методы, используемые для нахождения, отбора, получения информации и синтеза данных. Кроме того, эти методы требуется указать и в резюме.

Описывать **статистические методы** необходимо настолько детально, чтобы грамотный читатель, имеющий доступ к исходным данным, мог проверить полученные авторами результаты. По возможности, полученные данные должны подвергаться количественной оценке и представляться с соответствующими показателями ошибок измерения и неопределенности (такими, как доверительные интервалы).

Описание процедуры статистического анализа является неотъемлемым компонентом раздела «Материал и методы», при этом саму статистическую обработку данных следует рассматривать не как вспомогательный, а как основной компонент исследования. Необходимо привести полный перечень всех использованных статистических методов анализа и критериев проверки гипотез. Недопустимы фразы типа: «использовались стандартные статистические методы» без конкретного их указания. Обязательно указывается принятый в данном исследовании критический уровень значимости «p» (например: «Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05»). В каждом конкретном случае желательно указывать фактическую величину достигнутого уровня значимости «p» для используемого статистического критерия. Кроме того, необходимо указывать конкретные значения полученных статистических критериев (например, критерий Хи-квадрат=12,3, число степеней свободы df=2, p=0,0001). Требуется давать определение всем используемым статистическим терминам, сокращениям и символическим обозначениям. Например, M — выборочное среднее, m — ошибка среднего. Далее в тексте статьи необходимо указать объем выборки (n), использованный для вычисления статистических критериев. Если используемые статистические критерии имеют ограничения по их применению, требуется указывать, как проверялись эти ограничения и каковы результаты данных проверок (например, как подтверждался факт нормальности распределения при использовании параметрических методов статистики). Следует избегать неконкретного использования терминов, имеющих несколько значений (например, существует несколько вариантов коэффициента корреляции: Пирсона, Спирмена и др.). Средние величины не следует приводить точнее чем на один десятичный знак по сравнению с исходными данными. Если анализ данных производился с использованием статистического пакета программ, то необходимо указать название этого пакета и его версию.

3.2.5. Результаты

В данном разделе констатируются полученные результаты, подкрепляемые наглядным иллюстративным материалом (таблицы, рисунки). Не следует повторять в тексте все данные из таблиц или рисунков; выделяются или суммируются только важные наблюдения. Не допускаются здесь выражение авторского мнения и интерпретация полученных результатов, так же как и ссылки на работы других авторских коллективов.

3.2.6. Обсуждение

Данный раздел не должен содержать обсуждений, которые не касаются данных, приведенных в разделе «Результаты». Допускаются ссылки на работы других авторских коллективов. Авторам необходимо выделить новые и важные аспекты исследования, а также выводы, которые из них следуют. Требуется избегать в разделе «Обсуждение» дублирования данных

или другого материала, уже приведенного в разделах «Введение» или «Результаты». В этом разделе обсуждается возможность применения полученных результатов, в том числе и в дальнейших исследованиях, а также их ограничения. Проведенные наблюдения сравниваются с другими исследованиями в данной области. Сделанные заключения связываются с целями исследования. При этом следует избегать «неквалифицированных», необоснованных заявлений и выводов, не подтвержденных полностью фактами. В частности, авторам не следует делать никаких заявлений, касающихся экономической выгоды и стоимости, если в рукописи не представлены соответствующие экономические данные и анализы. Не стоит претендовать на приоритет или ссылаться на работу, которая еще не закончена. Новые гипотезы формулируются в том случае, когда это оправданно. Необходимо четко обозначить, что это только гипотезы. В раздел «Обсуждение» могут быть также включены обоснованные рекомендации.

3.2.7. Заключение/Выводы

Данный раздел может быть написан или в виде общего заключения, или в виде конкретизированных выводов, в зависимости от специфики статьи.

3.2.8. Конфликт интересов

В данном разделе необходимо указать любые финансовые взаимоотношения, которые способны привести к конфликту интересов в связи с представленным в рукописи материалом. Если конфликта интересов нет, то пишется: «Конфликт интересов не заявляется».

Кроме того, здесь приводятся источники финансирования работы. Основные источники финансирования должны быть отражены под заголовком статьи в виде организаций-работодателей авторов рукописи. В тексте же раздела «Конфликт интересов» указывается тип финансирования организациями-работодателями (НИР и др.), а также информация о дополнительных источниках: спонсорская поддержка (гранты различных фондов, коммерческие спонсоры).

В данном разделе отмечается, если это применимо, коммерческая заинтересованность отдельных физических и/или юридических лиц в результатах работы, наличие в рукописи описаний объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского).

3.2.9. Благодарности

Данный раздел не является обязательным, но его наличие желательно, если это применимо.

Все участники, не отвечающие критериям авторства, должны быть перечислены в разделе «Благодарности». В качестве примера тех, кому следует выражать благодарность, можно привести лиц, осуществляющих техническую поддержку, помощников в написании статьи или руководителя подразделения, обеспечивающего общую поддержку. Необходимо также выражать признательность за финансовую и материальную поддержку. Группы лиц, чье участие в работе не отвечает критериям авторства, могут быть перечислены как «клинические исследователи» или «участники исследования». Их функция должна быть описана, например, следующим образом: «участвовали как научные консультанты», «критически оценивали цели исследования», «собирали данные» или «принимали участие в лечении пациентов, включенных в исследование».

3.2.10. References (Литература)

Редакция рекомендует ограничивать, по возможности, список литературы *двадцатью* источниками для оригинальных статей и кратких сообщений и *пятьюдесятью* источниками для обзоров и лекций. Ссылки нумеруются последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте. Ссылки обозначаются в тексте, таблицах и подписях к рисункам арабскими цифрами в квадратных скобках. Ссылки, относящиеся только к таблицам или подписям к рисункам, должны быть пронумерованы в соответствии с первым упоминанием в тексте определенной таблицы или рисунка. Ссылки должны быть сверены авторами с оригинальными документами. За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы!

Не допускаются ссылки на работы, которых нет в списке литературы, и наоборот: все документы, на которые делаются ссылки в тексте, должны быть включены в список литературы; недопустимы ссылки на не опубликованные в печати и в официальных электронных изданиях работы, а также на работы многолетней давности (более 10 лет). Исключение составляют только редкие высокоинформативные работы.

С 1 января 2014 года журнал перешел на формат оформления библиографических ссылок, рекомендуемый Американской национальной организацией по информационным стандартам (National Information Standards Organisation — NISO), принятый National Library of Medicine (NLM) для баз данных (Library's MEDLINE/PubMed database) NLM: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine. Названия периодических изданий могут быть написаны в сокращенной форме. Обычно эта форма написания самостоятельно принимается изданием; ее можно узнать на сайте издательства либо в списке аббревиатур Index Medicus.

В библиографическом описании приводятся фамилии авторов до трех, после чего для отечественных публикаций следует указать «и др.», для зарубежных — «et al.». При описании статей из журналов приводят в следующем порядке выходные данные: фамилия и инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, том, номер, страницы (от и до). При описании статей из сборников указывают выходные данные: фамилия, инициалы, название статьи, название сборника, место издания, год издания, страницы (от и до).

Для статьи **в русскоязычном источнике** приводится его официальный перевод на английский язык, указанный в статье-первоисточнике.

Название журнала-источника необходимо приводить в формате, рекомендованном на его офи-

циальном сайте или публикуемом непосредственно в издании: англоязычная колонка, колонтитулы и др. (официальный перевод или транслитерация). При отсутствии официального англоязычного наименования журнала-источника выполняется его транслитерация.

Примеры оформления ссылок:

Англоязычная статья (следует обратить внимание на отсутствие точек между инициалами авторов, при сокращении названия журнала, а также после названия журнала):

Vayá A, Suescun M, Solá E, et al. Rheological blood behaviour is not related to gender in morbidly obese subjects. Clin Hemorheol Microcirc 2012; 50 (3): 227–9.

Русскоязычная статья с транслитерацией:

Isaeva IV, Shutova SV, Maksinev DV, Medvedeva GV. On the question of sex and age characteristics of blood. Sovremennye naukoemkie tekhnologii 2005; (4): 45–7. Russian (Исаева И.В., Шутова С.В., Максинев Д.В., Медведева Г.В. К вопросу о половых и возрастных особенностях крови. Современные наукоемкие технологии 2005; 4: 45–7).

Shalnova SA, Deev AD. Russian mortality trends in the early XXI century: official statistics data. Cardiovascular Therapy and Prevention 2011; 10 (6): 5–10. Russian (Шальнова С.А., Деев А.Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века: по данным официальной статистики. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6): 5–10).

Книга:

Ivanov VS. Periodontal diseases. Moscow: Meditsina, 1989; 272 p. Russian (Иванов В.С. Заболевания пародонта. М.: Медицина, 1989; 272 с.).

Глава в англоязычной книге:

Nichols WW, O'Rourke MF. Aging, high blood pressure and disease in humans. In: Arnold E, ed. McDonald's Blood Flow in Arteries: Theoretical, Experimental and Clinical Principles. 3rd ed. London/Melbourne/Auckland: Lea and Febiger, 1990; p. 398–420.

Глава в русскоязычной книге:

Diagnostics and treatment of chronic heart failure. In: National clinical guidelines. 4th ed. Moscow: Silicea-Polygraf, 2011; p. 203–93. Russian (Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. В кн.: Национальные клинические рекомендации. 4-е изд. М.: Силицея-Полиграф, 2011; с. 203–96).

Интернет-ссылка:

Panteghini M. Recommendations on use of biochemical markers in acute coronary syndrome: IFCC proposals. eJIFCC 14. URL: http://www.ifcc.org/ejifcc/vol14no2/1402062003014n. htm (28 May 2004).

Автореферат диссертации:

Hokhlova DP. Ultrasound assessment of uterine involution in parturients with different parity and mass-height ratio: PhD abstract. Dushanbe, 2009; 19 p. Russian (Хохлова Д.П. Ультразвуковая оценка инволюции матки у родильниц с различным паритетом и массо-ростовым коэффициентом: автореф. дис. … канд. мед. наук. Душанбе, 2009; 19 с.).

Для автореферата докторской диссертации указывается: DSc abstract (автореф. дис. … д-ра мед. наук).

Диссертация:

Hokhlova DP. Ultrasound assessment of uterine involution in parturients with different parity and mass-height ratio: PhD diss. Dushanbe, 2009; 204 p. Russian (Хохлова Д.П. Ультразвуковая оценка инволюции матки у родильниц с различным паритетом и массо-ростовым коэффициентом: дис. … канд. мед. наук. Душанбе, 2009; 204 с.).

Для докторской диссертации указывается: DSc diss. (дис. … д-ра мед. наук).

3.2.11. Графический материал

Объем графического материала — минимально необходимый. Если рисунки были опубликованы ранее, следует указать оригинальный источник и представить письменное разрешение на их воспроизведение от держателя права на публикацию. Разрешение требуется независимо от авторства или издателя, за исключением документов, не охраняющихся авторским правом.

Рисунки и схемы в электронном виде представляются с расширением JPEG, GIF или PNG (разрешение 300 dpi). Рисунки можно представлять в различных цветовых вариантах: черно-белый, оттенки серого, цветные. Цветные рисунки окажутся в цветном исполнении только в электронной версии журнала, в печатной версии журнала они будут публиковаться в оттенках серого. Микрофотографии должны иметь метки внутреннего масштаба. Символы, стрелки или буквы, используемые на микрофотографиях, должны быть контрастными по сравнению с фоном. Если используются фотографии людей, то либо эти люди не должны быть узнаваемыми, либо к таким фото должно быть приложено письменное разрешение на их публикацию. Изменение формата рисунков (высокое разрешение и т.д.) предварительно согласуется с редакцией. Редакция оставляет за собой право отказать в размещении в тексте статьи рисунков нестандартного качества.

Рисунки должны быть пронумерованы последовательно в соответствии с порядком, в котором они впервые упоминаются в тексте. Подготавливаются подрисуночные подписи в порядке нумерации рисунков.

В названии файла с рисунком необходимо указать фамилию первого автора и порядковый номер рисунка в тексте, например: «Иванов_рис1. GIF».

3.2.12. Таблицы

Все таблицы необходимо подготовить в **отдельном** RTF-файле. В названии файла следует указать фамилию первого автора и слово «таблицы», например: «Иванов_таблицы. RTF».

Таблицы должны иметь заголовок и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Шрифт для текста таблиц должен быть Times New Roman, кегль

не менее 10 pt. Каждая таблица печатается через 1 интервал. Фототаблицы не принимаются.

Таблицы нумеруются последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте. Каждой из них дается краткое название. Каждый столбец в таблице должен иметь короткий заголовок (можно использовать аббревиатуры). Аббревиатуры, приведенные в таблице, обязательно должны быть раскрыты в примечании к таблице, даже если они были расшифрованы в тексте статьи или в предыдущей таблице. В примечании также помещаются любые разъяснения.

Все показатели в таблицах должны быть тщательно выверены авторами и соответствовать цифрам в тексте. Необходимо указать единицы измерения ко всем показателям, на русском языке.

3.2.13. Единицы измерения и сокращения

Измерения приводятся по системе СИ и шкале Цельсия. Сокращения отдельных слов, терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Все вводимые сокращения расшифровываются полностью при первом появлении в тексте статьи, с последующим указанием сокращения в скобках. Не следует использовать аббревиатуры в названии статьи и в резюме.

4. Руководство по техническим особенностям подачи рукописей в редакцию журнала читайте на сайте www.ssmj.ru в разделе «Авторам».

Контактная информация:

Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112. СГМУ, редакция «Саратовского научно-медицинского журнала».

Тел.: +7 (8452) 393978.

Факс: +7 (8452) 511534.

E-mail: ssmj@list.ru

Посненкова Ольга Михайловна — заведующий отделом по выпуску журнала, доктор медицинских наук.

Фомкина Ольга Александровна — ответственный секретарь, доктор медицинских наук, доцент.