

Московский Центр дерматовенерологии и косметологии награжден премией Правительства РФ в области качества!

6 МАЯ В ДОМЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В МОСКВЕ СОСТОЯЛАСЬ ТОРЖЕСТВЕННАЯ ЦЕРЕМОНИЯ НАГРАЖДЕНИЯ ЛАУРЕАТОВ ПРЕМИИ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА 2023 ГОДА.

Премия присуждается организациям за достижение значительных результатов в области качества продукции и услуг, обеспечения их безопасности, а также за внедрение высокоэффективных методов менеджмента качества.

Награды вручил заместитель председателя Правительства Российской Федерации – министр промышленности и торговли Денис Мантуров.

В церемонии также приняли участие секретарь Совета по присуждению премий Правительства в области качества, руководитель Роскачества Максим Протасов, депутат Госдумы, председатель Комитета Госдумы по промышленности и торговле Владимир Гутенев, члены Совета по присуждению премий Правительства в области качества, ведущие эксперты и представители Роскачества.

«Премия Правительства Российской Федерации в области качества – это динамичный инструмент улучшения менеджмента российских предприятий. Все организации-участники имеют возможность пройти аудит своей системы управления и получить экспертную оценку и рекомендации по улучшению отдельных направлений работы. Участие в премии позволяет предприятиям узнать, насколько зрелыми являются их процессы управления, а органам власти – получить срез состояния отраслей», – сказал Денис Мантуров.

В свою очередь Максим Протасов отметил: «Внедрение моделей диагностики бизнес-процессов играет важнейшую роль в поддержании устойчивости организаций, резко увеличивает быстроту реагирования на вызовы внешней среды, является инструментом постоянного



развития предприятий для достижения выдающихся результатов. Поэтому получение звания лауреата правительственной премии в области качества является подтверждением того, что организация уверенно справляется с изменениями, внедряет передовые методы управления, что в совокупности позволяет ей быть эффективной по различным показателям, в том числе экономическим, а также клиентоориентированной».

Лауреатами премии Правительства в области качества 2023 года стали 12 организаций, в числе которых Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы».

2 Дерматологическая служба Омской области – 110 лет на защите здоровья больных



3 Медицина как искусство



11 Профилактика рака кожи. Мировой опыт

12 Использование витаминов в практике врача-дерматовенеролога



Потекаев Н. Н., Мантуров Д. В., Жукова О. В.



Премия правительства РФ в области качества

ИНТЕРВЬЮ

Дерматологическая служба Омской области – 110 лет на защите здоровья больных

В ДАЛЕКОМ 1914 ГОДУ В ОМСКЕ ПОЯВИЛОСЬ ПЕРВОЕ ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ – ВОЕННЫЙ ГОСПИТАЛЬ. НА ЕГО БАЗЕ ВОЕНВРАЧ ЕВГЕНИЙ СЕМЕНОВИЧ СОРОКИН* ОТКРЫЛ ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ. С НЕГО И НАЧАЛАСЬ ИСТОРИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ. ИТАК, В ЭТОМ ГОДУ СЛУЖБА ОТМЕЧАЕТ 110-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ. ПОДРОБНЕЕ О ТОМ, КАК ОНА РАБОТАЕТ СЕГОДНЯ, РАССКАЗАЛ В ИНТЕРВЬЮ НАШЕЙ ГАЗЕТЕ ЮРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ НОВИКОВ, Д. М. Н., ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ И КОСМЕТОЛОГ СФО, ГЛАВНЫЙ ВРАЧ БУЗОО «КЛИНИЧЕСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» (ККВД), ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ОМСКОГО ГМУ.



– **Есть ли особенности в структуре заболеваемости дерматовенерологическими патологиями (ДВП) у жителей Омской области? Существуют ли в вашем регионе эндемичные кожные заболевания?**

– Эндемичных ДВП в нашем регионе не существует. Как нет и существенных отличий в структуре кожной заболеваемости по сравнению с другими российскими регионами. И все же некоторые отличия и региональные тенденции существуют. Мы наблюдаем рост заболеваемости аллергическими расстройствами кожи. Стал заметно тяжелее протекать псориаз, хотя роста заболеваемости здесь нет. В последние годы у нас достаточно высокий удельный вес злокачественных образований кожи в структуре общей онкопатологии по региону. На сегодня эти опухольевые заболевания вышли в области на второе место по распространенности среди всех злокачественных новообразований.

– **Вы говорите о меланоме?**

– Нет, я имею в виду базалиому. Это менее агрессивная опухоль, но нас очень тревожит то, что болезнь у наших больных характеризуется высоким удельным весом запущенных форм. Мы не намерены мириться с этим. Как раз сегодня мы обсуждали этот вопрос на совещании в областном Минздраве. Наметили план работы по повышению онконастороженности среди врачей общей лечебной сети, уже начали его реализовывать, стараемся как можно скорее решить проблему.

– **Назовите, пожалуйста, три самые распространенные ДВП, с которыми пациенты обращаются к Вашим коллегам.**

– На первом месте – контактный дерматит. В 2023 году таких обращений у нас было более 17 тысяч. На втором – так называемая группа других дерматитов. Сюда преимущественно входят инфекционные дерматиты и экзема, всего почти 14 тысяч случаев. Наконец, псориаз – почти 4 тысячи случаев. Вот так выглядит тройка наиболее часто встречающихся в нашей практике болезней кожи.

– **А какая, по Вашему мнению, ДВП представляет наибольшую сложность для Ваших коллег в плане трудозатрат врачей, расходов системы ОМС?**

– Как и в ряде других регионов РФ, в нашей области растет встречаемость псориазического артрита и тяжелых распространенных форм псориаза, таких как генерализованный пустулезный псориаз. Ввиду резистентности к стандартной терапии мы часто используем здесь генно-инженерные препараты. Увы, спрос на подобное лечение пока гораздо выше, чем наши возможности его обеспечить.

– **Сколько дерматологов занято сегодня в амбулаторном и госпитальном звене службы?**

– Всего в дерматовенерологической службе Омской области (далее – служба) занято 94 специалиста. Из них в амбулаторной сети – 84 человека, 10 – в стационарах. Основная часть моих коллег (67 человек) работают в ККВД, единственном дерматовенерологическом учреждении государственной системы здравоохранения области.

– **Достаточна ли на сегодня обеспеченность дерматологами населения области?**

– Обеспеченность, правда, за исключением сельского сегмента, пока остается достаточной. Но есть и тенденция к уходу из службы все новых наших специалистов в связи либо с переездом в другой регион, либо с трудоустройством в коммерческую медицину, чаще всего – в косметологическое направление. Пока нам удается стабилизировать эти потери подготовкой новых кадров, но, честно говоря, несмотря на все наши усилия, уверенности в завтрашнем дне у меня нет.

Клинической базой кафедры дерматовенерологии Омского государственного медицинского университета является уже знакомый вам ККВД. Сейчас на кафедре в ординатуре обучается 52 молодых врача. Это рекорд, такого количества у нас не было никогда! Понятно, что часть из них нацелена на последующую работу в коммерческой косметологии. Но немало молодых специалистов поступит на работу в службу. И поскольку у нас очень тесные взаимоотношения между кафедрой и диспансером (параллельно я являюсь не только главным врачом ККВД, но и заведующим кафедрой), мы имеем возмож-

ность в течение двух лет приглядываться к тем ординаторам, которым потом будем предлагать трудоустройство у нас.

– **И таким образом отбирать лучших из лучших. Отличная практика! Но ведь все или почти все выбранные вами врачи останутся в ККВД, в Омске. А кто же поедет лечить пациентов в села и небольшие города?**

– Сельский сегмент нашей службы вымывается все сильнее. Как, впрочем, уходят из ЦРБ и узкие специалисты других направлений. Из 32 муниципальных образований области на сегодня дерматовенерологами укомплектовано только 18. Причем в 6 из этих образований работают врачи-пенсионеры. Высок риск, что скоро мы их потеряем и вряд кем-то заменим в обозримом будущем. А если мы говорим о дерматовенерологах в ЦРБ более молодого возраста, то учтите, что многие из них работают совместителями. Скажу откровенно: дерматовенерологическое направление в ЦРБ нашей области сегодня угасает, и такая ситуация по всей Сибири.

– **Получается, что пациентам с ДВП приходится лечить терапией?**

– Но пока в силах нашей службы этого не допустить. И вот что мы делаем. Первый вариант. Мои земляки-пациенты приезжают на консультацию в омский диспансер, где у нас действует негласное, но неизменно соблюдаемое правило: мы всегда находим время проконсультировать в день обращения больного, прибывшего из отдаленного района. Второй вариант – пациента принимают в соседнем районе, где дерматолог в ЦРБ есть. Третий вариант – главный врач ЦРБ, где нет дерматолога, приглашает к себе поработать вахтовым методом на основании специального договора подобного специалиста из другого района, например, на одну из четырех недель месяца. Вариант четыре – выезды в районы комплексных врачебных бригад из Омска. В их состав входят мои коллеги, готовые для консультирования населения. Заявку же ежемесячно составляет главный врач ЦРБ.

Понимаю, что хотя вариантов целых четыре, ситуация крайне сложная. Речь тут пока идет не о «патогенетическом лечении», а только о «заместительной терапии». Я также убежден, что руководству службы эту ситуацию нужно не только пристально отслеживать, но и регулировать. Поэтому у нас за каждой ЦРБ закреплен куратор из штата дерматологических лечебных учреждений Омска.

Думается, что сейчас нам надо выиграть время, сократив до минимума к сожалению неизбежное снижение качества лечения наших больных. Я надеюсь, что рано или поздно произойдет возврат к государственной системе распределения выпускников медвузов. Другого выхода я не вижу. Тем более что уже очевидно то, что программы «земский доктор» и «земский фельдшер» за многие годы так и не привлекли достаточного пополнения на село ни врачей-специалистов, ни среднего медицинского персонала.

– **Как обстоит дело с оборудованием для лечения и диагностики кожных заболеваний?**

– Обеспечение дерматоскопами в ЦРБ нашей области недостаточно, не все врачи обучены работе на таких устройствах. Что же касается головного учреждения службы, то есть ККВД, то здесь ситуация гораздо лучше. В рабочем состоянии 56 дерматоскопов, из них 8 высокочувствительных видеодерматоскопов РДС-2.

– **Расскажите, пожалуйста, об обеспечении омских больных тяжелыми дерматозами генно-инженерными препаратами.**

– В 2017 году, когда мы сделали первый шаг в направлении генно-инженерной биологической терапии, у нас был всего один пациент. В 2024 же году уже 34 наших больных получают ГИБТ пяти различных видов. К сожалению, до последнего времени большинство тарифов в рамках системы ОМС на лечение такими лекарствами у нас были с отрицательным балансом. Иначе говоря, не покрывающим расходы на приобретение медикамента. Сегодня остался только один тариф, очень невыгодный для нас.

И все-таки количество пациентов, которым требуется генно-инженерная терапия и которым мы пока не можем помочь, остается достаточно большим. Из 129 пациентов нашего региона, страдающих псориазом, лишь 33 человека получают биологическую терапию, а 96 находятся в листе ожидания. Поэтому впереди у нас большая и сложная работа, по итогам которой мы надеемся улучшить ситуацию и лечить наших больных согласно их статусу и клиническим рекомендациям, а не исходя из экономических соображений.

– **Правительство Омской области помогает вам решить этот вопрос?**

– Безусловно. Еще в 2017 году ККВД был включен в региональную программу адресной медицинской помощи. С тех пор каждый год правительство области выделяет определенную сумму – в последние годы она составляла 5,5–6 млн рублей – чтобы мы обеспечивали генно-инженерными препаратами группу больных, которые, не будучи инвалидами, не считаются и федеральными льготниками.

Понимаю, что речь идет о небольших деньгах. Но и они заметно нам помогают, к тому же с учетом того, что уже появляются отечественные препараты, цена которых ниже, чем у зарубежных препаратов. Это, например, нетакимаб, препарат на основе моноклональных антител, направленный на блокаду провоспалительного цитокина ИЛ-17А. Он применяется в терапии бляшечного псориаза среднетяжелой и тяжелой степени, активного псориазического артрита. Надеюсь, что нетакимаб будет не последним импортозамещенным препаратом для борьбы с тяжелыми дерматозами в России.

– **Может ли служба лечить больного с любой болезнью кожи, или кого-то все-таки приходится направлять, например, в московские дерматовенерологические клиники четвертого уровня?**

– Таких больных немного, но они есть. В 2023 году двух больных мы направили для получения специализированной медицинской помощи по профилю дерматология в федеральные научно-клинические центры. Это были больные с редкими и тяжелыми дерматозами, им необходимо было пройти сложные обследования, чтобы уточнить диагноз и выбрать тактику индивидуализированного лечения.

– **Выходит, какие-то пределы возможностей для вашей службы существуют?**

– Подобные ограничения есть, но их мало. Например, нам требуется помощь, когда необходима сложная иммуногистохимическая диагностика, которая для наших пациентов пока недоступна.

* В 1921 году профессор Е. С. Сорокин (1882–1958) организовал кафедру кожных и венерических болезней Омского медицинского института и стал ее первым заведующим.

ИНТЕРВЬЮ

– **Какие проблемы в работе службы Вы назвали бы самыми болезненными?**

– К двум проблемам, о которых я уже рассказывал вам – это острая нехватка генно-инженерной биологической терапии и кадровый дефицит, особенно сельского сегмента нашей службы, – добавлю и третью. Это тоже серьезная проблема укомплектованности, но относящаяся к среднему медицинскому персоналу, я говорю о медсестрах. Молодых женщин, моих землячек, мало привлекает эта профессия. Поэтому в возрасте от 50 лет и старше в нашей службе почти 40% медсестер. А в возрасте до 36 лет всего 11%. Мы активно выходим на выпускников медицинских училищ. Отдача от этих усилий уже есть, но пока она далека от желаемой.

– **Наша газета, включающая интервью с Вами, будет опубликована в преддверии**

Дня медика, который в 2024 году выпал на 16 июня. От имени редакции и от себя лично поздравляю Вас и всех сотрудников омской дерматологической службы с этим замечательным праздником, как и со 110-летним юбилеем службы! А что бы Вы хотели пожелать коллегам?

– В этот день хочется пожелать всем медицинским работникам России сил, энергии, бодрости, здоровья, успехов в работе. На нас возложена огромная ответственность за здоровье и жизнь россиян, от нашей работы зависит очень и очень многое! Поэтому удачи вам, коллеги, профессионального роста и материального благополучия, и чтобы в вашей работе было больше профилактики, чем лечения, и как можно меньше тяжелых и запущенных заболеваний!

Беседовал к.м.н. А. Рылов



ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА



Профессор Е. С. СОРОКИН (1882–1958)



1. Первым лечебным учреждением в г. Омске был военный госпиталь. На его базе в 1914 году было открыто венерологическое отделение, возглавляемое врачом Евгением Семеновичем Сорокиным, в последующем завкафедрой дерматовенерологии при медицинском институте.

2. В 1923 году по распоряжению горздраотдела открыта амбулатория для приема венерических больных и стационар на 40 коек.

3. В 1925 году на базе вышеупомянутой амбулатории был организован кожно-венерологический диспансер, в нем открыт кабинет личной профилактики с круглосуточным приемом, в котором в дальнейшем разместился стационар областного вендиспансера на 60 коек.

4. С 1926 года в Омске существует железнодорожный кожно-венерологический диспансер, с 1927 года – кожно-венерологический кабинет в системе поликлиники водного транспорта, в крупных сельских районах открывались кожно-венерологические кабинеты, общим числом до 16, в настоящее время – 32.

МЕРОПРИЯТИЯ

Медицина как искусство

В РУДН ИМЕНИ ПАТРИСА ЛУМУМБЫ 10 АПРЕЛЯ 2024 ГОДА ПРОШЛА V ТРАДИЦИОННАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ».

С приветственными докладами выступили:

Людмила Ивановна Летникова, д.м.н., директор департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России.

Наталья Евгеньевна Мантурова, д.м.н., заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий ФГАУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, главный внештатный специалист пластический хирург Минздрава России и ДЗМ.

Владимир Михайлович Филиппов, д.ф.м.н., профессор, президент Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы.

Николай Николаевич Потекаев, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России и ДЗМ, директор ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ».

Андрей Дмитриевич Каприн, д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист онколог Минздрава России.

Виктор Евсеевич Радзинский, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов.

Окончание на стр. 4



Потекаев Н. Н., Жукова О. В., Филиппов В. М., Мантурова Н. Е., Радзинский В. Е.

МЕРОПРИЯТИЯ

Окончание. Начало на стр. 3

«Пластическая хирургия – относительно новая научная специальность, но это, конечно, очень интересная междотраслевая наука. Доклады, которые сегодня будут представлены, это и пластическая хирургия в онкологии и акушерстве, это и гинекология, дерматология, косметология. Это очень междисциплинарное и, значит, очень перспективное направление, к которому я призываю молодежь», – отметил в своем приветственном слове В. М. Филиппов. Он поблагодарил всех организаторов мероприятия и вспомнил о том, что в РУДН все началось с кафедры челюстно-лицевой хирургии, которой руководила профессор Валентина Станиславовна Дмитриева – удивительный человек, полковник медицинской службы. Под ее руководством вышло около 70 докторов и 200 кандидатов наук.

На важные обновления указала в своем сообщении Л.И. Летникова. Она обратила внимание, что 1 апреля этого года вступил в силу Федеральный закон №462, который допускает врачей-ординаторов до оказания медицинской помощи по той специальности, по которой они учатся в ординатуре. Кроме того, вышел приказ 716 Минздрава России, на основании которого ординаторы, успешно пройдя аттестационную комиссию после первого года обучения, получают допуск не только для перехода ко второму курсу обучения в ординатуре, но и к оказанию медицинской помощи, они могут заключить трудовой договор в соответствии со штатным расписанием и работать врачами-стажерами.

Н.Е. Мантурова отметила, что до 2009 года (когда в нашей стране была утверждена специальность «Пластическая хирургия») врач мог развиваться в этом направлении, получая знания и навыки только благодаря отдельным авторитетным специалистам и наставникам. «Силами наших специалистов, которые занимали отдельные клинические базы, продвигали отдельную школу по подготовке, мы получили потрясающий золотой фонд тех накоплений, клинических рекомендаций, которые стали базой и основой нашей образовательной современной программы по пластической хирургии», – подчеркнула она.

В своем интереснейшем докладе спикер рассказала об истории возникновения пластической хирургии в мире, начиная с выпуска в 1567 году первого практического руководства по пластической хирургии, подробно остановилась на «золотом веке» (1814–1914 годы), а также очертила перспективы современных научных исследований специальности.

Доклад Н.Н. Потекаева был посвящен Московскому научно-практическому Центру дерматовенерологии и косметологии. Он подробно рассказал о структуре и функционировании Центра, упомянул о новых проектах, в частности открытии Московского городского ВПЧ-центра, остановился на итогах пилотного проекта «Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи в городе Москве», направленного на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи, раннее выявление и улучшение прогноза жизни пациентов со злокачественными новообразованиями кожи. «В настоящее время в Москве благодаря реализации этого проекта и развитию медицинских технологий растет

выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями», – отметил он в частности.

А.Д. Каприн также подчеркнул, что считает онкологию и пластическую хирургию междисциплинарной темой. Лектор представил объемную интересную презентацию, посвященную возможностям пластической хирургии в онкологии. В своем сообщении он уделит внимание ведущим локализациям в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, опухолям головы и шеи, остановился на некоторых видах реконструкций, а также показал присутствующим результаты различных операций.

На проблему акушерского травматизма в свою очередь указал В.Е. Радзинский. Он, в частности, привел цифры, утвержденные коллегией Минздрава РФ. Например, в 2000 году 60% женщин после 60 лет нуждались в коррекции тазового дна и лечении недержания мочи. В 2022 году, спустя 20 лет, в такой коррекции нуждаются уже 73% женщин. Спикер отметил, что такие проблемы начинаются, по большому счету, с акушерского травматизма, то есть в родильном зале.

В перерыве между секциями конференции прошел конкурс постерных докладов по основным направлениям конференции, где молодые ученые представили результаты своих исследований и интересные клинические наблюдения.

Продолжилась конференция работой тематических секций: «Научные достижения русской школы пластической хирургии», «Дерматовенерология и косметология: от инноваций к практике», «Перинеология. Эстетическая гинекология в реальной клинической практике» и организованной впервые секции «Status Alimentarius. Диетология и нутрициология в эстетической медицине».

Секция «Дерматовенерология и косметология: от инноваций к практике» охватила вопросы современных диагностических методик лечения, профилактики и прогнозирования распространенных дерматологических заболеваний и эстетических недостатков. Представлены результаты собственных исследований и клинические случаи из практики ведущих специалистов, молодых ученых и сотрудников кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии МИ и дерматовенерологии с курсом косметологии ФНМО РУДН.

Председателем профильной секции по дерматовенерологии и косметологии выступила главный врач ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии», заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии МИ РУДН имени Патриса Лумумбы, д.м.н., профессор Ольга Валентиновна Жукова. В своем докладе она осветила важность и диагностическую ценность ранней диагностики меланомы и перспективность проведения акции «День диагностики меланомы», которая вот уже в 18-й раз пройдет в России.

Доклад о возможностях дерматоскопического метода в диагностике и дифференциальной диагностике себорейного дерматита волосистой части головы представила доцент кафедры, к.м.н. Елена Игоревна Касихина. В сообщении были представлены особенности клинической картины заболевания и корреляции клинических признаков с дерматоскопическими паттернами.



Исмагуллаева С. С.



Острецова М. Н.

Продемонстрирована динамика дерматоскопической картины на фоне проводимой патогенетической терапии.

Морфофункциональные особенности темной кожи и возможности комбинированной терапии акне и постакне у пациентов с фототипами IV–VI были обсуждены в докладе доцента кафедры, к.м.н. Марии Николаевны Острецовой и ассистента Валентины Арнольдовны Блюминой.

Качество жизни у пациентов с хроническими заболеваниями кожи обсуждалось в сообщении доцента кафедры, к.м.н. Галины Павловны Терещенко.

Ассистент кафедры Анита Владимировна Костецкая рассказала о преимуществах и возможных осложнениях применения препаратов коллагена, поделилась личным опытом применения данных препаратов в своей клинической практике.

Актуальный вопрос оценки крапивницы как предиктора системного заболевания подняла в своем докладе ассистент кафедры Светлана Сергеевна Исмагуллаева.

Аспиранты кафедры поделились результатами проводимых ими диссертационных исследований. Александр Сергеевич Шачнев представил современные данные об этиопатогенезе, классификации и новых методах терапии рефрактерных форм дисгидротической экземы, таких как применение биологической терапии ингибиторами интерлейкина-4 и интерлейкина-13.

Данные результатов исследовательской работы, посвященной изучению клинко-эпидемиологических особенностей течения такого редкого заболевания, как кожный мастоцитоз у детей из Центральной Азии, были доложены аспирантом кафедры Айжан Окенаевой.

Изучение современного течения редких дерматозов – одно из научных направлений кафедры. Выступление аспиранта Элеоноры Станиславовны Михеевой было посвящено анализу роста заболеваемости кожными формами красной волчанки в Москве. В докладе отражены особенности эпидемиологии разных форм красной волчанки с учетом пола и возраста заболевших.

Также в программе секции прозвучали доклады, посвященные оптимизации выбора доз ультрафиолетового облучения при фототерапии дерматозов, возможностям физиотерапевтических методов при лечении псориаза и псориазической ониходистрофии, о различиях в терапевтической тактике в отношении розацеа и периорального дерматита и возможностях профилактики кандидозной инфекции слизистых оболочек у пациентов из групп риска.

Авторитет конференции и охват участников планомерно растут, и нет сомнения, что в будущем году она не только сохранит свои уже устоявшиеся традиции, но и соберет еще больше новых участников, интересных докладов и секций.



Конкурс постерных докладов



Терещенко Г. П.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ КОМПЛЕКСНОГО ДЕЙСТВИЯ¹

бетаметазона дипропионат 0,05% | салициловая кислота 2%

снимает воспаление

купирует зуд

отшелушивает корочки

замедляет пролиферацию

СПРЕЙ
И ЛОСЬОН*



белосалик®

включение в терапию** шампуня***
повышает эффективность лечения
и качество жизни пациентов
с псориазом волосистой части головы²

ТАНДЕМ

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ДЕРМАТОЗОВ
КОЖИ ГОЛОВЫ

на **98%** устраняет
шелушение
и корочки

на **93%** устраняет
зуд

ШАМПУНЬ

- САЛИЦИЛОВАЯ
КИСЛОТА 3%
- ПИРОКТОН ОЛАМИН
- пантенол
- экстракт ромашки



очищает кожу головы
отшелушивает корочки
оказывает противогрибковое действие
способствует регенерации кожи головы



ОЧИЩАЮЩИЙ КЕРАТОЛИТИЧЕСКИЙ ШАМПУНЬ

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

* Белосалик® лосьон с насадкой-распылителем для терапии псориаза, себорейного дерматита и других дерматозов на волосистой части головы

** Терапия – лосьон Белосалик® 2 раза 2 день, 21 день.

*** Шампунь Белосалик® Салик

1. Инструкция по медицинскому применению Белосалик® лосьон.

2. Дворянкова Е.В., Хисматуллина З.Р. и др. Исследование эффективности применения шампуня Белосалик® в наружной терапии псориаза волосистой части головы. Клиническая дерматология и венерология. 2023;22(6):708-714.

 **BELUPO**
СПЕЦИАЛИСТ В ДЕРМАТОЛОГИИ

БЕЛУПО, лекарства и косметика, д.д.,
Республика Хорватия, Представительство в Москве

МЕРОПРИЯТИЯ

Итоги 17-го Всероссийского Съезда НАДК

В МОСКВЕ ПРОШЕЛ 17-Й ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ. МЕРОПРИЯТИЕ СОСТОЯЛОСЬ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, КОМИТЕТА ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК, ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПРИ РОСЗДРАВНАДЗОРЕ, СОЮЗА МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА».

Торжественно открыв Съезд, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, д.м.н., профессор **Николай Николаевич Потекаев** зачитал приветствие от заместителя министра здравоохранения



Потекаев Н. Н.

России Е. Г. Камкина, в котором он пожелал участникам Съезда успешной и плодотворной работы и отметил, в частности, что «сегодняшние вызовы требуют обмена лучшими практиками, в этой связи дискуссионные возможности, которые предоставляет формат мероприятия, имеют исключительное значение для отрасли и выполняют основную задачу Съезда – формирование стратегии и концепции развития дерматовенерологической службы России. Важно отметить, что в настоящее время медицинскими профессиональными некоммерческими организациями разработано и утверждено 19 клинических рекомендаций по профилю “дерматовенерология”, издано 10 приказов Минздрава России, утверждающих 12 стандартов медицинской помощи при дерматовенерологических заболеваниях».

Сенатор, член комитета Совета Федерации по социальной политике **Юлия Викторовна Лазуткина** также отметила, что для нее очень почетно присутствовать на Съезде, где собрались люди, которые делают мир красивее. «В эти дни вы будете работать, обмениваться опытом, обсуждать новые технологии, новые препараты и новые методы, которые позволят и женщинам, и мужчинам продлить свою молодость и быть чуточку красивее», – отметила она и зачитала



Лазуткина Ю. В.



приветствие от председателя комитета Совета Федерации по социальной политике **Елены Алексеевны Перминовой**.

«Я невероятно горжусь, что сегодня мы здесь. Мне очень нравится, что вы собираетесь, что у вас есть эта добрая традиция. Без вашей помощи: медицинской, профессиональной, коллегиальной, – смежные специальности не сработали бы. Без вас не живут психиатры, хирурги, проктологи, флебологи и так далее», – сказал председатель комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ **Бадма Николаевич Башанкаев**, он также отметил, что с уважением



Башанкаев Б. Н.

относится к дерматологии, потому что эти врачи дарят не только красоту, но и возвращают качество жизни и здоровье.

Главный внештатный специалист по профилактической медицине Минздрава России, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования РФ, президент союза педиатров России, академик РАН **Лейла Сеймуровна Намазова-Баранова** зачитала обращение от академика, вице-президента РАН



Намазова-Баранова Л. С.

Михаила Александровича Пирадова, в котором он упомянул, что в настоящее время огромное внимание уделяется внедрению отечественных разработок во все сферы. «Действительно, наука должна двигаться вперед, практическая медицина – использовать научные разработки для лечения и медицинского сопровождения. Убежден, что в ходе мероприятия будут выработаны новые интересные инициативы, способствующие внедрению в российское здравоохранение современных достижений медицинской науки», – говорится в нем.

«Сегодня вы в 17-й раз проводите Всероссийский Съезд. Это признак стабильного, устойчивого развития всего Национального альянса дерматовенерологов и косметологов», – отметил в своем выступлении директор медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», д.м.н. **Алексей Юрьевич Абрамов**. – Российский университет дружбы народов является одним из организаторов данного мероприятия, поскольку для нас очень важна эта специальность. У нас в университете обучаются представители



Абрамов А. Ю.

160 стран мира, и кафедра дерматовенерологии и косметологии, безусловно, является одной из сильнейших».

Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ в ЦФО, главный врач Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, д.м.н., профессор **Ольга Валентиновна Жукова** назвала съезд уникальным событием для дерматовенерологов: «Вот уже 18 лет как существует Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов, и за это время нами с вами было сделано очень много, проведено много социальных проектов: это и День ранней диагностики меланомы, и День атопического дерматита, и День псориаза. И сегодня мне очень приятно видеть в этом зале уже ставшие родными лица наших ведущих специалистов со всей страны, представителей фактически всех федеральных округов. Я хочу пожелать вам вдохновения, позитивной энергии, чтобы полученный здесь заряд бодрости, заряд положительных эмоций как можно больше способствовал вам в вашей дальнейшей рабо-

МЕРОПРИЯТИЯ



Жукова О. В.

те, чтобы каждый день ваш был насыщенным и интересным».

Завершила торжественную часть и поздравила всех с открытием мероприятия главный внештатный специалист по косметологии комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, вице-президент Национального альянса дерматовенерологов и косметологов, д.м.н., профессор **Татьяна Николаевна Королькова**. «Сегодня вы сможете услышать много нового, интересного, увидеть своих учителей, узнать их мнение. Национальный альянс проводит очень большую работу, и мы будем поддерживать, улучшать и продолжать все наши традиции», – заключила она.

Перед открытием работы научных сессий руководитель оргкомитета мероприятия Н. Н. Потекаев вручил коллегам награды за личный вклад, за выдающиеся достижения в отечественной дерматовенерологии.

На пленарном заседании Съезда профессор **Николай Николаевич Потекаев** представил вторую часть крупной исследовательской работы «Атопический дерматит vs экзема. Часть 2. Клинические параллели». Первая часть доклада «Атопический дерматит vs экзема. История терминологии» была представлена на прошлом Съезде, опубликована в № 4 журнала «Вестник Российской академии медицинских наук» и была посвящена тому, что с течением времени термин «атопический дерматит» постепенно начал вымещать термин «экзема». В новом дискуссионном докладе Николай Николаевич попытался более подробно разобраться с этими терминами с точки зрения клинических ситуаций. Он, в частности, кратко отметил, что для атопического дерматита (АД) характерна более сложная структура по своим параметрам, в 80% случаев АД возникает в детском возрасте, его основные диагностические критерии – это кожный зуд, типичная морфология и локализация поражения кожи, хроническое и рецидивирующее течение, наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников. Профессор кратко остановился на основных параметрах заболевания (клинические формы, распространенность, стадии), на конкретных примерах рассмотрел все фазы АД. Переходя к разговору об экземе, он отметил, что в последние годы в международном дерматологическом сообществе существует устойчивая тенденция рассматривать экзему не как самостоятельную нозологическую единицу, а как неспецифическую аллергическую реакцию. На конкретных примерах были разобраны виды экземы, такие как истинная (идиопатическая), микробная, себорейная, профессиональная.

Подводя итог, спикер заключил, что, в соответствии с современными представлениями, атопический дерматит представляет собой



Участники съезда



Участники съезда



В этом году именные награды вручены:

- заместителю главного врача по медицинской части Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Брянский областной кожно-венерологический диспансер», главному внештатному специалисту по дерматовенерологии и косметологии Брянской области **Людмиле Леонидовне Русаковой**;
- главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной кожно-венерологический диспансер», главному внештатному специалисту по дерматовенерологии и косметологии Нижегородской области **Василию Ивановичу Евстафьеву**;
- главному врачу Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Смоленский кожно-венерологический диспансер», главному внештатному специалисту по дерматовенерологии Смоленской области **Сергею Владимировичу Евстафьеву**;
- главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер», главному внештатному специалисту по дерматовенерологии и косметологии Волгоградской области **Татьяне Николаевне Закляковой**;
- заведующей дерматологическим отделением ГБУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер», главному внештатному специалисту по детской дерматовенерологии Министерства здравоохранения Чеченской республики **Малике Иврагимовне Дениевой**;
- директору Центра постдипломного медицинского образования, профессору кафедры фундаментальной медицины Института медицины и психологии ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» **Ирине Геннадьевне Сергеевой**.

генетически детерминированное заболевание со стадийным течением и многообразием клинических форм, часть из которых входит в состав системных симптомокомплексов, включая генодерматозы. Термин же «экзема», за исключением истинной экземы, обозначает поражения кожи, зачастую представляющие самостоятельные нозологические единицы и имеющие различные этиологию и патогенез.

В рамках второго дня Съезда состоялось заседание Профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «дерматовенерология» и «косметология», включающее всех профильных главных внештатных специалистов в федеральных округах и субъектах Российской Федерации и наиболее видных представителей дерматовенерологической службы Российской Федерации. Н. Н. Потекаев рассказал членам комиссии о проведенной работе по подготовке проекта нового Порядка оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» и дал ответы на основные вопросы, возникшие по итогам опубликования проекта на официальном сайте для размещения информации о подготовке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов и результатах их общественного обсуждения.

Организационно в научной программе состоялись пленарное заседание, Междисциплинарный круглый стол по проблемам ВПЧ-инфекции и круглый стол «Организация оказания специализированной медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи в РФ», 41 научная секция, 11 спутниковых симпозиумов, 2 клинических разбора, анатомический кадавер-курс, Академия вирусной дерматовенерологии «Продолжение дискуссии двух профессоров», а также конкурс молодых ученых.

Были проведены секции, подготовленные в интеграции со специалистами, изучающими ВИЧ-инфекцию: «ВИЧ-инфекция и сопутствующая патология», аллергологами и иммунологами: «Атопический дерматит и другие алергодерматозы», гинекологами: «Новые грани эстетической

гинекологии: консенсус гинеколога и дерматолога» и другими специалистами.

Секция «Актуальные вопросы лабораторной диагностики ИППП» стала ярким завершением первого дня Съезда.

Традиционно с большим успехом прошла секция дерматовенерологов и онкологов, которая в этом году была посвящена эпителиальным и меланоцитарным новообразованиям кожи.

Программа косметологического блока носила прикладной характер, все докладчики предлагали слушателям практические методики улучшения качества кожи и ее придатков, успешного взаимодействия с пациентами и решения различных косметологических проблем. Были проведены секции, посвященные современным подходам к аппаратной косметологии, сочетанным методам в косметологии, разобраны протоколы наружной и инъекционной косметологии, сложные случаи в практике косметолога. Кроме того, специалисты обсудили актуальные вопросы микологии и подологии, а также разобрали трихологические кейсы.

Совместно с фондом «Дети-бабочки» проведены секции «Паллиативная медицинская и специализированная дерматологическая помощь: решаем проблемы вместе», «Современные особенности клинической лабораторной диагностики буллезных дерматозов», «Генетические аспекты детских кожных патологий».

Рассмотрены юридические аспекты деятельности врачей-дерматологов и косметологов, а также особенности их взаимодействия с пациентами.

В ходе проведения Съезда выступили 212 спикеров, которые прочитали 274 доклада.

Богатая выставочная экспозиция мероприятия, предназначенная для самых широких групп посетителей, продемонстрировала новейшие достижения, передовые технологии, инновационные разработки диагностики и терапии будущего, последние достижения современной бьюти- и фарминдустрии, позволила коллегам обменяться опытом и договориться о сотрудничестве.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Лабораторная диагностика генитальной папилломавирусной инфекции

ГЕНИТАЛЬНАЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ САМЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП). ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ОЦЕНКАМ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) ИНФИЦИРОВАНО ОКОЛО 12% НАСЕЛЕНИЯ ПЛАНЕТЫ, ИЛИ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО 630 МЛН ЧЕЛОВЕК. ОСОБАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ ОБУСЛОВЛЕНА ЕЕ ВЫСОКОЙ КОНТАГИОЗНОСТЬЮ, ДОСТИГАЮЩЕЙ 60% ДАЖЕ ПРИ ОДНОКРАТНОМ НЕЗАЩИЩЕННОМ ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ, А ТАКЖЕ ВЫРАЖЕННЫМ ОНКОГЕННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГЕНОТИПОВ ВПЧ.

Практически все цервикальные карциномы обусловлены генотипами ВПЧ высокого онкогенного риска, кроме того, большая часть анальных карцином (85%), карцином вульвы и полового члена (50%), орофарингеальных карцином (20%) также ассоциированы с ВПЧ высокого канцерогенного риска. ВПЧ уверенно удерживает второе место после ВИЧ среди вирусных инфекций с сексуально трансмиссионным путем передачи по опасности прогноза и финансовым затратам на лечение. Согласно данным, опубликованным в 2020 году, стоимость комплексного лечения одного случая ВПЧ-ассоциированного рака шейки матки в Российской Федерации составляла около 1,1 млн рублей, а одного случая лечения дисплазии шейки матки, в зависимости

Ранние белки – E1, E2, E4, E5, E6, E7. E1 и E2 необходимы для транскрипции и репликации вируса, E4 связывает цитокератины и участвует в модификации сети цитоскелета; E5 влияет на клеточные рецепторы факторов роста, тогда как E6 и E7 являются основными трансформирующими белками. Участок с поздними белками представлен структурными белками L1–L2, которые выполняют функцию формирования капсида вирионов. В настоящее время изучено и описано около 600 генотипов. ВПЧ способен инфицировать только активно делящиеся молодые клетки (кератиноциты) базального слоя эпителия, независимо от его локализации.

Особенность репродукции ВПЧ заключается в его способности существовать в двух формах:

путем и вызывающие развитие как доброкачественных заболеваний – аногенитальных бородавок, так и интраэпителиальных неоплазий с возможностью прогрессии в рак.

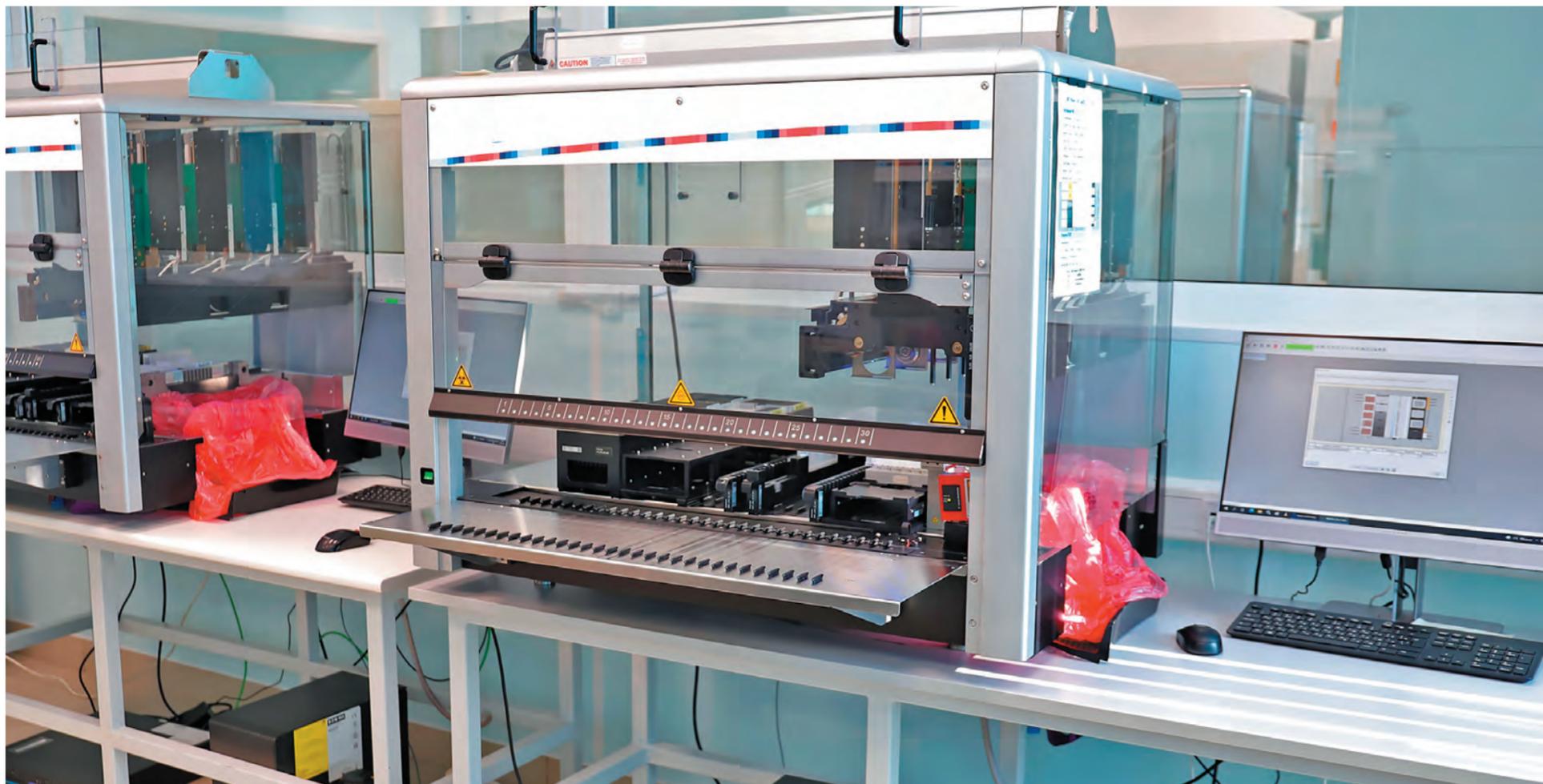
В зависимости от степени связи ВПЧ с раком шейки матки его генотипы могут быть сгруппированы в ВПЧ низкого онкогенного риска: 6, 11, 42, 43 и 44; и ВПЧ высокого онкогенного риска: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 и 68. Потенциально высоким онкогенным риском могут также обладать ВПЧ 26, 53, 66 типов.

Самый высокий канцерогенный потенциал характерен для ВПЧ 16 генотипа. Исследования последних лет показали, что лишь немногие из более чем 40 описанных генотипов ВПЧ, поражающих гениталии человека, являются важными факторами риска развития высокодифферен-

Основной задачей диагностики папилломавирусной инфекции является раннее выявление ВПЧ у пациентов с целью проведения своевременной терапии с последующим динамическим наблюдением. Такая тактика может способствовать существенному снижению риска развития осложнений.

Представители семейства вирусов папилломы человека не поддаются культивированию *in vitro*, поэтому детекция вируса основана исключительно на молекулярно-биологическом анализе последовательности ДНК ВПЧ.

Существует несколько методов диагностики генитальной папилломавирусной инфекции. Среди них основные – ПЦР (полимеразная цепная реакция), гибридизация ДНК и серологические методы.



от степени тяжести, составляла от 40 до 100 тыс. рублей. По прогнозам экспертов, основанным на фармакоэкономических и эпидемиологических исследованиях, к 2030 году в РФ распространенность ВПЧ-ассоциированных онкологических заболеваний вырастет в 2 раза среди женщин и в 1,5 раза среди мужчин, что, очевидно, приведет к росту не только заболеваемости, но и смертности от ВПЧ-ассоциированных заболеваний и окажет негативное влияние на экономическую, и на демографическую составляющие страны.

ВПЧ принадлежит к роду папилломавирусов (Papillomavirus) семейства ДНК-содержащих вирусов (Papovaviridae). Геном папилломавирусов кодирует два типа белков, которые обеспечивают существование функционально активных областей – ранние (E-proteins, от англ. early) и поздние (late proteins, L-proteins).

Свободной (эписомальной) и интегрированной, когда вирусная ДНК использует для своего размножения ядерный материал клетки хозяина. Свойствами вызывать злокачественные новообразования обладают только те типы ВПЧ, репродукция которых происходит путем интеграции в ядерный материал клетки-мишени. В этом случае в клетке происходит продукция онкопротейнов E 6 и E 7, при взаимодействии которых с эндогенными клеточными регуляторными протеинами p53 и pRb происходит нарушение цикла жизни клетки-мишени.

Разнообразие клинических проявлений папилломавирусной инфекции обусловлено существованием большого количества типов данного вируса, различающихся по онкогенности и тяжести вызываемых заболеваний. Наибольшее распространение среди людей приобрели генотипы ВПЧ, передаваемые преимущественно половым

цированной интраэпителиальной неоплазии шейки матки (CIN3) и рака шейки матки (РШМ) с высокой распространенностью 16 генотипа.

В связи с этим в клинической практике наибольшее значение имеют генотипы ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, которые обнаруживают более чем в 90% случаев рака шейки матки, влагалища, вульвы, полового члена, анальной области и ротоглотки.

Основная роль в развитии ВПЧ-ассоциированного рака (помимо прочих факторов) принадлежит интеграции вирусного генома в геном клетки-мишени, что приводит к чрезмерной продукции белков E 6 и E 7 – ранних генов ВПЧ. Эти белки запускают онкогенный процесс, а также приводят к полному подавлению специфического противовирусного и противоопухолевого иммунитета в очаге поражения.

Серологические методы исследования ВПЧ-инфекции важны для лучшего выявления антигенных детерминант, которые могут быть использованы для совершенствования разработки вакцин против ВПЧ. В настоящее время методы выявления антител, специфичных для ВПЧ, не имеют клинико-диагностической ценности, в этой связи необходимы новые подходы для оценки корреляции специфических антител с исходом заболевания.

Принципы молекулярно-биологических методов исследования основаны на обнаружении фрагментов генома ВПЧ непосредственно в образцах соскобного материала и/или биоптатах ткани.

Тесты на ВПЧ с использованием зондов нуклеиновых кислот стали доступны в клинической практике с конца 80-х годов прошлого столетия, но ранние варианты тест-систем не получили

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

широкого распространения, поскольку не охватывали весь спектр генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска, к тому же они были громоздкими, поскольку включали использование зондов нуклеиновых кислот, меченных радиоактивным фосфором (³²P).

Полимеразная цепная реакция является технологией, включающей все методы генотипирования. После проведения ПЦР с использованием праймеров, выявление отдельных генотипов может быть выполнено несколькими методами, включая обратную гибридизацию с использованием так называемого линейно-зондового анализа или циклическое секвенирование и присвоение генотипов путем сравнения последовательностей. Альтернативой является использование генотип-специфичных праймеров для ПЦР, которые используются для идентификации отдельных типов ВПЧ на основе полиморфизма онкобелков E 6 или E 7.

Методы амплификации целевых нуклеиновых кислот (МАНК), в первую очередь ПЦР, являются технологией, которая имеет большие перспективы для решения всех аспектов тестирования на ВПЧ.

Для скрининга широкого спектра типов ВПЧ в клинических образцах с использованием одной ПЦР-реакции были разработаны соответствующие праймеры, позволяющие выявлять широкий спектр генотипов ВПЧ.

Количественная ПЦР в реальном времени (RQ-PCR) является наиболее чувствительным методом диагностики. Она позволяет проводить количественную оценку в динамическом диапазоне. Кроме того, реакции могут протекать в мультиплексном режиме с использованием различных флуорохромов, так что исходные концентрации нескольких генотипов ВПЧ могут быть проанализированы одновременно.

Генотипирование ВПЧ потенциально может предоставить информацию об индивидуальной стратификации риска, кроме того, этот метод необходим при выборе тактики ведения пациентов с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями, в эпидемиологических исследованиях, а также в разработке вакцин против ВПЧ.

В настоящее время в лаборатории ГБУЗ МНПЦДК ДЭМ проводятся как скрининговые, так и коли-

чественные исследования на ВПЧ с генотипированием. За последние пять лет (2019–2023) было проведено 334328 исследований, из них получено патологических результатов 15981 (4,79%).

В 2019 году помимо скрининга проводилось генотипирование только четырех типов ВПЧ. В последующие годы число определяемых генотипов возросло до 21. Наиболее часто назначаемые исследования – HPV 16 и HPV 18 типов ввиду высокого онкогенного риска – 28 753 и 29 381 соответственно (см. табл. 1).

По частоте выявляемости HPV 6 имеет наибольшие относительные средние показатели среди других типов за данный период времени (10,74%) (рис. 1).

Таким образом, современные лабораторные методы диагностики ВПЧ играют важную роль в скрининге, позволяя выявить наличие вируса и своевременно принять меры по предот-

ращению его дальнейшего распространения и развития осложнений, включая онкологические. ВПЧ может быть причиной развития как доброкачественных новообразований – аногенитальных бородавок, так и дисплазий различной локализации. В зависимости от видов сексуальной активности вирус может поражать не только половые органы, но и анальный канал, ротоглотку у лиц обоего пола, с возможностью развития цервикальной, анальной, пенильной, вульварной, ларингеальной дисплазий и потенциальным риском прогрессии в рак in situ и инвазивный рак. Учитывая то, что проблема ВПЧ-ассоциированных заболеваний является мультидисциплинарной, необходимо подчеркнуть важность вклада в решение этой проблемы не только специалистов-дерматовенерологов и гинекологов, но и урологов, колопроктологов, оториноларингологов.

Перспективы развития и совершенствования методов выявления ВПЧ преимущественно основаны на применении молекулярно-биологических технологий. В настоящее время ведется разработка тестов на основе генных матриц – ДНК-микрочипов (биочипов, генных чипов, геномных чипов). Эти технологии обладают огромной аналитической мощностью нуклеиновых кислот с присущей им способностью одновременно анализировать до тысячи последовательностей, что позволит в будущем в рамках исследования одного образца проводить одновременное тестирование всех генотипов ВПЧ и всех известных мутаций ВПЧ в контексте генетических факторов.

**С. А. Полевщикова,
Н. А. Сапожникова,
Д. Г. Ким**

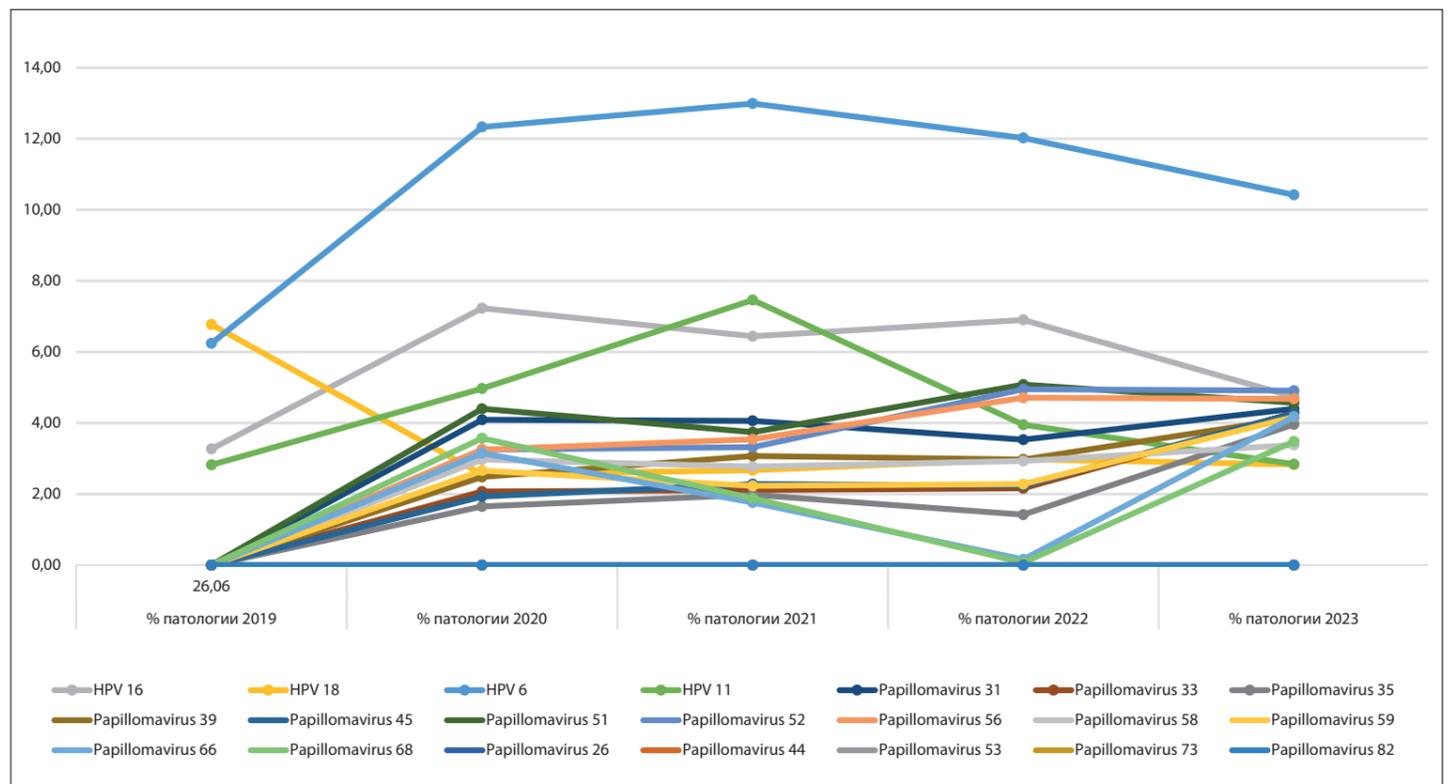


Рис. 1. Относительный показатель выявляемости генотипов ВПЧ в период с 2019 по 2023 гг.

Таблица 1

Вид исследования	За 2019	патология за 2019	% патологии 2019	За 2020	патология за 2020	% патологии 2020	За 2021	патология за 2021	% патологии 2021	За 2022	патология за 2022	% патологии 2022	За 2023	патология за 2023	% патологии 2023	Всего исследований в период с 2019 по 2023	Выявлено патологий	% патологии
Типирование вирусов папилломы человека высокого онкогенного риска: Human papillomavirus 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	1497	390	26,06													1497	390	26,06
Количественное определение ДНК вирусов папилломы человека высокого онкогенного риска: Human papillomavirus 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67 в соскобе (количественное определение). Результат выдается без детализации типов	418	129	30,87													418	129	30,87
HPV	3714	285	7,68	2724	601	22,07	2501	515	20,60	2341	546	23,33	374	68	18,19	11654	2015	17,30
HPV 16	3731	122	3,27	4957	358	7,23	5921	381	6,44	6178	426	6,90	7966	377	4,74	28753	1664	5,79
HPV 18	4359	295	6,77	4957	126	2,55	5921	158	2,67	6178	184	2,98	7966	225	2,83	29381	988	3,37
HPV 6	5371	335	6,24	4089	504	12,33	5152	669	12,99	6027	724	12,02	5107	532	10,42	25746	2764	10,74
HPV 11	3020	85	2,82	4089	203	4,97	5152	384	7,46	6027	238	3,95	5107	145	2,84	23395	1055	4,51
Papillomavirus 31				2864	117	4,09	4044	164	4,06	4651	164	3,53	6218	273	4,40	17777	718	4,04
Papillomavirus 33				2864	59	2,07	4044	85	2,11	4651	100	2,16	6218	266	4,28	17777	510	2,87
Papillomavirus 35				2864	47	1,65	4044	80	1,98	4651	66	1,42	6218	246	3,96	17777	439	2,47
Papillomavirus 39				2864	71	2,48	4044	124	3,07	4651	138	2,97	6218	257	4,14	17777	590	3,32
Papillomavirus 45				2864	55	1,93	4044	92	2,28	4651	104	2,24	6218	265	4,27	17777	516	2,91
Papillomavirus 51				2864	126	4,40	4044	151	3,74	4651	236	5,08	6218	284	4,57	17777	797	4,49
Papillomavirus 52				2864	93	3,25	4044	134	3,32	4651	230	4,95	6218	305	4,91	17777	762	4,29
Papillomavirus 56				2864	93	3,25	4044	143	3,54	4651	219	4,71	6218	291	4,68	17777	746	4,20
Papillomavirus 58				2864	85	2,97	4044	112	2,77	4651	136	2,93	6218	210	3,38	17777	543	3,06
Papillomavirus 59				2864	76	2,66	4044	90	2,23	4651	106	2,28	6218	259	4,17	17777	531	2,99
Papillomavirus 66				2864	90	3,15	4044	71	1,76	4651	7	0,16	6220	259	4,17	17779	427	2,41
Papillomavirus 68				2864	102	3,57	4044	76	1,88	4651	3	0,07	6219	216	3,48	17778	397	2,24
Papillomavirus 26													32	0	0	32	0	0
Papillomavirus 44													31	0	0	31	0	0
Papillomavirus 53													32	0	0	32	0	0
Papillomavirus 73													31	0	0	31	0	0
Papillomavirus 82													31	0	0	31	0	0
Всего исследований	22110	1641	7,43	55184	2806	5,09	73175	3429	4,69	82563	3627	4,40	101296	4478	4,43	334328	15981	4,79

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Нутритивная недостаточность при буллезном эпидермолизе

ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ (ВБЭ) – ЭТО ГРУППА ГЕНЕТИЧЕСКИ ГЕТЕРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБЩЕЙ ЧЕРТОЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СКЛОННОСТЬ К ОБРАЗОВАНИЮ ПУЗЫРЕЙ И/ИЛИ ЭРОЗИЙ НА КОЖЕ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ ВСЛЕДСТВИЕ МИНИМАЛЬНОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ.

Пациенты страдают от полиорганной сопутствующей патологии, недостаточности питания. Повышенная потребность в нутриентах и энергии у данной категории больных связана с потерей белка и минеральных веществ через раневую поверхность и зависит от площади поражения кожи.

Основные причины недостаточности питания при ВБЭ:

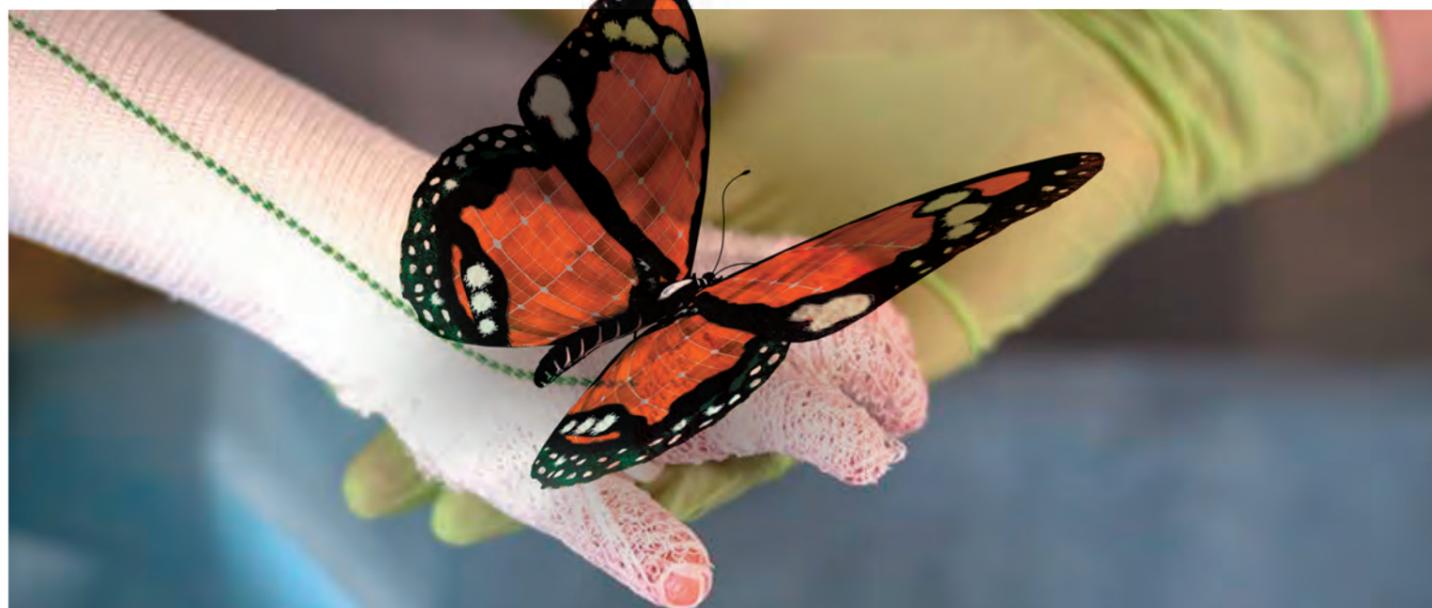
1. Снижение аппетита или отказ ребенка от пищи из-за болезненности при ее приеме (болезненность при жевании и глотании, затруднение глотания), а также страха последующей дефекации из-за хронических запоров и болезненной дефекации.

2. Поражения зубочелюстной системы, которые могут характеризоваться чувствительностью эмали, множественным кариесом и неправильным ростом зубов, что затрудняет процесс пережевывания пищи.

3. Поражение верхних отделов пищеварительного тракта – полости рта, глотки и пищевода, которые могут характеризоваться не только наличием эрозий и пузырей, но и тяжелыми структурными изменениями в виде микростомии, анкилоглоссии, а также стриктур и стенозов глотки и пищевода, что затрудняет прием пищи и переваривание питательных веществ.

4. Повреждение слизистой оболочки ЖКТ и нарушение моторики, которые характерны для больных с ВБЭ и приводят к нарушению абсорбции и ретенции питательных веществ.

5. Усиленный катаболизм, вызванный репаративным процессом на фоне хронического воспаления. Он также увеличивает потребность организма в нутриентах.



является сложной задачей у данной категории пациентов.

При нутритивной недостаточности отмечаются неблагоприятные изменения различных систем организма:

1. Слабость дыхательной мускулатуры, уменьшение показателей функции внешнего дыхания.

2. Дегенеративные изменения сердечной мышцы, снижение сердечного выброса, что приводит к дилатационной кардиомиопатии.

3. Тяжелое течение анемии в силу нарушения продукции клеток и потери крови через эрозивную поверхность; развитие лейкопении, усугубляющей течение кожных инфекций.

4. Атрофия слизистой оболочки кишечника, снижение кислотности желудка и ферментативной активности ЖКТ, нарушение процессов всасывания и переваривания пищи.

5. Подавление клеточного и гуморального иммунитета, в связи с чем растет риск вторичных инфекций и усугубляется течение инфицированных ран.

6. Снижение минеральной плотности костной ткани, повышение риска патологических переломов.

7. Нарушение процессов фильтрации и экскреции, что дополнительно увеличивает риск возникновения почечной недостаточности.

Вследствие активации симпато-адреналовой системы и выделения огромного количества биогенных аминов, эйкозаноидов, интерлейкинов, свободных радикалов возникает метаболический стресс, предопределяющий нарушение всех видов обмена с избыточной мобилизацией

энергетических субстратов в процессах гликолиза, липолиза, протеолиза и глюконеогенеза, что может приводить к развитию инсулинорезистентной гипергликемии и отрицательного азотистого баланса. При этом нарушается инсулинозависимый рост тканей, наблюдаются снижение массы тела и замедление роста.

Учитывая, что воспалительный процесс и метаболический стресс при ВБЭ являются краеугольными камнями при изучении проблемы нутритивной недостаточности, интересным представляется тот факт, что при ВБЭ простагландины в большом количестве синтезируются фибробластами. Данное явление было отмечено при культивации фибробластов из биоптатов кожи пациентов с дистрофическим ВБЭ. Простагландины являются производными арахидоновой кислоты, содержание которой повышено в фосфолипидах плазмы и эритроцитов при всех типах ВБЭ, за исключением простого ВБЭ, тогда как при других дерматологических заболеваниях уровень арахидоновой кислоты обычно снижается. В связи с этим авторы пришли к выводу, что переизбыток арахидоновой кислоты является потенциальным звеном патогенеза ВБЭ.

В настоящее время, несмотря на большое количество отечественных и зарубежных рекомендаций по диагностике и лечению нутритивной недостаточности у пациентов с ВБЭ, не существует единого алгоритма по диагностике нарушений питания и их коррекции при ВБЭ.

У пациентов с ВБЭ неприменимы обычные способы нутритивной поддержки. Пища для ежедневного приема имеет порезированный протертый вид, подвергается длительной термической обработке, что снижает ее питательную ценность, делает затруднительным поступление в полном объеме белков и витаминов.

В связи с вышеизложенным, предпочтение должно отдаваться энтеральному питанию за счет использования специальных сбалансированных смесей, содержащих повышенное количество белка и витаминов.

Пациентам проводят курсовое лечение в виде приема сиропов железа и поливитаминов под контролем лабораторных показателей. С целью коррекции перистальтики постоянно применяют сироп лактулозы или иных видов клетчатки.

Таким образом, ведение пациентов с ВБЭ является междисциплинарной проблемой и требует взаимодействия дерматовенерологов, педиатров и гастроэнтерологов.

О. С. Орлова,
к.м.н. О. В. Поршина

НАРУШЕНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ РЕЦЕССИВНОГО, ДИСТРОФИЧЕСКОГО И ПОГРАНИЧНОГО ВБЭ

Считается, что нарушение прямо пропорционально тяжести ВБЭ. При дистрофической форме ВБЭ описаны хронические воспалительные заболевания кишечника, а патоморфологическое исследование слизистой ЖКТ показывает воспалительные изменения, которые могут быть связаны с дефектами адгезии клеток, возможно, вызывающими изменение проницаемости слизистой оболочки. Поражение эпителия может быть ограничено многослойным плоским эпителием, то есть пищеводом и заднепроходным каналом, но может быть поврежден и цилиндрический эпителий, выстилающий средний отдел пищеварительного тракта. Повреждение кишечного эпителия приводит к нарушению всасывания аминокислот и других питательных веществ. Следует отметить, что для детей с дистрофической формой ВБЭ, помимо недостаточного набора массы тела, характерно и отставание в росте. Патогенез этого точно не установлен, но предполагается, что имеют значение хроническое воспаление и провоспалительные цитокины. Есть данные, указывающие, что задержка развития у детей с рецессивным дистрофическим ВБЭ начинается во внутриутробном периоде, и уже при рождении они имеют меньшую длину тела, чем здоровые новорожденные.

Исходя из всего вышесказанного, стоит подчеркнуть, что нутритивная недостаточность при ВБЭ имеет мультифакториальный патогенез, а ее степень коррелирует с тяжестью кожного процесса. При этом нутритивная поддержка



ОНКОДЕРМАТОЛОГИЯ

Профилактика рака кожи. Мировой опыт

РАК КОЖИ, ЯВЛЯЯСЬ СЛЕДСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО СОЛНЕЧНОГО ОБЛУЧЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЗНАЧИМУЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ПРОБЛЕМУ ВО ВСЕМ МИРЕ.

Для эффективного решения проблемы злокачественных новообразований кожи необходимо знать, какие именно факторы риска приводят к развитию данного вида рака, так как устранение факторов риска и является основным инструментом профилактики. Известно, что лидирующим фактором риска является фототип кожи человека. На это мы как врачи повлиять не можем. Чем темнее кожа, тем ниже частота заболеваемости раком (рис.1). Вторым по значимости фактором риска рака кожи является количество

условиях, а привычный нам солярий впервые появился в 1975 году в Германии. Индустрия загара в солярии в Европе и в Америке стала развиваться с начала 80-х годов XX века. Например, в 1979 году в Рейкьявике было всего три салона с солярием, а к 1988 году – уже 56 салонов с 207 аппаратами. В 2009 году Международное агентство по исследованию рака ВОЗ официально классифицировало загар в помещении как канцероген для человека. Многочисленные эпидемиологические исследования показали, что типичный клиент солярия – это

песенку, состоящую из трех слов: «Slip! Slop! Slap!». В адаптированном русском переводе эти правила звучат как «надеть рубашку», «намазаться солнцезащитным кремом» и «нахлобучить шляпу». Именно благодаря данной кампании повысилась осведомленность населения о важности фотозащитного поведения, в результате чего в Австралии значительно уменьшилась заболеваемость различными формами рака кожи. В 2010 году в ролике добавились еще два рекламных слогана: «Seek and Slide» – «найди тень» и «надеть солнцезащитные очки». Кроме того, в Австралии в 1988 году появилась некоммерческая широкомасштабная программа укрепления здоровья под названием SunSmart, которая была нацелена на профилактику рака кожи путем изменения индивидуального поведения человека на солнце. Эта программа действует и по настоящее время. Вот некоторые результаты ее работы: написана и внедрена политика безопасности от солнца, которой пользуются во всем мире, разработана программа обучения в общеобразовательных школах, касающаяся защиты от солнца. Также аккредитация школ возможна только при наличии затенения школьных дворов («Возьми лопату – посади тень»), взаимодействие с рабочими профсоюзами для разработки политики работы на открытом воздухе (люди не должны работать на улице с 11 утра до 16 дня), внедрение в моду полностью закрытых купальников, ценообразование солнцезащитных кремов.

Также SunSmart совместно с ВОЗ разработало приложение для телефонов SUNSMART GLOBAL UV, которое определяет информацию об уровне УФ-излучения на данной местности. Использование солнцезащитных средств показано при прогнозировании уровня УФ-излучения на данной местности в данный момент времени равное 3 и более баллов (максимально 11).

Следующий удар, который был нанесен SunSmart, – это борьба с солярием. Во всех штатах Австралии (кроме двух) действует запрет всех видов услуг с использованием соляриев,

Вторичная профилактика включает в себя наблюдение за лицами из групп риска и своевременную диагностику ранних форм рака.

К группе риска относятся:

- светлая кожа (то есть все люди европеоидной расы);
- рак кожи в анамнезе или семейный анамнез;
- иммуносупрессия, длительная ПУВА-терапия;
- наличие множественных диспластических невусов;
- генодерматозы высокого онкологического риска (пигментная ксеродерма, синдром Пейтца-Егерса, синдром Горлина-Гольца, синдром линейного невуса салыхных желез, буллезный эпидермолиз, глазокожный альбинизм, KID-синдром, туберозный склероз, эпидермодисплазия верруциформная, нейрофиброматоз);
- мужской пол и низкий социально-экономический статус (фактор риска более позднего обнаружения опухолей).

Эффективность проведения вторичной профилактики показало скрининговое исследование по раку кожи, проходившее в федеративной земле Шлезвиг-Гольштейн (Германия) в 2003–2004 годах. В исследовании приняло участие 20% населения этой земли (360 000 человек) в возрасте от 20 лет и старше. В работе были задействованы как врачи-дерматологи, так и врачи первичного звена, в обязанности которых входил профилактический осмотр кожных покровов большого количества людей. В результате процент выявления меланом (прежде всего на ранней стадии) вырос на 30% по сравнению с другими областями Германии, что привело спустя несколько лет к уменьшению смертности от меланомы на 50%.

Разработаны следующие способы ранней диагностики злокачественных образований кожи:

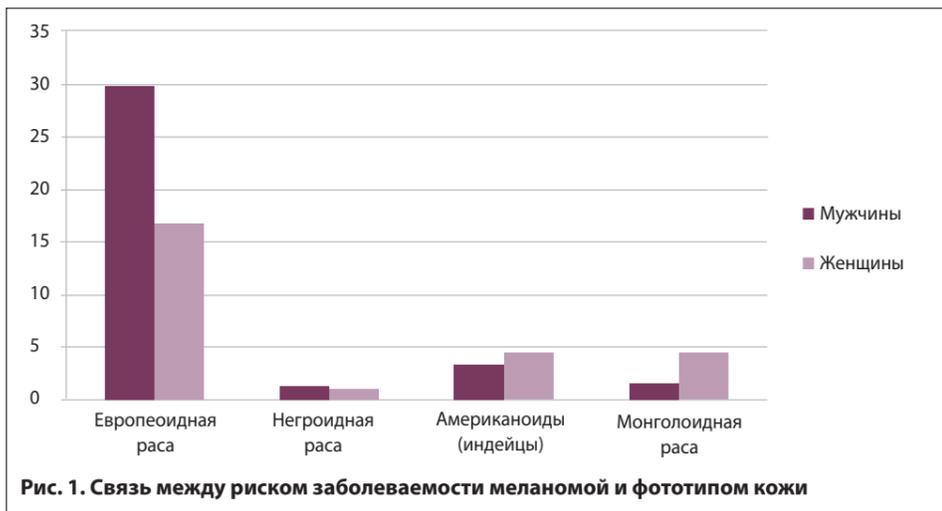
- самообследование кожи;
- проведение врачами дерматоскопии новообразований, позволяющей заподозрить рак кожи при минимальных специфических изменениях, не дожидаясь грубой патологии, с которой пациент уже придет на прием сам;
- фотокартирование кожи для возможности динамического наблюдения за невусами.

Так как для ранней диагностики рака кожи необходим профилактический осмотр большого количества пациентов, возникла необходимость в большом количестве врачей, умеющих это делать. И связующим звеном между пациентом и специализированным референс-центром за рубежом является врач общей практики (General Practitioner). В ряде стран (Австралия, США) такой врач должен не только осматривать пациента, но и уметь удалять подозрительные новообразования с последующим гистологическим исследованием.

Так как возникла необходимость в большом количестве врачей, умеющих определять подозрительные новообразования на коже, то возникла необходимость и в появлении большого количества учебных пособий. В последние годы в практику внедряются многочисленные учебные программы как online, так и offline, различной продолжительностью (от 5 минут до 12 месяцев), но эталонной программой признана интерактивная обучающая программа «MELAMED», разработанная итальянскими онкологами.

В настоящее время не существует надежных способов профилактики злокачественных новообразований кожи, но доказано, что уменьшить частоту их возникновения можно путем сокращения воздействия УФ-излучения на кожу, а минимизировать смертность от рака кожи поможет его раннее выявление и лечение.

Т.А. Годзенко



воздействия солнечного излучения на данной местности. Этот показатель зависит от широты и долготы – максимальный на экваторе в полдень в высокогорье, он связан с углом падения солнечных лучей на нашу планету. Третий фактор риска развития рака кожи, с которым общество может и должно бороться, – это культуральные традиции людей.

Долгое время распределение цвета кожи на планете носило характер, показанный на карте (рис. 2). Но после эпохи Великих географических открытий ситуация поменялась. Европейцы с 1 и 2

девушка от 17 до 30 лет, не ведущая здоровый образ жизни, курящая, правильно не питающаяся и не знающая о вреде чрезмерного излучения. В результате совокупности всех факторов произошло повышение заболеваемости раком кожи в последнее время во всем мире. Наибольшая заболеваемость меланомой и немеланомным раком кожи встречается в Австралии, в Скандинавских странах, в Северной Америке и в Бразилии, что требует разработки эффективных способов профилактики.

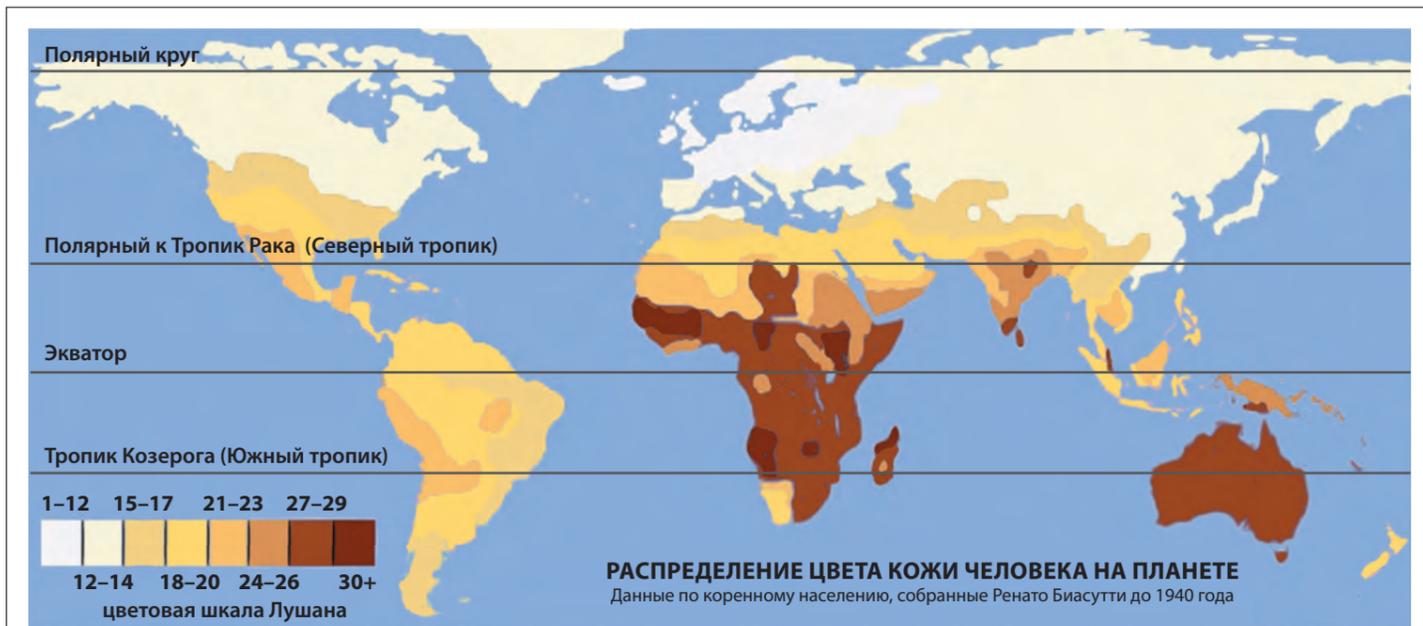


Рис. 2. Распределение цвета кожи человека на планете. Коренное население

фототипами кожи стали осваивать территории, где эволюционно должны жить люди с гораздо более темной кожей. Кроме того, если до Первой мировой войны загорелая кожа считалась делом крестьянства, то уже начиная с середины XX века, когда европейцы стали получать оплачиваемые летние отпуска и полюбили занятия спортом на свежем воздухе, символом успешности и здоровья стало считаться загорелое спортивное тело. Коко Шанель говорила: «Лицо цвета аспирина выглядит нездорово и неприятно, красивая кожа – это загорелая кожа». С 30-х годов журнал «Vogue» начинает рекламировать лампы для загара в домашних

Главный принцип первичной профилактики рака кожи – это повышение осведомленности населения о рисках воздействия солнца, пропаганда эффективных способов защиты от УФ-излучения, для чего используются различные кампании и инициативы в разных странах начиная с 1980-х годов.

Самая эффективная кампания по профилактике рака кожи была разработана в Австралии и считается триумфом австралийского здравоохранения. Началась она в 1981 году с выхода на телевизионных экранах короткого социального мультипликационного ролика, в котором чайка по имени Сид пела

в том числе продажа или прокат оборудования для бытового использования. В оставшихся двух штатах действуют следующие условия: 1. Предоставление сотрудниками салонов обязательного предупреждения о вреде здоровья своим клиентам; 2. Предоставление формы согласия с изложением рисков; 3. Обучение персонала салонов осмотру кожи клиентов; 4. Запрет на посещение соляриев лицами, не достигшими 18 лет, и лицами из групп риска; 5. Ограничение дозы облучения; 6. Обязательная защита глаз; 7. Запрет рекламы соляриев; 8. Повышенное налогообложение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Использование витаминов в практике врача-дерматовенеролога

ВИТАМИНЫ – НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ СОЕДИНЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ЧЕЛОВЕКУ ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНИЗМА. ВИТАМИНЫ В ОСНОВНОМ СИНТЕЗИРУЮТСЯ РАСТЕНИЯМИ, ЧАСТИЧНО МИКРООРГАНИЗМАМИ. ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ВИТАМИНЫ – ЭТО НЕЗАМЕНИМЫЕ МИКРОЭЛЕМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ПОПАДАЮТ В ОРГАНИЗМ В ОСНОВНОМ С ПИЩЕЙ, ОНИ УЧАСТВУЮТ В СИНТЕЗЕ БЕЛКОВ, НЕ ТОЛЬКО СТИМУЛИРУЮЩИХ РОСТ И РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА В ЦЕЛОМ, НО И ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ.

Потребность человека в витаминах зависит от пола, возраста, физиологического состояния и интенсивности труда. Витамины неспецифичны по органам. При поступлении в организм они оказывают влияние на биохимические процессы в любых тканях и органах. В повышенных дозах некоторые витамины могут оказывать и лечебное действие. Так, при сахарном диабете используются витамины В1, В2, В6, при простудных и инфекционных – витамин С, при бронхиальной астме – витамин РР, при язвенной болезни желудка и гиперхолестеринемии – никотиновая кислота.

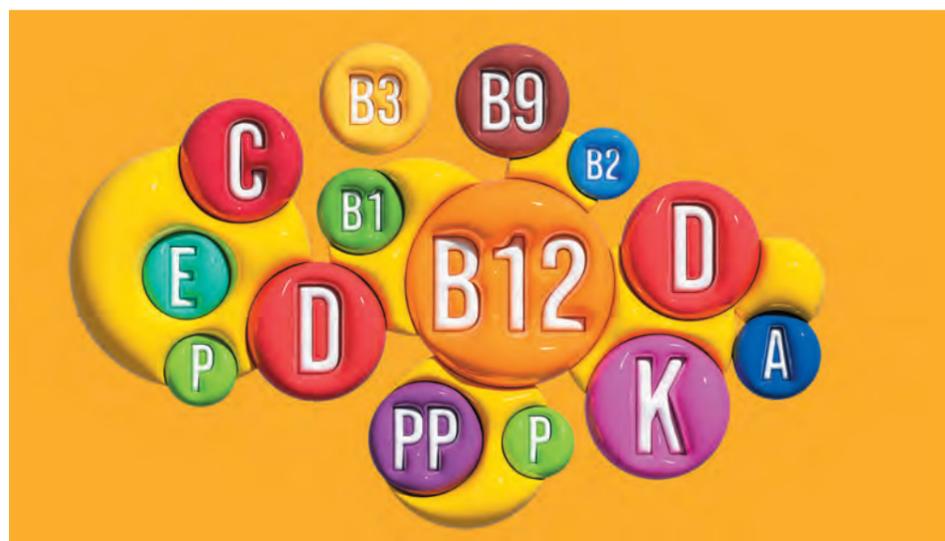
Использование витаминов в медицинской практике, в частности в практике врача-дерматовенеролога, реализуется при заместительной и медикаментозной терапии. В качестве дополнительных (скрининговых) методов обследования в некоторых случаях врачи-дерматовенерологи назначают анализ крови для оценки уровня витаминов. Чаще всего назначают обследование на витамины В1, В2, РР, В5, В6, В9, В12, С, А, Е, D.

Кроме того, причиной витаминной недостаточности может быть также повышенная потребность в витаминах даже при их нормальном содержании в пище при беременности, повышенном нервно-психическом состоянии, кислородном голодании, а также в результате антагонизма некоторых витаминов, например, тиамин с пиридоксин.

При недостаточности жирорастворимых витаминов развиваются рахит, заболевания печени и почек.

К общим симптомам недостаточности водорастворимых витаминов относятся: снижение массы тела и иммунологической реактивности организма, мышечная слабость и задержка роста.

Гипервитаминозы, а также токсические реакции в результате приема витаминов, могут возникать как следствие нерационального использования этих препаратов. Применение в течение длительного времени преимущественно жирорастворимых витаминов может



как гипосенсибилизирующее, обезболивающее, противозудное.

Витамин В1 поступает в организм в составе следующих продуктов: мясо, рыба, яичный желток, птица, крупы, орехи, бобовые. Недостаток витамина в организме приводит к снижению аппетита, выделению желудочного сока, нарушению сердечной деятельности. Кроме того, может появиться кожный зуд, обострение таких хронических заболеваний, как красный плоский лишай, себорейный дерматит, псориаз, снижение массы тела, бессонница, а также такое заболевание, как бери-бери.

Витамин В2 (рибофлавин) участвует в обмене нуклеиновых кислот, оказывает влияние на белки, углеводы, благоприятно влияет на процессы регенерации и трофики

злаки, куриное яйцо. При его дефиците мы можем наблюдать появление трофических язв, алопеции, угревой болезни, себорейного дерматита, васкуляризации роговицы.

Витамин В3 входит в состав коэнзима А. Этот кофермент входит в состав ферментов ацетилирования, он переводит уксусную кислоту и другие кислоты в активную форму. В активной форме уксусная кислота вовлекается в различные биохимические процессы, в частности в цикл трикарбоновых кислот и др. Коэнзим А играет важную роль в окислении и биосинтезе жирных кислот.

Витамин В3 поступает в организм вместе с печенью, почками, рыбой, грибами, свежими овощами, кисломолочными продуктами. Недостаток витамина В3 приводит к ожирению.

Витамин В5 (РР, или никотиновая кислота). Его основная роль – участие в процессе производства энергии клеткой. Витамин В5 играет важную роль в процессах ацетилирования и окисления, участвует в углеводном и жировом обмене, синтезе ацетилхолина, кортикостероидов, порфиринов, гормонов коры надпочечников, оказывает регулирующее влияние на нервную систему и моторику кишечника. Витамин В5 необходим организму для нормального функционирования и поддержания хорошего состояния кожи и слизистых оболочек. Способствует заживлению ран.

Витамин В5 содержится в таких продуктах, как дрожжи пекарские, сырой яичный желток, арахис, отруби, мед.

В случае дефицита витамина РР развивается такое заболевание, как пеллагра (от итал. pelle agra – шершавая кожа), заболевание из группы авитаминозов и гиповитаминозов, обусловленное недостатком в организме витамина РР (никотиновой кислоты). Причиной пеллагры может быть отсутствие или дефицит как никотиновой кислоты, так и триптофана, из которого образуется никотиновая кислота. Пеллагра чаще возникает у лиц, находящихся в тяжелых бытовых условиях, со значительным нарушением питания, страдающих хроническим алкоголизмом.

Для клинических проявлений пеллагры характерны три ведущих симптома: дерматит, диарея, деменция («болезнь трех Д»). Возможны также другие поражения: участков кожи (в зонах, открытых для солнечных лучей или подвергающихся механическому раздражению), слизистых оболочек (глоссит, стоматит, вагинит) и нервно-психические расстройства (вялость, тревога, нарушения сна и др.). Снижение витамина РР также наблюдается у больных псориазом, экземой, фотодерматозами, склеродермией.

НЕДОСТАТОК ВИТАМИНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ АЛОПЕЦИИ, УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ, АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ, ПСОРИАЗЕ

Витамины делятся на жирорастворимые и водорастворимые.

К жирорастворимым витаминам относятся: ретинол (витамин А), кальциферол (витамин D), токоферол (витамин Е).

Жирорастворимые витамины растворяются в жирах и масле. Они относительно стабильны при обычной температуре, но инактивируются при облучении УФ-светом или при окислении. Для их всасывания необходимы жир и желчь. В транспорте витаминов участвуют липопротеины и специфические транспортные белки. Кроме того, жирорастворимые витамины могут депонироваться в печени и частично в жировой ткани.

К водорастворимым витаминам относятся: тиамин (витамин В1), рибофлавин (витамин В2), никотиновая кислота (витамин РР), пантотеновая кислота (витамин В5), пиридоксин (витамин В6), фолиевая кислота (витамин В9), аскорбиновая кислота (витамин С), биотин (витамин Н), кобаламин (витамин В12).

Водорастворимые витамины всасываются в кишечнике и выделяются с мочой, когда их уровень превышает почечный порог. В связи с этим водорастворимые витамины быстро выводятся из организма. Недостаточность витаминов в организме проявляется нарушениями функционального характера, которые называются гиповитаминозами.

Витаминная недостаточность бывает экзогенная, или первичная, причиной развития которой является низкое содержание витаминов в пище при однообразном несбалансированном питании.

Эндогенная, или вторичная, витаминная недостаточность развивается вследствие нарушения всасывания витаминов в пищеварительном тракте при нарушении усвоения витаминов и их потере у лиц с острыми и хроническими заболеваниями, а также при ряде патологических процессов, таких как злокачественные новообразования, наследственные энзимопатии, интоксикации и т.д.

сопровождаться разнообразными токсическими реакциями.

К общим симптомам гипервитаминоза жирорастворимых витаминов относятся: расстройство желудочно-кишечного тракта, повышенная возбудимость нервной системы, выпадение волос, шелушение кожи.



ГИПЕРВИТАМИНОЗ НА КОЖЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ: КРАПИВНИЦА, КОЖНЫЙ ЗУД, ОТЕК КВИНКЕ, РЕЖЕ СУХОСТЬ КОЖИ, ПИГМЕНТАЦИЯ

Витамин В1 (тиамин) участвует в процессе энергообразования и биосинтеза веществ клетки. Витамин В1 входит в состав ферментов, участвующих в биосинтезе нуклеиновых кислот, увеличивает образование АТФ, особенно в нервных клетках. Тиамин выступает как антиоксидант, защищая организм от процессов старения, негативного воздействия алкоголя и табака. Действие тиамин в организме характеризуется

тканей. Витамин В2 обеспечивает поглощение кислорода клетками кожи, ногтей и волос. Подобно витамину А он улучшает состояние органа зрения, принимая участие в процессах темновой адаптации, снимает усталость глаз и способствует замедлению развития катаракты.

Витамин В2 поступает в организм в составе следующих продуктов: овощи, молоко, печень,

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Благодаря сосудорасширяющему действию никотиновой кислоты ее часто используют для лечения таких заболеваний, как псориаз, почечная экзема, экзема и другие.

Учитывая тот факт, что витамин B5 обладает регенерирующим и противовоспалительным действием, он применяется в лечении атопического дерматита, экземы, трофических язв, алопеции. При передозировке данного витамина чаще всего наблюдаются аллергические реакции, крапивница. При недостатке – дерматиты, невриты, параличи, потеря аппетита, мышечная слабость, депрессия.

Витамин B6 (пиридоксин) – биовещество с универсальными свойствами. Пиридоксин заботится о балансе натрия и калия в жидкостях тела. Это в первую очередь важно для нервной системы. Пиридоксин играет важную роль не только в белковом обмене, но и в жировом и углеводном обмене веществ. Не меньшее воздействие он оказывает и при выделении накопленных в мышцах и печени углеводов в кровь. Этот процесс очень важен для равномерного снабжения миллиардов нервных клеток глюкозой. В данном процессе участвует приблизительно половина всего имеющегося в организме витамина B6. Дополнительная «мощная» порция этого витамина необходима следующим категориям людей:

- женщинам, принимающим противозачаточные средства или таблетки и любые лекарства, содержащие эстроген;
- беременным, в организме которых образуется огромное количество эстрогенов, к концу беременности иногда требуется витамина B6 в тысячу раз больше нормы;

Витамин B9, или фолиевая кислота, имеет огромное значение для процессов роста, развития и пролиферации тканей.

Фолиевая кислота необходима для создания и поддержания в здоровом состоянии новых клеток, поэтому ее наличие особенно важно в периоды быстрого развития организма: на стадии раннего внутриутробного развития и в раннем детстве.

Кроме того, процесс репликации ДНК требует участия фолиевой кислоты, и нарушение этого процесса увеличивает опасность развития раковых опухолей. В первую очередь от нехватки фолиевой кислоты страдает костный мозг, в котором происходит активное деление клеток. Клетки-предшественники красных кровяных телец (эритроцитов), образующиеся в костном мозге, при дефиците фолиевой кислоты увеличиваются в размере, образуя так называемые мегалобласты и приводя к развитию мегалобластной анемии.

Наиболее характерные признаки авитаминоза фолиевой кислоты – нарушение кроветворения и связанные с этим различные формы малокровия (макроцитарная анемия), лейкопения и задержка роста.

При гиповитаминозе фолиевой кислоты наблюдают нарушения регенерации эпителия, особенно в желудочно-кишечном тракте, обусловленные недостатком пуринов и пиримидинов для синтеза ДНК в постоянно делящихся клетках слизистой оболочки.

Использование сульфаниламидных препаратов для лечения ряда заболеваний может вызвать развитие авитаминозов. Данная группа препаратов – структурные аналоги парааминобензойной кислоты, ингибирующие синтез фоли-



Витамин B9 содержится в таких продуктах, как печень, почки, зеленые овощи, фрукты, сухие бобы и чечевица, проростки пшеницы.

Витамин B9 часто применяют в лечении розацеа, хейлитов, гиперкератозов, акне, при длительном лечении цитостатиками. Однако надо быть крайне осторожным при использовании фолиевой кислоты, т.к. в случае ее передозировки могут появляться покраснение кожи и пятнисто-папулезная сыпь.

Витамин B12 (кобаламин) является коферментом метилтрансфераз – ферментов, переносящих метильные группы, которых много в гемоглобине. Следовательно, витамин B12 косвенно участвует в биосинтезе гемоглобина. Витамин B12 участвует в синтезе пуриновых и пиримидиновых оснований и нуклеиновых кислот, стимулирует функцию надпочечников, положительно влияя при этом на синтез глюкозы в печени.

Кроме того, витамин B12 участвует в процессах метилирования, переноса водорода, активирует синтез метионина. Усиливая синтез и способность к накоплению протеина в организме, цианокобаламин оказывает также анаболическое воздействие, усиливает иммунитет. Низкий уровень цианокобаламина вдвое ускоряет развитие заболевания у людей, больных СПИДом.

От обеспеченности цианокобаламином зависит широкий спектр эмоциональных и познавательных способностей. Поддержание оптимального уровня этого витамина способствует предотвращению депрессии, старческого слабоумия и спутанности мышления, помогает сдерживать распад умственной деятельности в результате СПИДа. Цианокобаламин помогает нормализовать пониженное кровяное давление. Витамин B12 является одним из веществ, необходимых для здоровья репродуктивных органов мужчин и женщин, так, он способен

корректировать снижение содержания сперматозоидов в семенной жидкости.

К основным симптомам гиповитаминоза относятся: плохая усвояемость пищи, запор, увеличение печени; хроническая усталость, раздражительность, депрессия, головокружение, звон в ушах, сонливость, головные боли, затрудненное дыхание, расстройства зрения, галлюцинации, потеря памяти; пернициозная анемия, неврологические расстройства, иммунодефициты, гастродуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Даже небольшое снижение содержания цианокобаламина в крови по сравнению с нормой может нанести значительный вред мозгу и нервной системе. Применение витамина B12 показано у недоношенных и новорожденных детей после перенесенных инфекций.

Учитывая способность кобаламина (витамина B12) повышать неспецифическую сопротивляемость кожи к инфекциям, его часто с успехом применяют для лечения псориаза, фотодерматоза, герпетиформного дерматита, нейродермита.

При введении кобаламина возможны аллергические реакции в виде крапивницы и отека Квинке. При выраженном гиперергическом состоянии в период обострения экземы и нейродермита назначение кобаламина способно усиливать аллергическую реактивность, поэтому в острой стадии дерматозов следует избегать применения этого витамина. Аналогичная тактика целесообразна при прогрессирующей стадии псориаза, псориазической эритродермии и артропатической его форме.

Витамин B12 восполняется организмом продуктами: печень, почки, говядина, рыба, яйца, молоко, сыр, устрицы, соя, дрожжи, хмель, морская капуста.

Витамин D, он же «солнечный витамин», очень важен в функционировании организма человека, т.к. оказывает влияние на кожу и ногти, а его дефицит способствует развитию таких серьезных заболеваний, как рахит, сердечно-сосудистые заболевания и т.д. Витамин D синтезируется в кератиноцитах, регулирует их рост и другие биологические процессы.

Витамин D – единственный витамин, который действует и как витамин, и как гормон. Как витамин он поддерживает уровень неорганического Р и Са в плазме крови и увеличивает всасывание Са в тонкой кишке. В качестве гормона действует активный метаболит витамина D, образующийся в почках. Он оказывает влияние на клетки кишечника, почек и мышцы.

Уменьшение количества витамина D в организме может спровоцировать появление таких заболеваний, как витилиго, атопический дерматит. При гипervитаминозе чаще наблюдаются побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, головная боль, раздражительность, кальциноз тканей.

А. Н. Шевченко



- в две последние недели предменструального цикла, когда организм производит наибольшее число эстрогенов;
- тем, кто, несмотря на все старания, не может похудеть (причиной может быть недостаток витамина B6);
- подросткам с угревой сыпью, вызванной повышенной деятельностью жировых желез и трудно поддающейся лечению.

В организм витамин B6 поступает в составе мяса, печени трески и крупного рогатого скота, рыбы, устриц, моркови, авокадо, бананов, картофеля.

Недостаточность пиридоксина сопровождается выраженными нарушениями со стороны центральной нервной системы, повреждением кожных покровов и слизистых оболочек. В ряде случаев, особенно у детей, недостаточность пиридоксина приводит к развитию анемии. Недостаток пиридоксина у взрослых людей приводит к возникновению дерматитов, тошноты, рвоты, депрессии, периферических невритов, а также подавлению иммунных реакций, анемии и поражению слизистых оболочек.

В больших дозах витамин B6 токсичен. Длительный прием повышенных доз может приводить к нервным расстройствам, аллергическим реакциям в виде крапивницы, токсидермии.

кислоты у микроорганизмов. Некоторые производные птеридина (аминоптерин и метотрексат) тормозят рост почти всех организмов, нуждающихся в фолиевой кислоте. Такие препараты находят применение в лечебной практике для подавления опухолевого роста у онкологических больных.



ФОТОРЕПОРТАЖ

«Дерматовенерология и косметология»: от инноваций к практике

САМАРА 26.04



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 21-22.05



НОВОСТИ РЕГИОНОВ

Поздравляем юбиляра!

1 МАЯ 2024 ГОДА ИСПОЛНИЛОСЬ 75 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ И 49 ЛЕТ ВРАЧЕБНОЙ И НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА ЛЮДМИЛЫ ГРИГОРЬЕВНЫ ВОРОНИНОЙ.

В 1973 году Л. Г. Воронина окончила Оренбургский государственный медицинский институт, а в 1975-м – клиническую ординатуру по отоларингологии при Третьем главном управлении МЗ СССР. После двухлетней врачебной практики ЛОР-врачом стационара детской областной клинической больницы Оренбурга, Л. Г. Воронина поступила в заочную аспирантуру при кафедре микробиологии, в 1982 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Лизоцимная активность гонококков».

Вся дальнейшая трудовая деятельность Людмилы Григорьевны связана с кафедрой кожных и венерических болезней Оренбургского государственного медицинского института, на которой с 1983 года она работала сначала ассистентом, а с 1994 года доцентом кафедры. В 1997 году Л. Г. Воронина была избрана заведующей кафедрой кожных и венерических болезней Оренбургской государственной медицинской академии.

В 1998 году Л. Г. Воронина успешно защитила докторскую диссертацию «Совершенствование диагностики, прогнозирования течения и лечения гонореи под контролем антилизоцимного признака гонококков». Разработанный ею алгоритм лабораторной диагностики различных форм гонореи с включением предложенных способов и питательных сред для выделения чистой культуры гонококка был широко внедрен в практику работы областных кожно-венерологических диспансеров, лечебно-профилактических учреждений и бактериологических лабораторий женских консультаций Оренбурга и области и позволил улучшить диагностику гонококковой инфекции. В последующие годы Людмила Григорьевна продолжила свои исследования по изучению механизмов патогенеза, совершенствованию диагностики, прогнозирования течения и лечения гонококковой инфекции. Ею был предложен способ выбора режимов магнитолазерного воз-



действия при терапии гонококковой инфекции, успешно внедренный в практику работы кожно-венерологических диспансеров Оренбургской области.

Под научным руководством Людмилы Григорьевны успешно защищены 7 кандидатских и 1 докторская диссертация. Работы аспирантов неоднократно отмечались стипендией Президента Российской Федерации. Много внимания Людмила Григорьевна уделяет и подготовке врачебных кадров, совершенствованию преподавания дерматовенерологии, является автором более 400 научных и методических трудов, в том числе 3 рационализаторских предложений, методических рекомендаций МЗ РСФСР, авторского свидетельства и 7 патентов на изобретение.

Людмила Григорьевна ведет большую лечебно-консультативную работу в Оренбургском областном кожно-венерологическом диспансере, городских клиниках, делясь опытом с молодыми врачами и ординаторами.

ГБУЗ ТОКВКД – российская организация высокой социальной эффективности!

28 марта 2024 года в Правительстве Тамбовской области в рамках заседания Тамбовской областной трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений под председательством заместителя главы Тамбовской области Натальи Владимировны Макаревич состоялось торжественное награждение победителей регионального этапа всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности».

Среди победителей – областной кожно-венерологический клинический диспансер. Учреждение второй год подряд участвует в этом мероприятии. И вновь одержал победу в номинациях «За формирование здорового образа жизни в организациях непроемкой сферы» и «За развитие кадрового потенциала». Кроме того, диспансер занял второе место в номинациях «За поддержку работников-многодетных родителей и их детей» и «За трудоустройство инвалидов в организации».



Конкурс «Российская организация высокой социальной эффективности» проводится ежегодно с 2000 года. Проведение конкурса – это возможность для организаций продемонстрировать активную внутрикорпоративную политику, достижения по работе с персоналом, улучшения условий и охраны труда, развитие социального партнерства, формирование здорового образа жизни.



В Уфе открылся Центр генных дерматозов

В Республике Башкортостан открылся Центр генных дерматозов, совместный проект с благотворительным фондом «Дети-бабочки». Минздравом РБ утверждены Положение о Центре, Схема координации работы с профильными федеральными центрами, медицинскими организациями РБ и ФГБОУ ВО БГМУ России. Утверждены порядок направления пациентов и форма отчета.

Центр работает на базе детской поликлиники № 6 города Уфы. Медицинскую помощь здесь смогут получить более 43 тысяч пациентов с тяжелыми хроническими дерматологическими заболеваниями. Наблюдать и проводить эффективное лечение будет мультидисциплинарная бригада врачей. Современное оборудование позволит в кратчайшие сроки

установить диагноз и в динамике отслеживать изменения.

В центре можно пройти все исследования, включая высокотехнологичные. Здесь также будут проводиться телемедицинские консультации, в том числе со специалистами федеральных центров, что значительно ускорит и упростит процедуру получения экспертного мнения.

Центр будет работать не только как медицинская организация, но и как социальная служба сопровождения сложных пациентов. Ведь поддержка нужна и семьям, в которых рождается ребенок с редким кожным заболеванием. Вся работа выстроена по принципу «одного окна», где можно получить не только лечение, но и консультацию социальных служб, психологов и реабилитологов.

Л. Р. Баймышева

МОСКОВСКИЙ ДЕРМАТОЛОГ №6 (46)

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

Редакционная коллегия:

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

Периодичность: 4 номера в год

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

Тираж: 5000 экземпляров

Цена свободная. Номер подписан 22.05.2024
 Время подписания в печать: по графику 10:00, фактическое 10:00.

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

“
**ДОКТОР МЕНЯ
НЕ УЗНАЕТ!**
”

ВЫ МОЖЕТЕ УДИВИТЬСЯ, КОГДА УВИДИТЕ ПАЦИЕНТА СНОВА!

БОЛЕЕ 80% ПАЦИЕНТОВ УДЕРЖИВАЮТ **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОТВЕТ**
В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ¹ БЛАГОДАРЯ ТОМУ, ЧТО ТРЕМФРЕЯ:

- СПОСОБСТВУЕТ ПОЛНОМУ ОЧИЩЕНИЮ КОЖИ*
- ОБЛАДАЕТ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ,
СОПОСТАВИМЫМ С ПЛАЦЕБО²⁻⁴
- ОБЕСПЕЧИВАЕТ СТАБИЛЬНОЕ ОБЛЕГЧЕНИЕ СУСТАВНЫХ
ПРОЯВЛЕНИЙ⁵

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

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

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

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

ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРИНИМАЮЩАЯ ПРЕТЕНЗИИ:
ООО «ДЖОНСОН & ДЖОНСОН», РОССИЯ, 121614, Г. МОСКВА, УЛ. КРЫЛАТСКАЯ, Д. 17, КОРП. 2.
ТЕЛ. (495) 755-83-57, ФАКС: (495) 755-83-58. СР-439426 МАРТ 2024



Инструкция
по медицинскому
применению и общая
характеристика
лекарственного
препарата Тремфрея