



Общероссийская
общественная организация
«Российское общество
дерматовенерологов
и косметологов»



ФГБУ «Государственный
научный центр
дерматовенерологии
и косметологии»
Минздрава России



XXVI ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ

МОСКВА • 15-18 СЕНТЯБРЯ 2026 ГОДА



ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ

**XXVI ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ
И КОСМЕТОЛОГОВ**

**г. Москва
15-18 сентября 2026 г.**

В сборнике представлены тезисы научных работ, отражающих основные направления научных и клинических исследований участников XXVI Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов.

Редакционная коллегия Оргкомитета рассмотрела тезисы научных работ и приняла решение публиковать все тезисы, не изменяя их авторской стилистики содержания, внося лишь технические и орфографические коррективы.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В АНАМНЕЗЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С МАРКЕРАМИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

БОЛЬШЕНКО Н.В.

ФБУН «Центральный НИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора, г. Москва

Цель исследования: определить частоту выявления инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в анамнезе у больных ВИЧ-инфекцией с маркерами вирусного гепатита В (ГВ) и вирусного гепатита С (ГС).

Материал и методы. Проведен опрос ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением в СНИО ПБ СПИД, принимающих антиретровирусную терапию: 105 мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) средний возраст 38,2 лет; 47 мужчин гетеросексуального поведения (ГСМ), средний возраст 44 года; 42 женщины гетеросексуального поведения (ГСЖ), средний возраст 43 года. Маркеры вирусных гепатитов (ВГ): анти-НВс суммарные, НВsAg, анти-ВГС суммарные методом ИФА, РНК ВГС и ДНК ВГВ методом ПЦР в режиме реального времени определяли в рамках протокола НИР «Факторы риска и частота заражения ИППП и гепатитами у людей, живущих с ВИЧ». Статистический анализ проводился с использованием описательной статистики Microsoft Excel 365. Сравнение полученных данных проводилось с использованием критерия Фишера (при уровне значимости $p < 0,05$ различия считались статистически достоверными).

Результаты. В целом маркеры перенесенного или хронического ВГ выявлены у 40,2% (78/194) лиц: ГВ у 31,9% (62/194), ГС у 20,1% (39/194), у 11,9% (23/194) лиц одновременно присутствовали маркеры ГВ и ГС. Острого ГВ в период обследования не наблюдали, острый ГС был выявлен у одного МСМ с клиническими проявлениями и наличием РНК ВГС. Среди лиц с выявленными маркерами парентеральных ВГ о лечении ИППП в анамнезе сообщили 75,6% (59/78), достоверно чаще МСМ (32; 54,2%) по сравнению с ГСМ и ГСЖ (17 (28,8%) и 10 (16,9%); $p < 0,001$). В том числе МСМ статистически чаще свидетельствовали о нескольких эпизодах лечения ИППП в анамнезе (50%; 16/32) по сравнению с ГСМ и ГСЖ (11,8% (2/17) и (10% (1/10); $p < 0,001$). В группе МСМ преобладало заражение сифилисом (23; 71,9%), гонококковой (14; 43,8%) и хламидийной (9; 28,1%) инфекциями по сравнению с ГСМ ((8; 47%), (5; 29,4%), (2; 11,8%)) и ГСЖ ((3; 30%), (1; 10%), (1; 10%); $p < 0,001$) соответственно. О лечении уrogenитального трихомониаза сообщили только ГСМ (1; 2,1%) и ГСЖ (1; 2,4%) и отрицали все МСМ.

Выводы. Высокий уровень заражения ИППП в анамнезе у больных ВИЧ-инфекцией с маркерами парентеральных ВГ, преимущественно у мужчин, практикующих секс с мужчинами, диктует необходимость обсуждения с пациентами способов профилактики и кратности обследования на маркеры ВГ и ИППП с учетом их сексуального поведения.

КЛИНИЧЕСКИЕ И БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

ВИННИК Ю.Ю.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск

Актуальность. Хронический простатит (ХП) является самым распространенным андрологическим заболеванием. Многообразие патогенетических механизмов и клинических проявлений, тенденция к рецидивированию диктуют разработку новых методов обследования и мониторинга данной патологии.

Цель исследования: определить индивидуально-типологические особенности клинико-инструментальных и лабораторных проявлений ХП у мужчин молодого возраста в зависимости от антропометрических и биоимпедансометрических параметров.

Материал и методы. 150 мужчин с диагнозом ХП проведено стандартизированное урологическое обследование, анкетирование (СОС-ХП), антропометрия с последующим соматотипированием по Хит-Картеру, J. M. Tanner, биоимпедансометрия с использованием комплекса КМ-АР-01, оценка половой конституции, ТРУЗИ простаты, семенных пузырьков и мочевого пузыря, четырёхстаканная проба Meares-Stamey, бактериологическое исследование отделяемого секрета простаты, комплексное исследование на ИППП молекулярно-биологическим методом.

Результаты. Представители эктоморфного соматотипа: установлены наименее выраженные клинические проявления, наибольшее значение общего тестостерона, воспалительные изменения в секрете простаты наименее выражены. Пациенты эндоморфы: наибольшие размеры простаты, симптомы ХП и воспалительные изменения наиболее выражены, уровень общего и свободного тестостерона и ГСПГ — наименьшие, показатель эстрадиола — самый высокий. Представители мезоморфного соматотипа: умеренные клинические и лабораторные проявления, воспалительные изменения в секрете простаты слабее. Влияние симптомов ХП на качество жизни было наибольшим у эндоморфов. У пациентов с выраженными проявлениями ХП выявлены значительно большие показатели ИМТ, абсолютного и относительного значений жировой массы, фазового угла, а уровень относительного значения активной клеточной массы и приведенного обмена веществ был ниже.

Корреляционный анализ установил статистически значимые связи умеренной силы: прямые связи с ИМТ, весом пациента, значениями жировой массы, фазового угла; обратные связи — с относительным значением активной клеточной массы и приведенным обменом веществ. Среди мужчин молодого возраста с ХП преобладают лица со слабой степенью полового диморфизма по J.Tanner, значимых различий по степени полого диморфизма среди различных соматотипов нет. По результатам определения половой конституции (ПК) у пациентов с ХП установлены средние индексы, отличающиеся снижением показателей от условной нормы здоровой популяции мужчин. Наиболее низкие характеристики ПК выявлены у пациентов-эндоморфов.

КОРРЕКЦИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ШЕИ И ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН

ГОЛДОБИНА М.В., РАЗНАТОВСКИЙ К.И.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: оценка влияния инъекций интрадермальных имплантатов на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола на глубину морщин периорбитальной области и кожи шеи у женщин.

Материал и методы. Проведено одноцентровое проспективное исследование, в котором приняли участие 18 женщин в возрасте $49,2 \pm 7,9$ года (от 33 до 61 года). Обследуемые получали инъекции препарата с содержанием частично перекрестно связанной гиалуроновой кислоты 12,5 мг и сорбитола комплексной иглой 30G линейно-ретроградной техникой в средний слой дермы кожи шеи и периорбитальной области. Процедуру повторяли дважды с перерывом 1 месяц, контрольные замеры проводили через 1 месяц после второго посещения. Глубину морщин (условные единицы — у.е.) оценивали с помощью аппарата для диагностики кожи (дерматоскопия) под 30-кратным увеличением Aramo Smart Lite (ASL-300) с программным обеспечением Solutionist («Aramo», Южная Корея, РЗН 2018/6802) в 10 точках. 4 точки измерения располагались симметрично в периорбитальной области: латеральный край орбиты на уровне наружного кантуса глаза справа и слева; середина нижнего края орбиты справа и слева. 6 точек измерения на шее располагались по средней линии шеи, а также симметрично справа и слева под подбородком и на 4 см ниже уровня нижней челюсти. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета Statistica 10.0 (StatSoft, США). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Показатели глубины морщин составили в 1-й точке $27,1 \pm 10,2$ у.е. и $19,1 \pm 7,1$ у.е. ($p = 0,004$), во 2-й точке $29,9 \pm 6,5$ у.е. и $23,1 \pm 6,4$ у.е. ($p = 0,001$), в 5-й точке $9,9 \pm 6,1$ у.е. и $6,5 \pm 4,2$ у.е. ($p = 0,005$), в 6-й точке $13,8 \pm 7,4$ у.е. и $9,8 \pm 3,8$ у.е. ($p = 0,009$), в 7-й точке $18,1 \pm 10,8$ у.е. и $11,9 \pm 5,5$ у.е. ($p = 0,002$), в 8-й точке $11,1 \pm 6,6$ у.е. и $6,6 \pm 4,3$ у.е. ($p = 0,002$), в 9-й точке $17,9 \pm 9,4$ у.е. и $12,1 \pm 7,4$ у.е. ($p = 0,0009$), в 10-й точке $18,6 \pm 8,3$ у.е. и $12,8 \pm 6,9$ у.е. ($p = 0,0002$). Таким образом, в 8 точках измерения из 10 наблюдалось статистически значимое уменьшение глубины морщин.

Выводы. Инъекции интрадермальных имплантатов на основе гиалуроновой кислоты и сорбитола могут быть рекомендованы для уменьшения глубины морщин периорбитальной области и кожи шеи у женщин.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ДОНЦОВА Е.В., НОВИКОВА Л.А., КУРАНОСОВ А.Ю., БОРЗУНОВА Л.Н.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
Минздрава России, г. Воронеж

Цель исследования: изучить влияние коморбидного метаболического синдрома (Мс) на атерогенность крови больных псориатическим артритом (ПсА).

Материал и методы. В исследование включено 320 пациентов с ПсА (средний возраст $55,75 \pm 6,95$ лет; мужчин — 150, женщин — 170), из которых у 230 присутствовали признаки Мс, а у 90 — нет. Контрольную группу составили 55 практически здоровых лиц. С помощью ферментативного колориметрического метода определяли общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), низкой плотности (ХС ЛПНП), определяли холестериновый индекс атерогенности (ХИА) по формуле А. Н. Климова (1977). Результаты обработаны методами непараметрической статистики.

Результаты. У пациентов с ПсА без Мс уровень ОХС был выше в 1,3 раза его значения в контрольной группе — $5,52[4,97;5,84]$ ммоль/л vs. $4,16[3,76;4,46]$ ммоль/л ($p < 0,001$). Самым высоким уровень ОХС оказался у больных с ПсА и Мс — $6,81[6,29;7,32]$ ммоль/л. Уровень ХС ЛПНП у пациентов без Мс был выше, чем в группе контроля в 2 раза — $3,51[3,24;3,65]$ ммоль/л vs. $1,76[1,28;1,97]$ ммоль/л ($p < 0,001$). При ПсА и Мс уровень ХС ЛПНП оказался еще выше — $4,66[4,15;5,26]$ ммоль/л. При этом уровень антиатерогенной фракции ХС ЛПВП в крови у пациентов с ПсА без Мс был достоверно ниже (в 1,3 раза), чем в контрольной группе — $1,25[1,06;1,36]$ ммоль/л vs. $1,61[1,41;1,75]$ ммоль/л ($p < 0,001$). В группе больных с ПсА и Мс уровень ХС ЛПВП был самым низким — $0,87[0,73;1,0]$ ммоль/л — в 1,9 раза ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), и в 1,4 раза — чем у пациентов без Мс ($p < 0,001$). Значение ХИА у пациентов с ПсА без признаков Мс было выше, чем в контрольной группе в 2,2 раза — $3,51[3,28;3,75]$ ед. vs. $1,62[1,42;1,82]$ ед. ($p < 0,001$). Еще более высоким ХИА регистрировался у больных с ПсА и Мс — $6,9[5,77;8,15]$ ед., что в 4,3 раза превышало его значение у здоровых лиц ($p < 0,001$) и в 2 раза — у пациентов без Мс ($p < 0,001$).

Выводы. У пациентов с ПсА и коморбидным Мс обнаруживаются выраженные атерогенные изменения в крови, что свидетельствует о необходимости совместного ведения таких пациентов с врачами терапевтами и кардиологами для профилактики развития атеросклеротических заболеваний сосудов.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ВРЕМЕНИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ СТОП

ИВАНОВА Ю.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: разработка метода прогноза времени выздоровления пациента с онихомикозом стоп у иммунокомпетентных и иммунокомпрометированных больных.

Материал и методы. Группа I (n=250) — пациенты с микозом кожи и ногтей без сопутствующих иммунодефицитных состояний, группа II (n=148) — пациенты с микозом кожи и ногтей и сопутствующими эндокринными заболеваниями, группа III (n=180) — пациенты с микозом кожи и ногтей и сопутствующими аутоиммунными заболеваниями; группа IV (n=68) — пациенты с микозом кожи и ногтей, и ВИЧ-инфекцией. Лабораторная диагностика: микроскопия, посев и определение рода и вида возбудителя. Все пациенты были поделены на 3 периода по времени выздоровления: до 24 недель, от 25 до 48 недель, от 49 до 72 недель. Отдельно выделялась группа пациентов без выздоровления (в неё вошли пациенты, которые не выздоровели за 72 недели лечения). Для каждого периода была построена логистическая пошаговая регрессия с включением факторов риска, прогнозирующая вероятность выздоровления пациента в конкретном промежутке времени. На основании полученных данных написана компьютерная программа — калькулятор «Способ прогнозирования длительности лечения и сроков выздоровления у пациентов с онихомикозом стоп».

Результаты. Логистическое регрессионное моделирование для прогнозирования риска выздоровления в период «12–24 недели». При анализе риска вероятного выздоровления выявлено, что фактор «Сахарный диабет» повышает риск данного события на 12–24 неделе включительно в среднем на 12,4% с увеличением на 1 единицу своего масштаба. Факторы «Заболевания опорно-двигательной и нервной системы», «Онихолитическая форма» и «Глубина поражения 1/3 и более н/п» снижают риск выздоровления на «12–24 неделе» в среднем на 21,3%, 16,3% и 36,3% соответственно при возрастании значения на 1 единицу. Все факторы являются статистически значимыми, что говорит о тесной интеграции их в единую логистическую модель. Наибольший эффект изменения риска целевого показателя выздоровления «12–24 недели» несет фактор «Глубина поражения 1/3 и более н/п», который потенциально может понизить риск более чем на 36% за счет повышения значений от минимального своего уровня до максимального. Прогнозное качество построенной модели имеет высокий уровень.

Логистическое регрессионное моделирование для прогнозирования риска выздоровления в период «25–48 недель». Анализ риска выздоровления в изучаемом периоде показал, что факторы «Бронхолегочные заболевания», «Заболевания желудочно-кишечного тракта» и «Флуконазол» повышают риск выздоровления за «25–48 недель» включительно в среднем на 26,9%, 27,8% и 15,8% соответственно с увеличением на 1 единицу своего масштаба. Факторы «*Aspergillus spp*», «Вредные привычки» и «Аутоиммунные заболевания» снижают риск выздоровления «25–48 недель» в среднем на 57,0%, 20,5% и 14,4% соответственно при возрастании значения на 1 единицу. Только 5 из 6 факторов являлись статистически значимыми, что говорит о тесной интеграции их в единую логистическую модель. Наибольший эффект изменения риска целевого показателя выздоровления «25–48 недель» несет фактор «*Aspergillus spp*», который потенциально может понизить риск более чем на 56% за счет повышения значений от минимального своего уровня до максимального. Прогнозное качество построенной модели имеет средний уровень.

Логистическое регрессионное моделирование для прогнозирования риска выздоровления в период «49–72 недели». Доказано, что факторы «Средняя/Тяжелая форма», «Заболевания опорно-двигательной и нервной системы» и «*Trichophyton rubrum*» повышают риск выздоровления «49–72 недели» включительно в среднем на 30,7%, 43,2% и 46,8% соответственно с увеличением на 1 единицу своего масштаба. Факторы «Сердечно-сосудистые заболевания» и «ВИЧ» снижают риск выздоровления «49–72 недели» в среднем на 25,2% и 24,8% при возрастании значения на 1 единицу. Все факторы являются статистически значимыми, что говорит о тесной интеграции их в единую логистическую модель. Наибольший эффект изменения риска целевого показателя выздоровления «49–72 недели» несет фактор «*Trichophyton rubrum*», который потенциально может повысить риск более чем на 46% за счет повышения значений от минимального своего уровня до максимального. Прогнозное качество построенной модели имеет высокий уровень.

Выводы. При помощи аналитической математической модели определены комбинации факторов риска и их значимость для прогнозирования сроков выздоровления при онихомикозе стоп в разные временные периоды: наибольший эффект изменения риска целевого показателя выздоровления на 12–24 неделе лечения несет фактор «Глубина поражения 1/3 и более н/п», который потенциально может понизить риск более чем на 36%; наибольший эффект изменения риска целевого показателя выздоровления на 25–48 неделе несет фактор «*Aspergillus spp*», который потенциально может понизить риск более чем на 56%; наибольший эффект изменения риска целевого показателя выздоровления на 49–72 неделе несет фактор «*Trichophyton rubrum*», который потенциально может повысить риск более чем на 46%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАКТОЛИЗАТОВ ЛИПОБЕЙЗ БИОАКТИВ В ВОССТАНОВЛЕНИИ КОЖНОГО БАРЬЕРА И МИКРОБИОМА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА

КАРПОВА О.А.

ЧУЗ КБ «РЖД- Медицина г. Барнаул», г. Барнаул

Цель исследования: изучить влияние линейки Липобейз биоактив для купирования обострения, профилактики рецидивов и продления профессионального долголетия у пациентов с атопическим дерматитом (АтД), работающих во вредных условиях труда.

Материал и методы. С 2023–2025 гг. было проведено клинико-лабораторное исследование эффективности крема и эмульсии для лица и тела, крема для рук, очищающей пенки для рук- содержащих лизаты лактобактерий INCI, натуральные масла, мочевины, гиалуроновую кислоту, восстанавливающие эпидермальный барьер и микроповреждения кожи, модулирующие кожный микробиом, подавляя рост *Staphylococcus aureus* и создавая благоприятную среду для восстановления нормальной микрофлоры.

В исследовании участвовали 20 пациентов в возрасте 19–44 лет: 1 монтер пути, 2 машиниста тепловоза, 2 машиниста электровоза, 5 маляров, 5 санитарок, 2 медицинских сестры, 3 врача, состоящих на диспансерном учете более года с АтД в ЧУЗ КБ «РЖД- Медицина г. Барнаул».

Результаты. Нежелательных реакций зарегистрировано не было. Среди работников, страдающих АтД и состоящих на диспансерном учете более года, получавших Липобейз биоактив у всех отмечено улучшение. Снижение роста *Staphylococcus aureus* и восстановление нормофлоры отмечено у 100%. SCORAD уменьшился на 68,7%, ДИКЖ на 87,5%, интенсивность зуда по ВАШ — 65%. Количество обострений снизилось на 60%, заболеваемость с ВУТ снизилась в случаях на 61%, а в днях на 50,3%. Безрецидивный период увеличился на 10–18 месяцев. Увеличение эффективности диспансеризации пациентов с АтД за счет липобейз биокатив составило 32,9%.

Выводы. Использование Липобейз биоактив является эффективным, безопасным, и удобным средством терапии и профилактики атопического дерматита. Восстановление кожного барьера и микробиома кожи у пациентов с атопическим дерматитом, работающих во вредных условиях труда улучшает качество жизни и продлевает их профессиональное долголетие.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ИППП У МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

МАКАРОВА Е.В., СОЛОВЬЕВ А.М., ПЕРЛАМУТРОВ Ю.Н.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), составляют группу наиболее высокого риска по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП). Специфической чертой данного контингента является многолокусный характер инфицирования: помимо уrogenитального тракта воротами инфекции служат прямая кишка и глотка. Экстрагенитальные формы ИППП нередко протекают бессимптомно, что создает диагностические затруднения и поддерживает скрытую передачу инфекции.

Материал и методы. Группа МСМ ($n = 174$, возраст 18–58 лет, медиана 22 года). Контрольная группа: гетеросексуальные мужчины ($n = 174$, возраст 22–55 лет, медиана 28 лет). Всем участникам проводили клинический осмотр уrogenитальной и аноректальной области; взятие материала из уретрального канала и прямой кишки с последующей микроскопией нативных препаратов и окрашенных мазков; ПЦР в режиме реального времени на ИППП; серологические исследования крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С. Для статистической обработки результатов определяли относительный риск (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ), критерий χ^2 .

Результаты. Жалобы со стороны мочеполовых органов и прямой кишки предъявляли 66 МСМ (37,9%) и 30 гетеросексуалов (17,2%). При этом у 23 из 66 МСМ (34,8%) клинико-лабораторных признаков уретрита и ИППП не выявили. Клинические проявления ИППП зафиксированы у 47 МСМ (27,0%) и 8 гетеросексуальных мужчин (4,6%); ОР = 5,88 (95% ДИ 2,86–12,06), $\chi^2 = 32,85$, $p < 0,001$, в то же время, у 17 (9,8%) МСМ выявление ИППП не сопровождалось клинико-лабораторными признаками воспаления. Ректальные жалобы предъявляли 12 МСМ (6,9%) и 0 пациентов контрольной группы. Между тем, клиническая картина острого проктита при осмотре аноректальной области выявлена у 17 пациентов (9,8%), следовательно, у 5 (29,4%) из них жалоб не было. Экстрагенитальная (ректальная) локализация ИППП при лабораторном исследовании зафиксирована у 22 МСМ (26,5% среди инфицированных, или 12,6% всей группы). Таким образом, 5 из 22 инфицированных МСМ (22,7%) не имели жалоб, и еще 5 из 22 МСМ (всего 10–45,5%) — не имели ни жалоб, ни клинических симптомов. Кроме того, изолированная ректальная локализация ИППП, при которой стандартный уретральный забор материала не выявил бы инфекцию вовсе, обнаружена у 15 МСМ (8,6%). Среди гетеросексуальных мужчин ни одного случая экстрагенитальной локализации зафиксировано не было.

Вывод. Наличие или отсутствие жалоб не является надежным диагностическим критерием, при обследовании МСМ необходимо обязательное многолокусное взятие материала с осмотром аноректальной области вне зависимости от жалоб.

БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ: ЖИЗНЬ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

МОРРИСОН А.В.¹, ШУСТОВА О.А.², ГАБРЕЛЯН П.И.¹

¹ ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Саратов

² ГУЗ «Саратовский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Цель исследования: демонстрация особенностей клинического течения, диагностики и долгосрочного ведения двух редких фенотипических вариантов врожденного буллезного эпидермолиза у детей в практике регионарной дерматовенерологической службы для повышения качества жизни пациентов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ медицинских карт и результатов обследования 2 пациентов детского возраста с верифицированным диагнозом врожденного буллезного эпидермолиза, находящихся под динамическим наблюдением. Клинический случай 1: мальчик, с дистрофическим буллезным эпидермолизом, аутосомно-рецессивным типом. Клинический случай 2: девочка, с инверсной формой заболевания. В процессе исследования применялись методы клинического осмотра, патоморфологического и иммунофлюоресцентного анализа биоптатов кожи, молекулярно-генетического тестирования, а также оценка индекса качества жизни.

Результаты. У пациента с дистрофической формой заболевание манифестировало с рождения генерализованными изменениями кожи. Выявлены выраженные системные проявления. Комплексная терапия позволила стабилизировать кожный процесс и минимизировать темпы рубцевания. У пациентки с инверсной формой буллезного эпидермолиза высыпания локализовались преимущественно в крупных складках с формированием болезненных трещин, эрозий и зон гиперпигментации. Поражение слизистых оболочек ограничивалось умеренно выраженными эрозивными элементами в ротовой полости. Оптимизация локальной терапии привела к снижению частоты рецидивов буллезных элементов на 40% и существенному уменьшению болевого синдрома.

Выводы. Персонифицированное ведение пациентов позволяет предотвратить развитие инвалидизирующих осложнений, стабилизировать клинический статус и доказать, что при адекватном медицинском сопровождении жизнь пациентов продолжается.

NEISSERIA GONORRHOEAE: ОТ МИКРОСКОПИИ К ПЦР

ПОПОВ В.Г., ВИННИК Ю.Ю.

КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1», г. Красноярск

Цель исследования: провести ретроспективный анализ результатов лабораторных исследований мазков содержимого уrogenитального тракта пациентов обоего пола, наблюдавшихся в КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1» методами микроскопии и ПЦР в период за 2024–2025 гг. Сравнить полученные положительные результаты методов за аналогичный период.

Материал и методы. Отделяемое уrogenитального тракта пациентов обоего пола, исследование проводилось методом микроскопии и ПЦР.

Результаты. В период 2024–2025 гг. количество проведённых исследований для идентификации *N. gonorrhoeae* динамически менялось, как среди мужчин, так и среди женщин. Так, в 2024 г в отношении мужчин выполнено 3877 исследований, среди женщин — 1406 исследований. В 2025 г в отношении мужчин выполнено 3447 исследований, среди женщин — 1227 исследований. При проведении анализа положительных результатов обнаружения *N. gonorrhoeae* методом микроскопии окрашенного мазка отделяемого уrogenитального тракта, были получены следующие данные: удельный вес положительных пациентов в 2024 г — 1,7% среди мужчин, 0,2% среди женщин. В 2025 г — 2,0%, среди женщин — 0,3%.

При проведении анализа положительных результатов обнаружения *N. gonorrhoeae* методом ПЦР отделяемого уrogenитального тракта, были получены следующие данные: удельный вес положительных пациентов в 2024 г. — 2,5% среди мужчин, 1,2% среди женщин; в 2025 г. — 4,0%, среди женщин — 1,3%.

Выводы. Во все периоды и во всех группах доля положительных результатов при использовании ПЦР была существенно выше, чем при микроскопии. Это соответствует современным представлениям о лабораторной диагностике *Neisseria gonorrhoeae*: ПЦР позволяет выявлять возбудителя даже при низкой бактериальной нагрузке и бессимптомном течении инфекции. Показатели положительных результатов микроскопии у женщин крайне низки (0,2–0,3%), что обусловлено возможным бессимптомным течением инфекции. Это подтверждает нецелесообразность использования микроскопии в качестве основного метода.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ *TREPONEMA PALLIDUM* В НЕТРЕПОНЕМНЫХ И ТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТАХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПОДТВЕРЖДЕННЫМ ДИАГНОЗОМ СКРЫТЫЙ ПОЗДНИЙ СИФИЛИС

ПОПОВ В.Г., ВИННИК Ю.Ю.

КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1», г. Красноярск

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов НТ и ТТ в сыворотке крови беременных женщин разных возрастных групп с подтвержденным диагнозом скрытый поздний сифилис.

Материал и методы. 100 образцов сыворотки крови беременных женщин с подтвержденным диагнозом скрытый поздний сифилис. Все беременные женщины разделены на 3 группы: 1 группа (18–29 лет): 25 человек, 2 группа (30–39 лет): 63 человека, 3 группа (40 лет и старше): 12 человек. Сыворотки крови исследовались в тест-системах: реакция микропреципитации (РМП), определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА), определение IgG к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) методом иммуноферментного анализа (ИФА) в линейке одного производителя тест-систем.

Результаты. В 1 возрастной группе (25 человек) получены следующие результаты: 7 человек с РМП (–), IgG с титром до 1:640 и РПГА с титром до 1:640, 8 человек с РМП (1–2+), IgG до 1:640 и РПГА с титром до 1:1280, 4 человека с РМП (3+), IgG 1:640 и РПГА с титром 1:10240, 6 человек с РМП (4+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:5120. Во 2 возрастной группе (63 человека) получены следующие результаты: 25 человек с РМП (–), IgG с титром до 1:640 и РПГА с титром до 1:640, 18 человек с РМП (1–2+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:1280, 20 человек с РМП (3–4+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:10240. В 3 возрастной группе (12 человек) получены следующие результаты: 5 человек с РМП (–), IgG с титром до 1:640 и РПГА с титром до 1:640, 5 человек с РМП (1–3+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:1280, 2 человека с РМП (4+), IgG 1:640 и РПГА с титром до 1:10240.

Выводы. У всех 100 обследованных беременных с подтвержденным поздним скрытым сифилисом выявлены положительные результаты трепонемных тестов. Титры РПГА достигали высоких значений (до 1:10240) независимо от возраста и выраженности реакции в нетрепонемном тесте. Это подтверждает, что трепонемные тесты — обязательный компонент верификации диагноза, поскольку антитела к *Treponema pallidum* сохраняются пожизненно.

НАРУЖНАЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА И БАЗИСНЫЙ УХОД — ПРАВИЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

СОКОЛОВСКИЙ Е.В.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Понимание важности правильного сочетания фармакологических препаратов для наружной терапии псориаза и средств базисного ухода/базисной терапии дает возможность практическим врачам повысить эффективность лечения и улучшить его переносимость, так как современные средства базисной терапии направлены на коррекцию или нормализацию нарушенных воспалительным процессом функций кожи. Входящие в состав средств базисной терапии активные компоненты способны оказывать терапевтический эффект за счет их патогенетического воздействия на кожу; применяются пациентам с хроническими дерматозами, как на этапе лечения в острой стадии, так и в стадии ремиссии; показана их роль в профилактике обострений заболеваний.

Препараты кальципотриола — мировой стандарт в наружном лечении псориаза, могут использоваться как монотерапия, так и сочетаться с другой топической терапией, различными видами системного лечения и фототерапии, использоваться в качестве поддерживающей терапии. Отечественный препарат Депсориол в форме лосьона или крема, содержащий кальципотриол 0,005% + дикалий глицирризинат, может применяться на всех этапах ведения пациентов с псориазом. Кальципотриол оказывает патогенетическое действие — дозозависимое торможение пролиферации кератиноцитов, нормализует нарушенную дифференцировку кератиноцитов, регулирует иммунный ответ, влияет на активацию Т-лимфоцитов. Дикалия глицирризинат дает дополнительный противовоспалительный и антиоксидантный эффект. Депсориол способен уменьшать потребность в топических кортикостероидах, назначается в виде монотерапии и сочетанной терапии наружно 1–2 раза в сутки. Топические кортикостероиды рекомендуется наносить через 1 час после нанесения Депсориола.

При терапии псориаза обоснованным сочетанием для Депсориола будет использование линейки Депсориол Уход — очищение кожи с помощью геля и шампуня для волос, увлажнение эмульсией и кремом, содержащей различные сочетания активных компонентов: салициловой кислоты, мочевины, гидроксипропилмочевины, бетаина, Д-пантенола, аллантоина, пироктон оламина, церамидов, ниацинамида, дикалия глицирризината и др., что определяет восстанавливающий и успокаивающий эффекты, коррекцию нарушений липидного барьера и другие положительные патогенетические воздействия, позволяющие отнести линейку Депсориол Уход к группе средств базисного ухода/базисной терапии.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ НЕОТАНИН В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ТАМРАЗОВА О.Б.

ФГАОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, г. Москва

Зуд в детском возрасте, является одним из самых мучительных симптомов большинства дерматозов, существенно нарушающим сон, развитие ребенка и качество жизни всей семьи. В педиатрической практике выбор противозудных средств крайне ограничен из-за рисков системных побочных эффектов и ограничений по возрасту, а длительное применение топических глюкокортикостероидов нередко вызывает опасения родителей (стероидофобия). Именно поэтому потребность в эффективном и безопасном негормональном средстве, контролирующем зуд и воспаление с первых недель жизни, стоит особенно остро. Неотанин — это серия средств с уникальным для местной терапии механизмом действия, основанным на свойствах синтетического танина и полидоканола. Синтетический танин связывает белки на коже, образуется слой химически связанных в сеть протеинов, это создаёт условия для заживления поврежденных участков кожи. Благодаря образованию этой тонкой когерентной защитной коагуляционной мембраны синтетические танины могут подсушивать мокнущую кожу и уменьшать зуд.

Вторым активным компонентом средств Неотанин является полидоканол, который обладает противозудным действием. Противозудный эффект полидоканола развивается через 5–10 минут после нанесения на кожу, длительность действия составляет в среднем 3–4 часа. В ситуациях, когда применение гормонов ограничено, например детский возраст. Неотанин может применяться в режиме монотерапии как негормональное противозудное и противовоспалительное средство. При необходимости комбинированного подхода возможны две стратегии. При параллельной схеме Неотанин сочетают вместе с тГКС, что позволяет снизить стероидную нагрузку на 30–50%. При последовательной схеме лечение начинают с короткого курса тГКС (2–3 дня), после чего полностью переходят на Неотанин до достижения ремиссии, что исключает синдром рикошета и минимизирует риск атрофических изменений. С точки зрения безопасности Неотанин особенно необходим в педиатрии. Препарат разрешен к применению у детей с 1 месяца жизни включительно. В его составе отсутствуют гормоны, антибиотики и красители, что исключает риск системных эффектов и сенсibilизации. Неотанин можно наносить на любые зоны, включая лицо, шею и крупные складки, а также на обширные участки тела без опасений системной абсорбции. Эффективность средств Неотанин подтверждена при атопическом, пеленочном дерматите, контактном дерматите. Таким образом, Неотанин — это полноценный инструмент для негормонального контроля снятия зуда в любых клинических ситуациях.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ЯНУС-КИНАЗ У ПОДРОСТКА С ТОТАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

ЯМСКИХ А.А., ВИННИК Ю.Ю.

КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1», г. Красноярск

Цель исследования: анализ клинического случая лечения тотальной алопеции у подростка пероральным тофацитинибом.

Материал и методы. Исследование проведено на базе амбулаторно-поликлинического отделения КГБУЗ КККВД № 1 с мая 2025 года по апрель 2026 г. Для оценки динамики лечения использовалась шкала Severity Alopecia Tool (SALT), чтобы определить тяжесть заболевания. Шкала SALT учитывает процент пораженной волосистой кожи и делит ее на 6 подклассов (S0 0%, S1 <25%, S2 25–49%, S3 50–74%, S4 75–99% и S5 100%).

Результаты. Больной С., 15 лет, обратился с жалобами на выпадение волос. Впервые единичный очаг выпадения волос на волосистой части головы был в 2016 г. Начало заболевания ни с чем не связано. В течение 2 месяцев после появления очаг зарос самостоятельно. Обострение с октября 2023 г., когда вновь заметили очаговое выпадение волос. В конце января 2024 г. обратились в КГБУЗ «КККВД № 1». Выставлен диагноз: гнездовая алопеция многоочаговая, прогрессирующая стадия. Назначено наружно лечение тГКС; обследование узкими специалистами. Ввиду прогрессирования процесса с марта 2024 г. назначен преднизолон 40 мг в день, 6 недель. Динамика на фоне терапии преднизолоном отмечалась положительная, наблюдалась стабилизация процесса и рост волос. Рекомендован лосьон миноксидил 5%. Практически сразу после отмены преднизолона выпадение волос усилилось. Трижды с интервалом 1 раз в 4 недели получал внутриочагово раствор триамцинолона, без улучшения. В сентябре 2024 г. проведен курс СФТ — без эффекта. С 08.10.2024 г. начато лечение раствором метотрексат 10 мг подкожно, с повышением до 17,5 мг в неделю, по апрель 2025 г. На фоне терапии отмечаются свежие очаги выпадения, в том числе на коже верхних и нижних конечностей. По решению врачебной комиссии, в связи с неэффективностью проводимой терапии, выраженным эстетическим дискомфортом вызываемой выпадением волос, пациенту предложено лечение препаратом тофацитиниб. Через 3 месяца от начала терапии — полное восстановление волосных фолликулов в очаге. Пациент находился под наблюдением в течение года, жалоб на выпадение волос не отмечалось. Шкала SALT, к моменту окончания лечения — 0 баллов.

Выводы. Ингибиторы янус-киназ представляют собой перспективный класс препаратов для лечения гнездовой алопеции у детей, однако их безопасность и эффективность требуют дальнейшего подтверждения в рамках рандомизированных контролируемых клинических исследований.