

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv100516>

Новости



Хроника Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова (МОДВ основано 4 октября 1891 г.) Бюллетень заседания МОДВ № 1145

А.Б. Яковлев¹, И.С. Максимов²¹ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

21 декабря 2021 года состоялось 1145-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Встреча проходила в очном формате традиционно в стенах клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова. Всего присутствовало 110 участников. Приняты в члены МОДВ 4 человека.

Представлены клинические наблюдения линейного IgA-зависимого дерматоза, системной красной волчанки и кольцевидной гранулёмы. Заслушаны два научных доклада — о мицетоме стопы и о кожных реакциях на татуировки.

Линейный IgA-зависимый буллёзный дерматоз — редкое иммуноопосредованное пузырьное кожное заболевание, характеризуется наличием гомогенной линейной фиксации IgA вдоль базальной мембраны. Триггерные факторы: лекарственные препараты (ванкомицин, цефалоспорины, диклофенак, каптоприл и др.); инфекционные заболевания; вакцинация против гриппа; воздействие ультрафиолетовых лучей; паранеопластический процесс (5% случаев) при лимфопрлиферативных заболеваниях; воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона). Дифференциальный диагноз у взрослых — герпетиформный дерматит Дюринга, буллёзный пемфигоид Лёвера, атипичная форма многоформной экссудативной эритемы; у детей — буллёзное импетиго, генетический буллёзный эпидермолиз.

Системная красная волчанка — мультисистемное заболевание соединительной ткани с поражением кожи и слизистых оболочек, суставов, почек, сердца, лёгких и центральной нервной системы. В лечении используют системные глюкокортикоиды, гидроксихлорохин, азатиоприн, циклофосфамид, белимумаб, ритуксимаб.

Кольцевидная гранулёма — доброкачественный воспалительный дерматоз неизвестной этиологии, который характеризуется развитием на коже папул телесного или красного цвета, часто расположенных в виде колец. В лечении используют действие фракционного лазера.

Мицетомы — односторонний, ограниченный на стопе или кисти малоболлезненный плотный опухолеподобный инфильтрат, отёк с формированием гранулём, микроабсцессов, образованием свищей и выделением из них друз актиномицетов или мицелия грибов. Дифференциальный диагноз: хронический артрит, артроз, растяжение и разрыв связок, синовит, хронический и послеоперационный остеомиелит, бактериальная мицетомы, ботриомикоз, опухоли, «холодный» абсцесс, флегмона, постинъекционный инфильтрат и др.

Татуировка — подвид авангардного искусства и способ изменения внешности, при котором с помощью различных колющих инструментов нарушается целостность кожного покрова и путём введения того или иного красящего вещества наносится стойкий несмываемый рисунок. Пигменты, попавшие в татуировку, частично выходят через лимфу и откладываются в регионарных лимфатических узлах. Узлы незаметно окрашиваются вместе с кожей. Некоторое количество наночастиц пигмента может попасть в кровоток и теоретически причинить вред где-то в организме.

Ключевые слова: МОДВ; хроника; история.

Как цитировать:

Яковлев А.Б., Максимов И.С. Хроника Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова (МОДВ основано 4 октября 1891 г.). Бюллетень заседания МОДВ № 1145 // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021. Т. 24, № 6. С. 605–611. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv100516>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv100516>

News

Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Dermatovenereology and Cosmetology Society (MDCS was founded on October 4, 1891) Bulletin of the MSDC № 1145

Alexey B. Yakovlev¹, Ivan S. Maximov²¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russian Federation² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

On December 21, 2021, the 1145th meeting of the Moscow Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists named after A.I. Pospelov took place.

The meeting was held in a face-to-face format traditionally in the countries of the V.A. Rakhmanov Skin Clinic. There were 110 participants. Accepted as a member of the MSDV 4 people.

Clinical observations of linear IgA-dependent dermatosis, systemic lupus erythematosus, annular granuloma were presented. Two scientific reports were heard — about foot mycetoma; about skin reactions to tattoos.

Linear IgA-dependent bullous dermatosis is a rare immune — mediated vesicular skin disease characterized by the presence of homogeneous linear fixation of IgA along the basement membrane. Trigger factors: medications (vancomycin, cephalosporins, diclofenac, captopril, etc.); infectious diseases; vaccination against influenza; exposure to ultraviolet rays; paraneoplastic process (5% of cases) in lymphoproliferative diseases; inflammatory bowel diseases (ulcerative colitis and Crohn's disease). The differential diagnosis in adults is During's herpetiform dermatitis, Lever's bullous pemphigoid, an atypical form of multiform exudative erythema; in children — bullous impetigo, genetic epidermolysis bullosa.

Systemic lupus erythematosus is a multisystem connective tissue disease with lesions of the skin and mucous membranes, joints, kidneys, heart, lungs and central nervous system. Systemic glucocorticoids, hydroxychloroquine, azathioprine, cyclophosphamide, belimumab, rituximab are used in the treatment.

Annular granuloma is a benign inflammatory dermatosis of unknown etiology, which is characterized by the development of flesh colored or red papules on the skin, often arranged in the form of rings. Fractional laser action is used in the treatment.

Mycetoma is a one sided, slightly painful dense tumor-like infiltrate limited on the foot or hand, edema with the formation of granulomas, microabscesses, the formation of fistulas and the release of actinomycetes or fungal mycelium from them. Differential diagnosis: chronic arthritis, arthrosis, sprain and rupture of ligaments, synovitis, chronic and postoperative osteomyelitis, bacterial mycetoma, botryomycosis, tumors, "cold" abscess, phlegmon, post-injection infiltrate, etc.

Tattooing is a subspecies of avant — garde art and a way of changing appearance, in which the integrity of the skin is violated with the help of various piercing tools and a persistent indelible pattern is applied by introducing a coloring agent. The pigments trapped in the tattoo partially exit through the lymph and are deposited in the regional lymph nodes. The nodes are imperceptibly colored along with the skin. A certain amount of pigment nanoparticles can enter the bloodstream and theoretically cause harm somewhere in the body.

Keywords: MDCS; chronicle; history.

To cite this article:

Yakovlev AB, Maximov IS. Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Dermatovenereology and Cosmetology Society (MDCS was founded on October 4, 1891). Bulletin of the MDCS meeting N 1145. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2021;24(6):605–611. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv100516>

Received: 22.12.2021

Accepted: 25.12.2021

Published: 25.12.2021

ОТ РЕДАКЦИИ

21 декабря 2021 года состоялось очередное, 1145-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Заседание проводилось в очном формате традиционно в стенах кожной клиники имени В.А. Рахманова. Присутствовало 110 участников.

В Президиуме конференции: Председатель Правления МОДВ проф. О.Ю. Олисова, проф. Е.С. Снарская, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО ЦГМА Управления делами Президента РФ к.м.н. А.Б. Яковлев.

По традиции перед началом клинической части проведён приём новых членов. На членство в МОДВ было подано 4 заявки, из них 3 от ординаторов Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и одна от ординатора ФГБУ ДПО ЦГМА Управления делами Президента РФ. Все 4 кандидата приняты в члены МОДВ единогласно.

В Повестке дня заседания были следующие вопросы:

1. Клинические случаи:

- *Линейный IgA-зависимый дерматоз* (Рогозина В.А., проф. Теплюк Н.П., доц. Шестакова Л.А.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова);
- *Случаи впервые выявленной системной красной волчанки на приёме у врача-дерматолога* (Баушева Е.А., Морозова Е.А.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва);
- *Фракционный фототермолиз при кольцевидной гранулёме* (Бадалян Т.А., проф. Кочергин Н.Г.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва).

2. Научные доклады:

- *Многолетний опыт диагностики и лечения микетомы стопы и кисти в России* (проф. Бурова С.А., Эмирасланов Ф.Л.; Центр глубоких микозов, Москва);
- *Реакции кожи на татуировки* (Дунаева Е.Р., доц. Вертиева Е.Ю., Грекова Е.В.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ПОВЕСТКИ ДНЯ ЗАСЕДАНИЯ

Линейный IgA-зависимый дерматоз (Рогозина В.А., проф. Теплюк Н.П., Шестакова Л.А.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Линейный IgA-зависимый буллёзный дерматоз — редкое иммуноопосредованное пузырьное кожное заболевание, которое характеризуется наличием гомогенной линейной фиксации IgA вдоль базальной мембраны.

Представлен клинический случай линейного IgA-зависимого буллёзного дерматоза у пациентки 23 лет.

В 1979 г. Т. Chorzeleski и соавт. описали заболевание как самостоятельный дерматоз, отделив его от герпетиформного дерматита Дюринга.

Линейный IgA-дерматоз может возникать во всех возрастных диапазонах (у взрослых и детей), причём средний возраст начала заболевания у взрослых приходится на 2 отдельных пика: один — в подростковом и раннем взрослом возрасте, другой — на шестом десятилетии жизни.



Заседание МОДВ № 1145 проходит в конференц-зале Кожной клиники им. В.А. Рахманова.

The meeting of the MOD No. 1145 takes place in the conference hall of the Skin Clinic. V.A. Rakhmanov.

Триггерные факторы при IgA-зависимом буллёзном дерматозе: лекарственные препараты (ванкомицин, цефалоспорины, диклофенак, каптоприл и др.); инфекционные заболевания; вакцинация против гриппа; воздействие ультрафиолетовых лучей; паранеопластический процесс (5% случаев) при лимфопролиферативных заболеваниях; воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона).

Не связан с глютеновой энтеропатией.

Лабораторная диагностика линейного IgA-дерматоза.

Гистологическое исследование биоптата кожи, взятого по краю пузырьного элемента с захватом видимо здоровой кожи. Выявляется субэпидермальный пузырь; в дерме клеточный инфильтрат варьирует:

- 1) преобладание нейтрофилов, в ряде случаев формирующих в области вершечек сосочков дермы микроабсцессы (ошибочный диагноз — «герпетиформный дерматит Дюринга»);
- 2) мононуклеарные клетки и эозинофилы, не образующие микроабсцессы (ошибочный диагноз — «буллёзный пемфигоид Лёвера»).

Иммуногистохимическое исследование биоптата видимо неизменённой кожи (метод прямой иммунофлуоресценции): выявляется линейная фиксация IgA вдоль базальной мембраны как в lamina densa, так и в lamina lucida; редко T-линейная фиксация IgM, IgG и C3 компонента комплемента.

Метод непрямой иммунофлуоресценции — выявление циркулирующих антител IgA к базальной мембране.

Метод ELISA (enzyme-linked immunosorbent assays) / ИФА — выявление циркулирующих антител IgA к BPAG1, BPAG2, LAD-11, LAD285, Ladinin, коллагену VII типа методом иммуноблота.

Дифференциальный диагноз: у взрослых — герпетиформный дерматит Дюринга, буллёзный пемфигоид Лёвера, атипичная форма многоформной экссудативной эритемы; у детей — буллёзное импетиго, генетический буллёзный эпидермолиз.

Лечение линейного IgA-дерматоза:

- Дапсон (50–200 мг/сут, дети — 0,5 мг/кг в сутки) наиболее эффективен при отсутствии поражения слизистых оболочек;
- системные глюкокортикоиды (при поражении слизистых оболочек);
- сульфопиридин: начальная доза 500 мг 2 раза/сут, может быть увеличена до 1000 мг каждые 1–2 нед до достижения ремиссии;
- цитостатики (азатиоприн 100 мг/сут);
- иммуносупрессоры (циклоsporин 3 мг/кг в сутки);
- IVIg (внутривенное введение иммуноглобулина): на курс 35 мг препарата в течение 3 дней, длительность вливаний 3–4 ч; общая доза в месяц — 4 г/кг веса; курс — каждые 2 нед в первые 4 мес, затем каждые 3 нед — 4 мес.

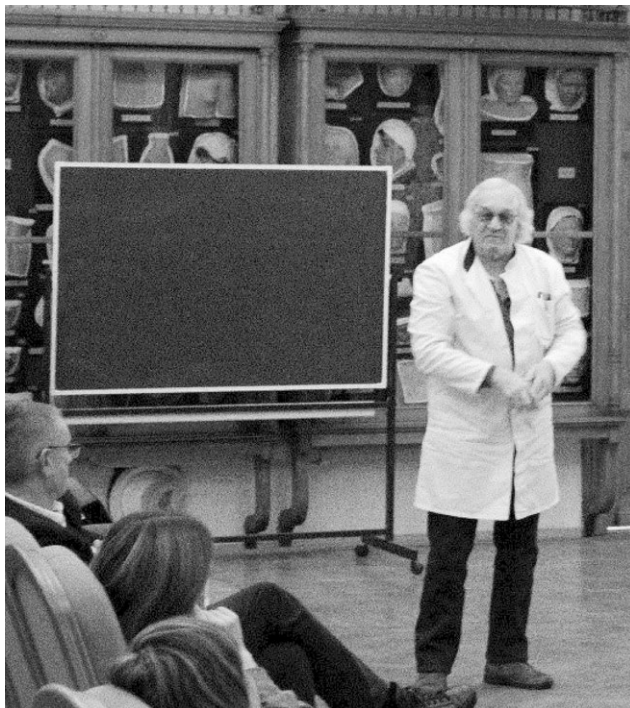
Благоприятное течение линейного IgA-зависимого буллёзного дерматоза наблюдается, по данным разных авторов, в 30–60% случаев. При поражении слизистых возможны рубцовые стриктуры глотки и глаз.



В Президиуме заседания МОДВ проф. О.Ю. Олисова (в центре), проф. Е.С. Снарская, доц. А.Б. Яковлев.

In the Presidium of the MOD meeting, prof. O.Yu. Olisova (center), prof. E.S. Snarskaya, Assoc. A.B. Yakovlev.

Случаи впервые выявленной системной красной волчанки на приёме у врача-дерматолога (Баушева Е.А., Морозова Е.А.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва)



Обсуждение клинического случая: выступает проф. Н.Г. Кочергин.

Discussion of a clinical case: speaking prof. N.G. Kochergin.

Системная красная волчанка (СКВ) — мультисистемное заболевание соединительной ткани, имеющее широкий спектр клинических проявлений с поражением кожи и слизистых оболочек, суставов, почек, сердца, лёгких и центральной нервной системы.

Диагноз кожной формы СКВ выставляется при наличии следующих диагностических критериев:

- эритематозные очаги, локализованные на фоточувствительных зонах;
- выявление антител к нуклеопротеинам — анти-Ro/SS-A (в 70% случаев), анти-La/SS-B (30–50%), антинуклеарных антител — ANA (60–80%);
- патоморфологическая картина зависит от типа СКВ: апоптоз клеток базального слоя эпидермиса и вакуолизация разной степени выраженности.

Для постановки диагноза СКВ следует учитывать также наличие лихорадки, гематологических и психоневрологических симптомов, явлений полисерозитов, поражение слизистых оболочек и почек, иммунологические признаки (антифосфолипидные антитела, белки комплемента, специфические антитела).

Для лечения СКВ в настоящее время используются системные глюкокортикоиды, гидроксихлорохин, азатиоприн, циклофосфамид, белимумаб, ритуксимаб.

Представлены два клинических случая красной волчанки с кожными проявлениями, когда, в конечном итоге, был выставлен диагноз СКВ.

Фракционный фототермолиз при кольцевидной гранулёме (Бадалян Т.А., проф. Кочергин Н.Г.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва)

Заболеваемость кольцевидной гранулёмой (КГ) оценивается в 0,1–0,4% от общего количества дерматологических пациентов.

Классификация КГ (формы): локализованная, папулёзная, глубокая (подкожная), диссеминированная.

Патоморфологическая картина КГ в зависимости от архитектоники инфильтрата может быть палисадникового или интерстициального типа.

Механизм действия фракционного лазера заключается в том, что микроскопические пучки сфокусированного света вызывают образование в тканях микротермических зон, не сообщающихся между собой, т.е. при КГ применяется своеобразное абляционное лазерное воздействие. Этот эффект используется для лечения КГ как зарубежными, так и отечественными дерматологами.

НАУЧНЫЕ ДОКЛАДЫ

Многолетний опыт диагностики и лечения мицетомы стопы и кисти в России (проф. Бурова С.А., Эмирасланов Ф.Л.; Центр глубоких микозов, Москва)

Мицетомы — односторонний, ограниченный на стопе или кисти малоболлезненный плотный опухолеподобный инфильтрат, отёк с формированием гранулём, микроабсцессов, образованием свищей и выделением из них друз актиномицетов или мицелия грибов. Заболевание медленно прогрессирует, в процесс вовлекается костная ткань, конечность деформируется, сохраняя длительное время опорную функцию.

Первые описания мицетомы среди сельского населения в странах с тропическим и субтропическим климатом относятся к началу XVIII века и принадлежат Е. Каемпфер.

Случаи мицетомы с выделением возбудителей *Madurella* и *Actinomyces* были описаны Gill в середине XIX века в индийской провинции Мадур. Заболевание получило название «мадурская стопа», или мадурамицетомы.

C.W. Emmons зарегистрировал 1133 больных мицетомой стопы в Судане только за один 1963-й год.

Отечественные учёные Ю.С. Федоров (1967), Д.А. Дорогань (1968) и Е.И. Горбунов (1969) в своих диссертациях изучали мицетому стопы в Мали, Сомали, Йемене.

По этиологии выделяют 2 типа мицетом — эумицетому (вызывается истинными грибами) и актиномицетому

(вызывается грамположительными бактериями актиномицетами).

Соотношение эумицетомы и актиномицетомы в мире 50/50%, в России — 20/80%, в Африке — 80/20%.

Эумицетому вызывают около 20 видов грибов, сапрофитирующих в почве, навозе, на гниющих растениях, в сточных и прибрежных зонах, причём в разных географических регионах преобладают свои возбудители. Чаще всего это *Pseudoallescheria boydii*, *Aspergillus nidulans*, *Fusarium moniliforme*, *Madurella grisea*, *M. mycetomatis*, *Acremonium falciforme*, *Exophiala jeanselmaei*, *Leptosphaeria senegalensis* и др.

Актиномикотическую мицетому вызывают мицелиальные или «нитчатые» бактерии (актиномицеты), относящиеся к порядку *Actinomycetes*: *Actinomyces madurae*, *A. pelletierii*, *Nocardia asteroides*, *N. brasiliensis*, *N. otitis-caviarum*, *Streptomyces somaliensis* и др.

Обычно инфекция попадает под кожу при соприкосновении стопы или кисти с инфицированным материалом при травме, мацерации, уколе колючкой, гвоздём, камнем; укусе насекомыми, переломе или других повреждениях. Затем развивается хроническое воспаление с микроабсцессами и массивным фиброзированием ткани. Плотный отёк увеличивается по поверхности и вглубь, захватывает всю стопу или кисть, нарушается лимфо- и кровообращение. Кожа приобретает багрово-синюшный цвет, истончается, образуется множество подкожных узлов, персистирующих свищей. Узлы и веррукозные элементы часто изъязвляются, формируются свищевые ходы с гнойно-кровянистым отделяемым и характерным выступающим устьем свища. Всё это ведёт к гигантскому поражению костных структур и деформации, но при этом опорная функция конечности долгое время остаётся сохранной. Могут присоединиться тендинит, остеомиелит, реактивный артрит, что приводит сначала к скованности в суставе, а затем к нарушению его функции. На рентгенограммах видны характерные «пробойниковые» отверстия.

Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями: хронический артрит, артроз, растяжение и разрыв связок, синовит, хронический и послеоперационный остеомиелит, бактериальная мицетомы, ботриомикоз, опухоли, «холодный» абсцесс, флегмона, постинъекционный инфильтрат и др.

Методы лабораторной диагностики мицетомы: микроскопия нативного материала; культуральный метод (CandiSelect, FungiFast и др.); гистологическое исследование биопсийного материала.

Иммунологические методы: определение антител к грибам.

Серологические методы: определение уровня антигенов грибов: маннаны — антигенов *Candida spp.* (*Platelia Candida Ag Plus*), антиманнаны галактоманнаны — антигенов *Aspergillus spp.* (*Platelia Aspergillus Ag*

Assay); (1->3) β -D-Glucan Tests (*Fungitell assay*) — биомаркер инвазивных микозов (для *Aspergillus*, *Candida*, *Fusarium*, *Trichosporon*, *Acremonium*, но не *Mucor* и *Cryptococcus*).

Диагностика методом ПЦР.

Масс-спектрометрия (Maldi-ToF) позволяет идентифицировать бактерии и грибы до видовой принадлежности на молекулярном уровне.

Гистология актиномицетомы. В биоптате, послеоперационном материале или в грануляциях обнаруживают микроабсцессы, в центре которых располагаются друзы, окружённые эозинофильной зоной. Глубокий (клиновидный) биоптат из очага поражения может быть использован как для гистологического, так и культурального исследования. При большом увеличении хорошо различимы радиально отходящие лучи от аморфного центра по периферии — феномен Hoepli-Splendore. Как правило, применяют различные виды окрасок: гематоксилин-эозин, по Граму, по Гомори-Грокотту (метанамин-серебра).

Лечение актиномицетомы:

- длительная антибиотикотерапия в периоды обострений с учётом чувствительности микроорганизмов (в 60% случаев при мицетоме к актиномикотической инфекции присоединяется «вторичная» бактериальная флора);
- ангиопротекторы;
- симптоматическая терапия;
- дезинтоксикационные средства по показаниям;
- ультразвуковая терапия с йодистым калием по 0,2–0,4 Вт/см² в импульсном режиме, на курс 10–15 сеансов (тепловые физиопроцедуры противопоказаны!);
- специфический иммуномодулятор — актинолизат по 3 мл, внутримышечно, 2 раза/нед, курсами с интервалом 1 мес, по 25–35 инъекций.

Реакции кожи на татуировки (Дунаева Е.Р., доц. Вертеева Е.Ю., Грекова Е.В.)

Татуировка — это подвид авангардного искусства и способ изменения внешности, при котором с помощью различных колющих инструментов нарушается целостность кожного покрова и путём введения того или иного красящего вещества наносится стойкий несмываемый (перманентный) рисунок. «Ни одна цивилизация в своём развитии не прошла мимо этапа, связанного с татуировкой» (Ч. Дарвин).

Родина искусства тату — Полинезия (с раннего палеолита — ок. 40 000 лет до н.э.).

Пигменты, попавшие в татуировку, частично выходят через лимфу и откладываются в регионарных лимфатических узлах. Узлы незаметно окрашиваются вместе с кожей. Некоторое количество наночастиц пигмента может попасть в кровоток и теоретически причинить вред где-то в организме.

Осложнения тату: системные (системный саркоидоз, ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, D); местные (контактный дерматит, аллергический дерматит, крапивница, келоидный рубец, псевдолимфома, красный плоский лишай, псориаз, склеродермия, витилиго). Срочные — анафилактический шок, отсроченные — пиодермия, неспецифическое воспаление вокруг красителя как инородного тела, новообразование (дерматофиброма, кератоакантома, меланоцитарный невус, плоскоклеточный рак), фотосенсибилизация.

Методы удаления тату: лазеры рубиновый, александритовый, неодимовый, диодный.

Несмотря на отсутствие чётко прописанных противопоказаний к проведению процедуры нанесения

татуировки, в конкретных клинических случаях татуировки могут стать причиной серьёзных заболеваний, что требует дальнейшего изучения данной проблемы для профилактики осложнений и оптимизации лечебной тактики.

Противопоказания к нанесению татуировок: сахарный диабет; нарушения свёртывающей системы крови и заболевания кроветворных органов; аллергические реакции на металлы или их химические соединения в анамнезе; приём препаратов, разжижающих кровь; эпилепсия; системные аутоиммунные или онкологические, острые бактериальные и вирусные заболевания; состояние алкогольного или наркотического опьянения.