

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv110695>

Новости



Хроника Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова (МОДВ основано 4 октября 1891 г.) Бюллетень заседания МОДВ № 1148

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 июня 2022 года состоялось очередное, 1148-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Заседание прошло в очном формате. Всего присутствовало 135 участников. В члены МОДВ приняты 6 кандидатов.

На заседании представлен ряд клинических наблюдений. Случай тяжёлого течения гангренозной пиодермии с поражением слизистых оболочек представляет интерес сложностью дифференциальной диагностики с гранулематозом Вегенера, при этом основным методом, подтверждающим диагноз гангренозной пиодермии, является гистологическое исследование биоптата. В повестке дня обсуждалась также обоснованность выделения клинического понятия «синдром красной мошонки». Пациенты с синдромом красной мошонки, как правило, поздно обращаются за консультацией к врачу-дерматологу, что обуславливает снижение качества их жизни. В представленном наблюдении пациенту было проведено лечение, как при розацеа. Проанализирован также клинический опыт применения ингибиторов IL-17 в терапии генерализованного пустулёзного псориаза Цумбуша.

Научная часть заседания полностью была посвящена вопросам псориаза — заболевания, представляющего собой значительную психосоциальную проблему и оказывающего большое влияние на качество жизни пациентов. Рассматривались не только отличия псориаза от себорейного дерматита, но и сходство клинической картины, заключающееся в том числе в патофизиологических особенностях рогового слоя, а именно общности процессов кератинизации, при этом ведущим терапевтическим подходом для обоих заболеваний является применение наружных средств с антикератинизирующим и противовоспалительным действием. Для наружной терапии псориаза используют липосомальный крем с силимарином. Дерматокосметическая продукция, содержащая силибин, демонстрирует положительный эффект в терапии псориаза, что подтверждается результатами исследования. Тем не менее разработка эффективных и безопасных местных средств терапии псориаза остаётся актуальной проблемой современной дерматологии.

Ключевые слова: МОДВ; хроника; история.

Для цитирования:

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 № 1148 // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2022. Т. 25, № 3. С. 247–253.
DOI: <https://doi.org/10.17816/dv110695>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv110695>

News

Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Dermatovenerology and Cosmetology Society (MDCS was founded on October 4, 1891) Bulletin of the MSDC № 1148

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

The 1148th meeting was held in a “face-to-face” format. In total there were 135 participants. Six people were accepted as members of the MSDVC.

A number of clinical observations were presented at the meeting. The case of severe gangrenous pyoderma with mucosal lesions is of interest due to the complexity of differential diagnosis with Wegener’s granulomatosis, while the main method confirming the diagnosis of gangrenous pyoderma is histological examination of a biopsy. The agenda also discussed the validity of the allocation of the clinical concept of “red scrotum syndrome”. Patients with red scrotum syndrome, as a rule, seek advice from a dermatologist late, which leads to a decrease in their quality of life. In the presented observation, the patient was treated as with rosacea. The clinical experience of the use of IL-17 inhibitors in the treatment of generalized pustular psoriasis of Tsubush is also analyzed.

The scientific part of the meeting was entirely devoted to the issues of psoriasis, a disease that is a significant psychosocial problem and has a great impact on the quality of life of patients. Not only the differences between psoriasis and seborrheic dermatitis were considered, but also the similarity of the clinical picture, including the pathophysiological features of the stratum corneum, namely the generality of keratinization processes, while the leading therapeutic approach for both diseases is the use of external agents with anti-keratinizing and anti-inflammatory effects. Liposomal cream with silymarin is used for external therapy of psoriasis. Dermatocosmetic products containing silybin demonstrate a positive effect in the treatment of psoriasis, which is confirmed by the results of the study. Nevertheless, the development of effective and safe local remedies for psoriasis therapy remains an urgent problem of modern dermatology.

Keywords: MSDVC; chronicle; history.

For citation:

Yakovlev AB, Maximov IS. Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Dermatovenerology and Cosmetology Society (MDCS was founded on October 4, 1891). Bulletin of the MDCS N 1148. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2022;25(3):247–253. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv110695>

ОТ РЕДАКЦИИ

21 июня 2022 года состоялось очередное, 1148-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelova.

Заседание проводилось в очном формате. Присутствовало 135 участников.

В Президиуме конференции: Председатель Правления МОДВ член-корр. РАН, проф. О.Ю. Олисова, проф. Н.Г. Кочергин, 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 МОДВ. На вступление в организацию было подано 6 заявок от ординаторов Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института — Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии (ЦНИКВИ-ГНЦДК). Открытым голосованием все кандидаты единогласно приняты в члены МОДВ.

В Повестке дня заседания:

1. Клинические случаи:

- *Случай тяжёлого течения гангренозной пиодермии с поражением слизистых* (Бобкова А.Е., Кусраева Д.Т., доц. Грабовская О.В., проф. Теплюк Н.П.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).
- *Синдром красной мошонки* (Грибанов Н.В., Объединённая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ; Переверзина Н.О., медико-санитарная часть № 119 ФМБА).

- *Клинический опыт применения ингибиторов IL-17 в лечении генерализованного пустулёзного псориаза Цумбуша* (Махмуди В., проф. Снарская Е.С.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

2. Научные доклады:

- *Что общего между псориазом и себорейным дерматитом* (проф. Кочергин Н.Г.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).
- *Эффективность липосомального крема с силибином при наружном применении у пациентов с псориазом* (Максимов И.С.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ПОВЕСТКИ ДНЯ ЗАСЕДАНИЯ

Случай тяжёлого течения гангренозной пиодермии с поражением слизистых

(Бобкова А.Е., Кусраева Д.Т., доц. Грабовская О.В., проф. Теплюк Н.П.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Гангренозная пиодермия (pyoderma gangrenosum, ГП) — аутовоспалительный нейтрофильный дерматоз, характеризующийся спектром клинических проявлений с переменным течением, а также повышенной экспрессией цитокинов и хемокинов в поражённой коже. Первое описание заболевания (phagédénisme géométrique) в 1908 г. сделал французский дерматолог Луи-Анн-Жан Брок (Louis-Anne-Jean Brocq), подробное описание представлено американскими дерматологами А. Brunsting, W. Goeckerman и Р. O'Leary.



Заседание МОДВ № 1148 проходит в конференц-зале клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова.
MDCS meeting No. 1148 takes place in the conference hall of the V.A. Rakhmanov Clinic of Skin and Venereal Diseases.



В Президиуме заседания МОДВ чл.-корр. РАН, проф. О.Ю. Олисова (в центре), проф. Е.С. Снарская, доц. А.Б. Яковлев. Докладчик — А.Е. Бобкова.

In the Presidium of the MDCS meeting: Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, prof. O.Yu. Olisova (in the center), prof. E.S. Snarskaya, assoc. prof. A.B. Yakovlev. The speaker is A.E. Bobkova.

Представлен случай ГП у пациента в возрасте 69 лет, у которого вначале появились высыпания на слизистой оболочке полости рта, возможно, на фоне вакцинации, после чего в местах инъекций начали появляться язвы. Одновременно пациент получал лечение в стационаре с диагнозом полисегментарной пневмонии средней тяжести. Гистологически обнаружены признаки лейкокластического васкулита. Обильный нейтрофильный инфильтрат в дерме и гиподерме с признаками лейкоцитокластического васкулита, без признаков гранулематозного воспаления. По результатам магнитно-резонансной томографии выявлен дефект перегородки носа. К антибиотикотерапии подключён метилпреднизолон в начальной дозе 12 таблеток/сут со снижением до 5 таблеток в течение 2 мес. Получена выраженная положительная динамика с рубцеванием язв. Ретроспективно наиболее обоснованным диагнозом авторы считают гранулематоз Вегенера, однако при гистологическом исследовании гранулёмы не обнаружены. Терапия глюкокортикоидами была успешной, что редко наблюдается при гранулематозе Вегенера.

При ГП часто встречаются внекожные поражения, поскольку и сама ГП представляет собой васкулит: склерит и язвенное поражение век; аортит и расслаивающая аневризма аорты; фасциит и миозит; гранулёмы гипофиза; интерстициальная пневмония, синдром долевого уплотнения лёгочной ткани; асептические абсцессы селезёнки; асептическая лейкоцитурия и протеинурия; асептический остеомиелит и остеолиз.

Диагностические критерии ГП¹.

А. Основные (2 критерия):

- 1) отсутствие специфических причин изъязвления кожи (бактериальной инфекции, сифилиса, туберкулёза, грибковой инфекции и пр.);
- 2) появление болезненной язвы с некрозом фиолетового цвета и розовым венчиком по периферии, характеризующейся быстрым ростом (от 1 до 2 см/сут или 50% увеличения размера в течение 1 мес).

Б. Дополнительные (2 из 4 критериев):

- 1) феномен патергии в анамнезе и/или наличие рубцов неправильной формы с неровным рельефом и неравномерной пигментацией;
- 2) гистопатологические данные (стерильная дермальная нейтрофилия ± смешанное воспаление ± лимфоцитарный васкулит);
- 3) реакция на лечение (быстрый ответ на применение системных глюкокортикоидов);
- 4) ассоциированное системное заболевание (воспалительное заболевание кишечника, артрит, системное заболевание соединительной ткани, гаммапатия IgA или злокачественное новообразование внутренних органов).

Случай представляет интерес сложностью дифференциальной диагностики между гранулематозом Вегенера и гангренозной пиодермией. Тяжёлое течение

¹ Su WP, Davis MD, Weenig RH, et al. Pyoderma gangrenosum: clinicopathologic correlation and proposed diagnostic criteria. *Int J Dermatol.* 2004;43(11):790–800. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.02128.x

заболевания, наличие сопутствующей патологии, клинические проявления, наличие свища в ротовой полости указывали на гранулематоз Вегенера, а наличие язв не вносили ясности в точность диагноза. Основным методом, подтверждающим диагноз ГП, стало гистологическое исследование биоптата.

Синдром красной мошонки

(Грибанов Н.В., Объединённая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ; Переверзина Н.О., медико-санитарная часть № 119 ФМБА)

Синдром красной мошонки (СКМ, мужская генитальная дизестезия) — сопровождаемое зудом и жжением хроническое заболевание кожи, которое характеризуется стойкой, чётко очерченной эритемой ярко-розового, красного цвета с локализацией на коже мошонки с частичным переходом на кожу основания полового члена.

Этиология и патогенез заболевания до конца неизвестны. Чаще развивается у мужчин в возрасте от 45 лет и старше. Синдром можно рассматривать как вариант эритромелалгии либо розацеа.

СКМ чаще всего рассматривается диагнозом исключения (отсюда трудности диагностики, отсутствие эффекта от проводимой на первых этапах терапии). Часто СКМ интерпретируется практикующими дерматологами как контактно-аллергический дерматит, грибковая или микробная инфекция кожи; реже предполагают псориаз, сифилис, контактный или атопический дерматит, гистиоцитоз X. Как правило, пациенты с СКМ поздно обращаются за консультацией к врачу, что обуславливает снижение качества их жизни.

Представлен клинический случай СКМ у пациента в возрасте 69 лет со стойкой эритемой и телеангиэктазиями. Грибы в соскобе не обнаружены, противогрибковые средства неэффективны. Проведено лечение, как при розацеа: доксициклин в дозе 100 мг/сут в течение 4 нед; наружно мазь такролимуса 0,1%, 1 раз/сут, 4 нед. Получено выраженное улучшение.

Клинический опыт применения ингибиторов IL-17 в лечении генерализованного пустулёзного псориаза Цумбуша

(Махмуди В., проф. Снарская Е.С.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Генерализованный пустулёзный псориаз (ГПП) относится к тяжёлым формам псориатической болезни, угрожающим жизни пациента. Это неотложное состояние в дерматологии требует интенсивной терапии уже с первых часов проявления заболевания. Летальность в случае нерациональной терапии достигает 2–4%. Пустулёзный псориаз может классифицироваться на основании клинической картины и расположения пустул. ГПП Цумбуша подразделяется на первичный (идиопатический), имеющий тяжёлое течение, и вторичный с доброкачественным течением.

Триггерные факторы: длительная системная глюкокортикоидная терапия; применение цитостатических препаратов, топических стероидов, пероральных контрацептивов; использование раздражающих наружных средств (дёгтя, антралина, салициловой кислоты); высокие эмоциональные нагрузки, стресс (иногда); дисбаланс гормонального фона; гипокальциемия; длительная инсоляция, фототерапия.

Необходимо проводить определённые различия между пустулёзным псориазом и псориазом с пустулизацией.

Патогистологическая картина пустулёзного псориаза: сохранение ядер в роговом слое (паракератоз); утолщение рогового слоя (гиперкератоз); удлинение дермальных сосочков (папилломатоз); истончение зернистого слоя и надсосочковых зон эпидермиса; выраженный нейтрофильный инфильтрат в сосочковом слое дермы и эпидермисе; разрыв десмосомных соединений кератиноцитов (спонгиоз); поверхностные микроабсцессы.

Типичная клиническая картина ГПП Цумбуша: лихорадка; недомогание; отслойка эпидермиса, сопровождаемая жжением и болезненностью («гнойные озёра»); тенденция к быстрому увеличению в размерах очагов поражения.

Характерные изменения в общем анализе крови, биохимическом анализе крови, коагулограмме, гормональном статусе.

Клиническая картина: яркая эритема; типичные псориатические бляшки; мелкие пустулёзные элементы с тенденцией к сливанию; слившиеся пустулы отслаивают эпидермис, образуя «гнойные озёра»; лихорадка; ухудшение общего состояния.

Дифференциальный диагноз: ладонно-подошвенный псориаз Барбера; псориатическая эритродермия; вульгарный псориаз; импетиго герпетиформное Гебры–Капоши; острый вариолиформный парапсориаз Габермана–Муха; токсидермия.

Лечение ГПП требует госпитализации: назначают антигистаминные, жаропонижающие и нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероидные препараты, дезинтоксикационные препараты (предпочтительно Реамберин), ароматические ретиноиды (ацитретин), метотрексат, циклоспорин. Инфликсимаб и другие препараты генно-инженерной биологической терапии считаются первой линией у взрослых пациентов. Наружно применяют анилиновые красители, аэрозоли (кортикостероиды с антибиотиками), наружные кортикостероиды с сильной и очень сильной активностью в форме крема (Акридерм ГК, Дермовейт); фототерапию (ПУВА-терапия, ПУВА-ванны, средневолновая узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм).

Приведено описание клинического случая ГПП Цумбуша у пациента в возрасте 30 лет. Особенность случая — возобновление прогрессирования

процесса через 9 мес после завершения лечения ацитретинотом (Неотигазон). От инъекционных глюкокортикоидов (Дипроспан) отмечался выраженный положительный эффект, но ещё более кратковременный, чем от ацитретина. Пациенту была назначена генно-инженерная биологическая терапия натализумабом (Эфлейра) по 120 мг подкожно. Три инъекции препарата были выполнены за 12 нед. В результате получена практически полная санация кожного покрова.

НАУЧНЫЕ ДОКЛАДЫ

Что общего между псориазом и себорейным дерматитом

(проф. Кочергин Н.Г.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Глобальная популяционная частота псориаза колеблется от 0,05 до 7% и зависит от генетической предрасположенности, эндогенных и экзогенных факторов, что в целом обеспечивает клинический полиморфизм заболевания. У подавляющего большинства больных псориаз локализуется на волосистой части головы (ВЧГ), что приносит психологический дистресс пациенту. Дистресс — состояние психологического страдания, при котором человек не может полностью адаптироваться к стрессовым факторам и вызванному ими стрессу и демонстрирует симптомы декомпенсации, в данном случае — психологической (агрессия, пассивность, отстранённость). Иногда при такой локализации в начале заболевания псориаз может быть похож на себорейный дерматит (СД), и его могут называть себопсориаз. Несмотря на явные различия в патогенезе псориаза и СД, клиническая картина этих двух заболеваний бывает настолько сходной, что возникают существенные затруднения в дифференциальном диагнозе.

Себорейный дерматит встречается в среднем у 5–7% населения, и для него также характерны генетическая предрасположенность, эндогенные и экзогенные триггерные факторы и клинический полиморфизм. Локализация высыпаний при обоих заболеваниях на видимых участках тела сильно снижает качество жизни больных. В типичных случаях мы можем дифференцировать СД от псориаза ВЧГ на основании различий клинических критериев: при псориазе высыпания представлены папулами, которые в типичных случаях увеличиваются до размеров бляшки (более 25 мм), имеют более или менее чёткие границы, покрыты серебристыми чешуйками.

Симптомы классической триады Ауспитца–Полотебнова, столь характерные для псориаза при локализации на коже туловища, не удаётся получить на ВЧГ: при граттаже (поскабливание) можно получить только самую первую фазу триады — симптом «стеаринового пятна», в основе которого лежит паракератоз.

В классическом варианте СД первичным элементом является эритема без чётких границ, на поверхности которой обычно наблюдается шелушение. Если эта эритема выражена слабо, то клинически она обычно не учитывается врачом, а шелушение описывается как перхоть. Именно поэтому состояние кожи ВЧГ, при котором имеется большое количество «перхоти», можно считать начальным проявлением СД. Если эритема клинически выражена, то следует обратить внимание на характер шелушения: при СД мелкие чешуйки в большом количестве располагаются на стержнях волос, в то время как при псориазе ВЧГ они в целом склонны располагаться на поверхности бляшки.

В зависимости от локализации высыпаний можно выделить семь типов СД, частично характеризующих тяжесть течения: гипопигментированный (чаще на коже



Обсуждение клинического случая: на вопросы отвечает врач-дерматовенеролог Н.В. Грибанов.
Discussion of the clinical case: the questions are answered by a dermatovenerologist N.V. Gribanov.

лица); «колыбельный чепец» (на ВЧГ); перхоть (СД лёгкого течения, почти без эритемы на ВЧГ); кольцевидный или овальный (на груди, чаще соответствует понятию «себореиды»); пситириазиформный (на теле и шее, так же соответствует понятию «себореиды»); асбестовидный лишай (*pityriasis amiantacea*) считается одной из форм СД тяжёлого течения (локализуется почти исключительно на ВЧГ); себорейный блефарит (СД с поражением кожи век, выделяется отдельно, т.к. имеет особые подходы к наружной терапии); эритродермия (крайне тяжёлый СД, генерализованный, наблюдается практически только при манифестной ВИЧ-инфекции — СПИД).

В обоих заболеваниях велика роль грибов рода *Malassezia*, при участии которых формируется и клиническая картина. Надо сказать, что это единственный комменсал из числа грибов — представитель резидентной микробиоты кожи человека. У клинически здоровых лиц эти грибы высеваются в 46% случаев, при перхоти — в 74%, при тяжёлом течении СД (себорейная экзема) — в 84%. У человека наиболее часто высевает виды *M. globosa*, *M. restricta*, *M. sympodialis*; при начальных проявлениях СД, а также при периодическом появлении высыпаний разноцветного лишая на гладкой коже груди и спины к этим видам добавляется *M. furfur* — гриб, который, по данным испанских авторов, часто высевается у больных СД и относительно редко — в норме. У людей, часто контактирующих с животными, высевается гриб *M. pachydermatis*.

Сходство клинической картины псориаза ВЧГ и СД объясняется также патофизиологическими особенностями рогового слоя, а именно общностью процессов кератинизации при СД и псориазе ВЧГ. В норме кератиноцит продвигается от базального слоя эпидермиса до рогового за 25–30 дней, при перхоти — за 14 дней, при СД — за 10 дней, при псориазе — за 4 дня (по разным данным, от 3 до 6 дней).

Исходя из вышесказанного, практически у всех больных псориазом и себорейным дерматитом ведущим терапевтическим подходом является применение наружных средств с антикератинизирующим и противовоспалительным действием.

Эффективность липосомального крема с силибином при наружном применении у пациентов с псориазом (Максимов И.С.; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Псориаз — хроническое рецидивирующее мультифакториальное иммуноопосредованное воспалительное заболевание, характеризующееся эпидермальной гиперпролиферацией, результатом чего становится появление красных папул и бляшек с шелушением на поверхности.

Псориазом страдают более 125 млн человек в мире (более 5% населения развитых стран). В Российской Федерации распространённость псориаза составляет 227,2 на 10⁵ населения, заболеваемость — 52,5 на 10⁵ населения в год.

Псориаз представляет собой значительную психосоциальную проблему и оказывает большое влияние на качество жизни пациентов. Суицидальные мысли возникают у больных псориазом в 9,7–21,2% случаев.

В России 60% больных псориазом используют только местную терапию и ещё 30% больных — комбинированную. Разработка эффективных и безопасных местных средств терапии псориаза остаётся актуальной проблемой современной дерматологии. Идея использования липосомальных препаратов для преодоления эпителиальных барьеров не нова. Одним из первых таких препаратов был липосомальный амфотерицин для перорального применения.

Для наружной терапии псориаза перспективным является липосомальный крем с силибином. Основным активным компонентом силимарина (стандартизированного экстракта) является силибин — растительный флавоноид, выделенный из расторопши пятнистой (*Silybum marianum*). Результаты исследований, по данным литературы, показали сопоставимый с дексаметазоном противовоспалительный эффект силибина при псориазе.

Эффекты силибина: ингибирует дифференцировку кератиноцитов и модулирует продукцию компонентов базальной мембраны; не вызывает воспалительных изменений, таких как стимуляция интерлейкина-1α в кератиноцитах; снижает активацию матриксной металлопротеиназы; модулирует выработку провоспалительных цитокинов через сигнальные пути NF-κB и AP-1; уменьшает секрецию интерлейкинов (IL) 6 и 8.

По-видимому, полимерные мицеллы повышают эффективность силибина за счёт накопления препарата в псориазных бляшках, благодаря чему через 14 дней применения крема индекс площади псориаза уменьшается более чем на 78%. В данном случае силибин выступает как местный ингибитор STAT-3, что может составить новую стратегию лечения псориаза.

Автор приводит результаты собственного исследования действия липосомального крема с силибином на 20 пациентах с вульгарным псориазом средней тяжести в стационарной стадии. Клиническая эффективность составила 50,3%. Улучшение — выраженное, умеренное или незначительное — наступило у 18 пациентов, без динамики — у 2 пациентов.

Дерматокосметическая продукция, содержащая силибин, показывает положительный эффект в терапии псориаза, что подтверждается результатами исследования: терапевтический эффект отмечен у 85% пациентов (17 из 20). Крем способствует частичному разрешению клинических проявлений псориаза (уменьшение средних значений индекса IGA на 50,3%), что также подтверждается результатами исследования.

Крем может быть рекомендован как дополнительное средство для увеличения эффективности местной терапии. Необходимы дальнейшие исследования.