

Акимов В.Г., Суколин Г.И., Трофимова И.Б., Хамаганова И.В.

НАСЛЕДИЕ ШКОЛЫ ЦКВИ В СОВРЕМЕННОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

Центральный кожно-венерологический институт (ЦКВИ) был основан в декабре 1921 г. и явился первым в мире комплексным лечебным учреждением, научно разрабатывавшим методы диагностики, лечения, профилактики, эпидемиологии кожных и венерических заболеваний.

Клиника кожных болезней ЦКВИ явилась инициатором широкой разработки проблемы гемодермии в СССР. Исследования в этой области связаны с именами Н.С. Смелова, Е.Ф. Беляева, Л.И. Сыч. Особое место в этом ряду занимают труды проф. А.А. Каламкаряна, разработавшего классификацию гемодермий. А.А. Каламкарян описал клиническую картину так называемых ретикулезов, ретикулосаркоматозов и ангиоретикулезов, выделил клиническую форму первичных ретикулезов кожи. На основании обширных патологоанатомических исследований была доказана возможность метастазирования гемодермий. Значительная работа была проведена по изучению действия отечественного цитостатика – проспидина. До настоящего времени используются разработанные А.А. Каламкаряном методы лечения лимфом кожи, саркомы Капоши.

В многочисленных публикациях А.А. Каламкаряна рассмотрены клиническая картина и методы лечения разных дерматозов. Особый интерес исследователя представляли редкие дерматозы. Значительную часть детских дерматозов составляют аллергодерматозы. Изучение патогенеза и клинического течения позволило разработать подходы к диспансеризации этих детей, методы терапии с применением витаминов А, В₆, антигистаминных препаратов, топических кортикостероидных средств (А.А. Студницын, М.А. Розентул, П.Е. Маслов, Н.К. Иванова, А.В. Хамаганова). После появления Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и перехода к системе обязательного медицинского страхования тактику лечения больных первичными лимфомами кожи стали определять врачи-онкологи, что привело к возникновению

серьезных проблем в ведении подобных пациентов. Некоторые больные не получали какой-либо терапии из-за отсутствия убедительных гистологических признаков опухолевой прогрессии, что способствовало прогрессированию заболевания. При выявлении морфологических признаков опухолевого процесса назначали полихимиотерапию даже в тех случаях, когда она не требовалась, в результате у больных развивались осложнения лечения, превосходящие течение заболевания по тяжести. Рациональный мультидисциплинарный подход к ведению больных кожными лимфомами наиболее оправдан. В 2010 г. был разработан и утвержден приказом Минздравсоцразвития России порядок оказания медицинской помощи больным Т-клеточной лимфомой кожи в организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения. В соответствии с указанным документом медицинская помощь больным Т-клеточной лимфомой должна быть оказана врачом-дерматовенерологом, а дополнительная консультация и обследование проводиться в медицинских организациях, оказывающих помощь больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, с целью уточнения диагноза и решения вопроса о целесообразности проведения лечения в условиях стационара дерматовенерологического профиля. Показано, что больные ранними стадиями должны проходить обследование и лечение в условиях стационара дерматовенерологического профиля. Комплексное обследование, включающее клиническое наблюдение, гистологическое и иммуноферментное обследование, должно определять переход в более поздние стадии Т-клеточных злокачественных лимфом кожи (Т-ЗЛК) и соответствующее направление больных в онкогематологические учреждения. В условиях дерматологического стационара можно проводить комплексную терапию больных ранними стадиями Т-ЗЛК. Обоснованно применение никотинамида (по 1 мг 2 раза в день в течение 2 нед, 4 курса в год), клемастина (по 1 мг 2 раза в день в течение 2 нед, 4–5 курсов в год) [Хамаганова И.В., Зайцева О.И., 2016]. В настоящее время показано, что большинство Т-клеток экспрессируют Т-клеточный рецептор, состоящий из α - и β -цепей, и лишь небольшое количество Т-клеток несет Т-клеточный рецептор с γ - и δ -цепями. В отличие от $\alpha\beta$ -Т-клеток $\gamma\delta$ -Т-клетки напрямую распознают белковые и небелковые фосфолипиды без участия главного комплекса гистосовместимости. $\gamma\delta$ -Т-клетки участвуют в антимикробном иммунитете и обладают эффекторными функциями [Трофимова И.Б., Задионченко Е.В., 2005]. Атопический дерматит относят к многофакторным заболеваниям с полигенной предрасположенностью [Трофимова И.Б., 2004].

Разработан способ лечения больных атопическим дерматитом с помощью препарата Иммунак-ВП-4 на основе изменения протективной функции В-системы иммунитета [Таратутина Н.В., Трофимова И.Б., Гевондян В.С., Гевондян Н.М., 2012].

