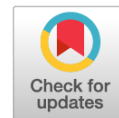


DOI: <https://doi.org/10.17816/dv569335>

Новости



Хроника Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова (МОДВ основано 4 октября 1891 г.)

Бюллетень заседания МОДВ № 1153

А.Б. Яковлев¹, И.С. Максимов²

¹ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация;

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

20 июня 2023 года состоялось очередное, 1153-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Заседание прошло в очном формате, присутствовало 86 участников. Заявки на вступление в члены Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова не подавались.

Состоялись выборы делегатов на XXIII съезд дерматовенерологов и косметологов России (член-корреспондент РАН профессор О.Ю. Олисова, профессор Е.С. Снарская, профессор О.Б. Тамразова, доцент А.Б. Яковлев, ассистент И.С. Максимов, врач В.В. Савенков) и выдвижение кандидатуры на должность президента Общероссийской общественной организации «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» от Московского регионального отделения (академик РАН А.А. Кубанов).

В клинической части заседания представлены сообщения о паранеопластических буллезных дерматозах и кератозе Отто–Монкорпса.

Доклады научной части заседания были посвящены микобактериальной инфекции, сочетанной с микозами кожи, у больных вирусом иммунодефицита человека и вопросам новообразованной соединительной ткани (рубцам).

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 № 1153 // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2023. Т. 26, № 5. С. 527–533. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv569335>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv569335>

News

Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists (MSDC was founded on October 4, 1891)

Bulletin of the MSDC meeting N 1153

Alexey B. Yakovlev¹, Ivan S. Maximov²

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russian Federation;

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

On June 20, 2023, the 1153rd 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. There were 86 participants in total. Applications for membership in the Moscow Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists named after A.I. Pospelov were not submitted. Elections of delegates to the XXIII Congress of Dermatovenereologists and Cosmetologists of Russia (Corresponding member of the Russian Academy of Sciences, Professor O.Y. Olisova, Professor E.S. Snarskaya, Professor O.B. Tamrazova, Associate Professor A.B. Yakovlev, assistant I.S. Maksimov, doctor V.V. Savenkov) and nomination of candidates for the position of the President of the All-Russian Public Organisation "Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists" were held (Academician of the Russian Academy of Sciences A.A. Kubanov).

Two reports are presented in the clinical part of the meeting: (1) paraneoplastic bullous dermatoses (Sechenov University); (2) Otto–Moncorps keratosis (Sechenov University).

Reports were made in the scientific part of the meeting: (1) mycobacterial infection combined with skin mycoses in patients with HIV infection: diagnostic issues (Sechenov University, Pirogov Russian National Research Medical University); (2) under the "mask" of a scar (Sechenov University).

Keywords: MSDC; chronicle; history.

To cite this article:

Yakovlev AB, Maximov IS. Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists (MSDC was founded on October 4, 1891). Bulletin of the MSDC meeting N 1153. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2023;26(5):527–533. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv569335>

Received: 29.06.2023

Accepted: 11.07.2023

Published: 09.10.2023

ОТ РЕДАКЦИИ

20 июня 2023 года состоялось очередное, 1153-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов им. А.И. Пospelова. Заседание проводилось в очном формате, присутствовало 86 участников.

В Президиуме конференции: Председатель Правления МОДВ чл.-корр. РАН, 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.

Заявки на вступление в члены МОДВ не подавались.

Состоялись выборы делегатов на XXIII съезд дерматовенерологов и косметологов России (19.09–22.09.2023), а также выдвижение кандидатуры на должность президента Общероссийской общественной организации «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» от Московского регионального отделения. В голосовании приняли участие 75 членов МОДВ. В Правление МОДВ поступило предложение выдвинуть следующие кандидатуры в качестве делегатов для участия в работе 24-й Отчётно-перевыборной конференции РОДVK от Московского регионального отделения: чл.-корр. РАН проф. О.Ю. Олисова, проф. Е.С. Снарская, проф. О.Б. Тамразова, доцент А.Б. Яковлев, ассистент И.С. Максимов,

врач В.В. Савенков. Согласно регламенту, проведено прямое открытое голосование списком: кандидатуры приняты единогласно. По второму вопросу предложено выдвинуть кандидатуру академика РАН А.А. Кубанова на должность президента Общероссийской общественной организации «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». Согласно регламенту, проведено прямое открытое голосование списком: кандидатура принята единогласно.

В Повестке дня заседания было представлено 2 клинических случая и 2 научных доклада.

1. Клинические случаи:

Паранеопластические буллёзные дерматозы (Фомина Е.С., Теплюк Н.П., Шепелева А.В., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова);

Кератоз Отто–Монкорпа (Васильева Д.А., Снарская Е.С., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

2. Научные доклады:

Микобактериальная инфекция, сочетанная с микозами кожи, у больных ВИЧ-инфекцией: вопросы диагностики (Фролова О.П., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ);

Под «маской» рубца (Бобкова А.Е., Вертиева Е.Ю., Каюмова Л.Н., Дунаева Е.Р., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).



Заседание МОДВ № 1153 проходит в конференц-зале Клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. В Президиуме конференции: член-корр. РАН проф. О.Ю. Олисова (в центре), проф. Е.С. Снарская (справа), доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО ЦГМА Управления делами Президента РФ к.м.н. А.Б. Яковлев (слева).

MSDC meeting № 1153 takes place in the conference hall of the V.A. Rakhmanov Clinic of Skin and Venereal Diseases Sechenov University. Presidium of the conference: RAS Corresponding Member Prof. O.Y. Olisova (centre), Prof. E.S. Snarskaya (right), Associate Professor of the Department of Dermatology and Cosmetology of the Central State Medical Academy of the Russian Presidential Administration, Candidate of Medical Sciences A.B. Yakovlev (left).

В **клинической части заседания** представлены 2 доклада: «Паранеопластические буллёзные дерматозы» (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) и «Кератоз Отто-Монкорпса» (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). В научной части заседания представлены следующие доклады: «Микобактериальная инфекция, сочетанная с микозами кожи, у больных ВИЧ-инфекцией: вопросы диагностики» (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ) и «Под «маской» рубца» (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

Первое сообщение о паранеопластическая пузырчатке представлено Клиникой кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). Паранеопластическая пузырчатка (Paraneoplastic pemphigus, PNP) (синоним: паранеопластический аутоиммунный полиорганный синдром, PAMS) — потенциально опасное для жизни аутоиммунное заболевание с поражением кожи и слизистых оболочек, а также внутренних органов, обычно связанное с лимфопролиферативными или гематологическими злокачественными новообразованиями.

Согласно руководству Европейской академии дерматологии и венерологии (European Academy of Dermatology and Venereology Congress, EADV-2023), заболеваемость PNP/PAMS составляет около 0,5–1 нового случая на 10^6 населения в год.

Представлен клинический случай паранеопластической пузырчатки у пациента 60 лет с основным заболеванием — саркомой средостения. Процесс принял волнообразное течение, буллёзные высыпания на слизистой оболочке полости рта то появлялись, то самостоятельно исчезали. После лучевой терапии саркомы течение пузырчатки ухудшилось: кроме слизистых, высыпания поразили и кожу верхних конечностей. Диагноз паранеопластической пузырчатки подтверждён гистологически.

Проведено лечение: метилпреднизолон в дозе 64 мг в сутки (16 таблеток), в течение 3 недель с последующим постепенным снижением после достижения стабилизации процесса; корригирующая терапия (ингибиторы протонной помпы, кальция карбонат/холекальциферол, препараты аспарагината калия и магния); азитромицин в дозе 500 мг 1 раз в сутки (1 таблетка); флуконазол по 50 мг 1 раз в сутки (1 капсула); наружно топические комбинированные глюкокортикоиды.

На долю паранеопластической пузырчатки приходится 6,1–6,3% всех форм аутоиммунной пузырчатки. Мужчины и женщины болеют одинаково часто, средний возраст заболевания у женщин составляет 65,6 лет, у мужчин — 52 года.

Патогенез паранеопластической пузырчатки остаётся дискуссионным. Опухоли конститутивно и аномально



Голосование на выдвижение кандидатуры на должность президента Общероссийской общественной организации «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» и выборы делегатов на конференцию Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Voting for nomination of a candidate for the position of the President of the All-Russian Public Organisation "Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists" and election of delegates to the conference of the Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists.

экспрессируют эпителиальные белки, которые являются мишенью противоопухолевого иммунного ответа, что приводит к перекрёстной реакции с нормальными белками эпителия хозяина. Данный механизм предполагается при некоторых неврологических паранеопластических синдромах. Противоопухолевый иммунный ответ может быть активирован действием против плакинов и перекрёстно взаимодействовать с нормальным белком эпителия.

Кроме клинической оценки и гистологического исследования, для диагностики паранеопластической пузырчатки применяют иммунологические методы: реакцию прямой иммунофлюоресценции (фиксация IgG на поверхности кератиноцитов на всём протяжении эпидермиса); реакцию не прямой иммунофлюоресценции (циркулирующие IgG-антитела).

Европейским стандартом иммунологической диагностики паранеопластической пузырчатки является определение циркулирующих IgG-антител к десмоглеину-3 или десмоглеинам-1 и -3, а также циркулирующих IgG-антител к 130 kDa протеину или 130 kDa и 160 kDa протеинам методом иммуноблота (Western blotting).

Диагностические критерии паранеопластической пузырчатки: клинические (наличие основного злокачественного новообразования, чаще лимфопролиферативного; тяжёлое поражение слизистой оболочки полости рта); гистологические (различные комбинации внутриэпителиального акантолиза, некроза кератиноцитов с одновременным наличием субэпидермальных пузырей); иммунологические (реакция прямой иммунофлюоресценции: фиксация IgG и/или C3 в области эпидермиса; связывание с вариабельным набором аутоантигенов, включая представителей семейства плакинов, чаще всего энвоплакин и десмоплакин I и II, реже плектин и эпиплакин).

Лечение паранеопластической пузырчатки проводится по общим принципам терапии акантолитической пузырчатки: системные глюкокортикоиды до 1,5 мг/кг в сутки); топические глюкокортикостероиды; моноклональные антитела (даклизумаб, алектумаб и ритуксимаб); внутривенный иммуноглобулин; цитостатические препараты; процедуры лечебного плазмафереза; ибрутиниб (при облитерирующем бронхиолите. Вместе с тем основу лечения любого паранеопластического дерматоза составляет хирургическое удаление опухоли: регресс дерматоза после её удаления является подтверждением паранеопластического характера дерматоза.

Буллёзный пемфигоид Лёвера — аутоиммунное заболевание кожи, первичный элемент которого (пузырь) формируется субэпидермально. Буллёзный пемфигоид Лёвера в 30% случаев является паранеопластическим дерматозом. Наиболее часто он возникает при аденокарциноме матки, раке лёгкого, почек, метастазах в лимфатические узлы, печень, легкие, кости; при гипернефроме

почки, В-клеточной лимфоме, раке щитовидной железы, лимфогранулематозе (лимфоме Ходжкина).

Представлен пациент 79 лет, у которого буллёзный пемфигоид Лёвера развился на фоне меланомы с метастазами. Методом иммуноблота (Western blotting) выявлены циркулирующие IgG-антитела к 180 kDa и 230 kDa протеинам; иммуногистохимическим методом (прямая реакция иммунофлюоресценции) в зоне базальной мембраны эпидермиса выявлена чёткая линейная фиксация IgG и C3с фрагмента комплемента. IgA не обнаружены.

Проводилось лечение: метилпреднизолон по 32 мг в сутки (8 таблеток); корригирующая терапия (ингибиторы протонной помпы, кальция карбонат/холекальциферол, препараты аспарагината калия и магния); топические глюкокортикоиды.

Второй доклад был посвящен кератозу Отто-Монкорпса, или гиперкератозу околососкового кружка и соска молочной железы. Это редкий вариант эпидермального невуса (чрезмерное ороговение соска и ареолы молочной железы с неизвестной этиологией и патогенезом). Чаще встречается у молодых женщин 10–30 лет (80% всех случаев), у мужчин — редко, на 50-м году жизни.

Представлена пациентка 39 лет с повышенным ороговением околососкового кружка обеих молочных желёз в течение последних 15 лет. В патоморфологической картине наблюдаются выраженный гиперкератоз рогового слоя эпидермиса, акантоз. В дерме изменения отсутствуют. Таким образом, морфологическая картина соответствует ортогиперкератозу.

Дерматоскопическая картина зоны ареолы сосков молочных желёз представлена обширными зонами гиперкератоза тёмно-коричневого цвета, по краям которых наблюдаются участки эпидермиса более светлого цвета. Корочки имеют квадратные очертания. При дерматоскопии участка гиперкератоза в области пупка наблюдаются бледно-розовые очаги папилломатоза, на поверхности которых отмечаются плотные светло-серые чешуйки.

При биохимическом исследовании выявлена гиперэстрогения. Авторами клинического наблюдения на основании давности заболевания, особенностей течения процесса, характерной клинической картины, гистологического исследования и зафиксированной гиперэстрогении выставлен диагноз «Кератоз Отто-Монкорпса 3-го типа по Levy-Frankel».

Для лечения применялись комбинированные мази с антибиотиками и кортикостероидами, мази с витамином А, препараты для отшелушивания кожи с салициловой и молочной кислотами, при необходимости наружное применение кальципотриола.

Согласно классификации Levy-Frankel (1938), дерматоз может быть представлен тремя типами: 1-й тип — веррукозный вариант эпидермального невуса; 2-й тип ассоциирован с такими заболеваниями, как чёрный аканоз, атопический дерматит, ихтиоз, экзема, болезнь

Дарье, грибвидный микоз; может развиваться также после простатэктомии и применения гормональных препаратов по поводу аденокарциномы предстательной железы; 3-й тип — идиопатический или неформный.

Дифференциальный диагноз кератоза Отто–Монкорпа проводится между отдельными типами, экземой сосков, раком Педжета, базалиомой, болезнью Бовена, грибвидным микозом.

В научной части заседания представлены 2 доклада.

Доклад о микобактериальной инфекции, сочетанной с микозами кожи, у больных ВИЧ-инфекцией сделала О.П. Фролова (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

По данным Росстата, среди всех впервые выявленных больных туберкулёзом ВИЧ-инфекция установлена в 25,6% случаев. В целом по стране растёт показатель летальности больных туберкулёзом на 100 среднегодовых контингентов в Российской Федерации (форма 33): в 2015 году — 12,9%, в 2022 году — 15,1%. Главная причина роста летальности от туберкулёза — задержка выявления быстропрогрессирующего туберкулёза в условиях глубокого иммунодефицита у больных ВИЧ-инфекцией.

У больных туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией одновременно регистрируют кандидоз (19,2%), другие микозы (8,2%), бактериальные инфекции (36,2%), из них поражения кожи и слизистых оболочек составляют 47%, ВПГ-инфекция — 18,9%, другие вирусные инфекции — 8,7%.

Не встали на учёт в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом (ЦСПИД) до выявления туберкулёза 58,2% больных ВИЧ-инфекцией. Всех больных ВИЧ-инфекцией с явлениями интоксикации, кашлем следует незамедлительно направлять на консультацию в ЦСПИД, где работают фтизиатры, имеющие опыт выявления нетипично протекающего туберкулёза в условиях глубокого иммунодефицита.

Положительные туберкулиновые пробы у больных туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, на ранних стадиях туберкулёза регистрируются в 75% случаев, на поздних — в 6% (исследование в России на генеральной совокупности проф. О.П. Фролова, 1990–1998 гг.).

Бактериовыделение у больных сочетанной инфекцией выявляется в 48–80% случаев.

Микобактериозы вызывают условно-патогенные нетуберкулёзные микобактерии (около 30 видов), которые при люминесцентной микроскопии неотличимы от микобактерий туберкулёза.

Микобактериозы запрещено лечить в противотуберкулёзном учреждении, так как пациенты со сниженным иммунитетом, оказавшись в отделении с больными туберкулёзом, заражаются и заболевают ещё и туберкулёзом, вызываемым патогенными микобактериями.

Классификация микобактериозов по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра:

- 1) туберкулёз — в блоке под шифром A15–19;
- 2) микобактериоз — в блоке под шифром A31;
- 3) в блоке «ВИЧ-инфекция» туберкулёз и микобактериоз объединены как вторичные заболевания: «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции», шифр B20.0.

Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией (показания к химиопрофилактике вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции): микобактериоз — при CD4 <50 кл/мкл (азитромицин в дозе 1250 мг 1 раз в неделю; кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки).

Представлен случай поражения лёгких *Mycobacterium avium* у пациентки 29 лет. Для лечения применяли комбинацию рифабутина, бисептола и изониазида.

Очевидно, целесообразно определять, к каким препаратам чувствительны выделенные нетуберкулёзные микобактерии, и проводить терапию под контролем эффективности лечения.

Второй доклад бы посвящен теме рубца. Рубец — новообразованная соединительная ткань, возникающая в месте повреждения кожи различными травмирующими факторами.

Раневой процесс характеризуется чёткой последовательной сменой фаз, направленных на обеспечение скорейшего заживления и восстановления тканевой структуры. После фазы альтерации почти сразу начинается фаза экссудативного воспаления, которая состоит из ряда подфаз: самая ранняя — активация системы свёртывания крови, обеспечивающая гемостаз; последующая подфаза экссудативного воспаления — формирование фибринового сгустка — уже непосредственно готовит зону альтерации к восстановлению структуры. В дальнейшем в этой зоне будет запущена реакция фибробластов, а фибринозный сгусток уступит место экстрацеллюлярному матриксу. На этом завершится острая экссудативная фаза.

Фаза пролиферации характеризуется образованием грануляционной ткани — это и есть начало формирования рубца, не всегда, однако, в полной мере восстанавливающего структуру ткани, а обеспечивающего лишь восстановление механической функции.

Фаза реорганизации (отсроченная) характеризуется обеспечением баланса между синтезом и деструкцией избыточного коллагена, завершается через несколько месяцев после альтерации.

Нарушение баланса между синтезом и деструкцией коллагена приводит к формированию патологического рубца — гипертрофического или келоидного. Гипертрофические рубцы — плотные, возвышающиеся над поверхностью и не выходящие за границы альтерации; келоидный рубец — опухолевидное разрастание незрелой соединительной ткани, характеризующееся выходом за границы очага альтерации, болезненностью и даже зудом.

Аномальные фибробласты и трансформирующий фактор роста-β1 являются основными факторами

в формировании келоидного рубца. В ткани келоидного рубца определяют также увеличение числа тучных клеток, ассоциированных с повышенным уровнем таких промоторов фиброза, как индуцируемый гипоксией фактор-1 α , сосудистый эндотелиальный фактор роста и ингибитор активатора плазминогена-1.

Гипертрофические и келоидные рубцы характеризуются также отсутствием тенденции к самостоятельному регрессу и наличием генетической предрасположенности.

Для келоидов характерно отсутствие в их строении миофибробластов, наличие большого количества облитерированных сосудов, фибробластов и тучных клеток, а также расположение коллагеновых волокон в виде узлов.

При дерматоскопии обнаруживаются сосудистые структуры (древовидные, линейные, в виде запятой) в 80% случаев келоидных рубцов и в 20% гипертрофических рубцов (давностью до 6 месяцев).

Лечение келоидных и гипертрофических рубцов включает внутриочаговое введение глюкокортикоидов высокой степени активности с целью снижения пролиферации фибробластов, синтеза коллагена, супрессии медиаторов воспаления.

Хирургическое иссечение бывает оправдано при гипертрофических рубцах, но частота рецидива достигает до 50%, а при келоидах — до 100% случаев.

Криотерапия: проводят 1–3 цикла по 10–30 секунд; возможно также введение жидкого азота непосредственно в область рубца (долгое заживление, высокая частота рецидивов).

Другие методы лечения келоидов: фототерапия (IPL/BBL); Букки-терапия — рентгеновские лучи в диапазоне 5–15 кэВ (10–12 Гр 1 раз в месяц курсом из 2–10 сеансов); внутриочаговое введение ботулинического нейротоксина; наружные средства: гель силиконовый; гель с комбинацией аллантина, гепарина-натрия, экстракта лука репчатого; гель с комбинацией коллагенолитических протеаз морских беспозвоночных.

Комплексное лечение гипертрофического рубца после удаления: внутриочаговое введение бетаметазона дипропионата / натрия фосфата; внутриочаговое введение ботулинического токсина А, IPL на аппарате Palomar Icon.

Представлены ошибки в диагностике келоидов: беспигментная меланома, дерматофибросаркома Дарье–Феррана, карцинома Меркеля, метастазы опухолей в кожу, пилолейомиома.

По каждому из клинических сообщений и научных докладов задавались вопросы, происходил обмен мнениями, высказывались конструктивные пожелания по дальнейшему ведению научных исследований.