

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv631359>

Новости



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

Бюллетень заседания МОДВ № 1156

А.Б. Яковлев¹, И.С. Максимов², Е.В. Петухова²

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

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

АННОТАЦИЯ

20 февраля 2024 года состоялось 1156-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Заседание прошло в очном формате. Всего было 105 участников. На вступление в члены МОДВ было подано 3 заявки, все кандидаты приняты открытым голосованием единогласно.

В клинической части заседания представлены два сообщения: описание клинического случая неэффективности цитостатической терапии у пациента с пустулёзным псориазом (Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии) и об особенностях нежелательных дерматологических реакций у пациентов, получающих в программах генно-инженерной биологической терапии рака препараты пембролизумаб и ниволумаб (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

В научной части заседания заслушаны доклады о клинических особенностях дерматозов перианальной локализации (Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования) и диагностике эритродермий (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова).

Ключевые слова: МОДВ; хроника; история.

Как цитировать:

Яковлев А.Б., Максимов И.С., Петухова Е.В. Хроника Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова (МОДВ основано 4 октября 1891 г.). Бюллетень заседания МОДВ № 1156 // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2024. Т. 27, № 3. С. 360–365. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv631359>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv631359>

News

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

Bulletin of the MSDC № 1156

Alexey B. Yakovlev¹, Ivan S. Maximov², Eugenia V. Petukhova²

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

² Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

ABSTRACT

On February 20th we held our last meeting of A.I. Pospelov Moscow Society of Dermatologists and Cosmetologists in person. There were 115 participants and 3 applicants.

Our agenda included four reports. The first speaker reported a clinical case of cytostatic therapy ineffectiveness in a patient with pustular psoriasis (State Scientific Center of Dermatovenerology and Cosmetology); the second case was about the adverse dermatological reactions in patients receiving pembrolizumab and nivolumab for hepatocellular cancer (Sechenov University). Two reports were presented in the scientific part of the meeting: the first report was about the clinical features of perianal dermatoses (Russian Medical Academy of Continuous Professional Education), the second one was based on the diagnosis of erythroderma (Sechenov University).

Keywords: MSDC; chronicle; history.

To cite this article:

Yakovlev AB, Maximov IS, Petukhova EV. Chronicles of A.I. Pospelov Moscow Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists (MSDC was founded on October 4, 1891). Bulletin of the MSDC № 1156. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2024;27(3):360–365. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv631359>

Received: 02.03.2024

Accepted: 15.04.2024

Published online: 04.07.2024

ОТ РЕДАКЦИИ

20 февраля 2024 года состоялось очередное, 1156-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Присутствовало 105 участников. На вступление в члены МОДВ было подано три заявки.

В Президиуме конференции: чл.-корр. РАН профессор О.Ю. Олисова, профессор Е.С. Снарская, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО ЦГМА Управления делами Президента РФ канд. мед. наук А.Б. Яковлев.

В клинической части заседания представлены два сообщения: описание клинического случая неэффективности цитостатической терапии у пациента с пустулёзным псориазом, представленное коллективом авторов Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии (ГНЦДК), и об особенностях нежелательных дерматологических реакций у пациентов, получающих в программах генно-инженерной биологической терапии рака препараты пембролизумаб и ниволумаб (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ПМГМУ).

В научной части заседания также заслушаны два доклада: о клинических особенностях дерматозов периагональной локализации (Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, РМАНПО) и диагностике эритродермий (ПМГМУ).

В клинической части повестки дня заседания первым было представлено описание клинического случая неэффективности цитостатической терапии у пациента с генерализованным пустулёзным псориазом.

Псориаз — хроническое мультифакториальное заболевание с ускоренной пролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами. В начале демонстрации авторы напомнили аудитории о существовании целого ряда клинических форм и вариантов псориаза (вульгарный, экссудативный, себорейный, каплевидный, генерализованный пустулёзный Цумбуша, пустулёзный ладоней и подошв Барбера, акродерматит стойкий гнойный Аллопо [Halleoreau], эритродермический, артропатический), после чего представили клинический случай пустулёзного псориаза у пациентки в возрасте 62 лет с тенденцией к генерализации процесса. В начале лечения оказался эффективным Дипроспан, и вслед за этим пациентка была переведена на приём метотрексата, сначала в инъекциях, а затем в таблетках. Эти курсы (глюкокортикоида с переводом на метотрексат) проведены трижды, однако улучшения не наступало. Регресс высыпаний был получен только после подключения к терапии циклоспорина А.

Второе клиническое сообщение — об особенностях нежелательных дерматологических реакций у пациентов, получающих в программах генно-инженерной биологической терапии рака препараты пембролизумаб и ниволумаб, — представил коллектив авторов Кожной клиники имени В.А. Рахманова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Представлены два клинических случая. В первом пациент в возрасте 62 лет получал лечение препаратами пембролизумаб и ниволумаб по поводу гепатоцеллюлярного рака. На фоне приёма препаратов на коже туловища и конечностей развилась обильная пустулёзная сыпь,



Заседание МОДВ № 1156 проходит в конференц-зале Клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

MSDC meeting № 1156 takes place in the conference hall of the V.A. Rakhmanov Clinic of Skin and Venereal Diseases Sechenov University.

сопровождавшаяся зудом и жжением. Терапия метилпреднизолоном в дозе 16 мг в сутки и комбинированным кортикостероидным кремом (Тетрадерм) наружно позволила нивелировать проявления кожной токсичности и, что самое главное, дала возможность пациенту продолжить противоопухолевую иммунотерапию. В другом представленном наблюдении пациент в возрасте 53 лет с периферическим раком лёгкого получал препараты карбоплатин и паклитаксел, на фоне применения которых развилась не только обильная папулёзная сыпь на коже туловища и конечностей, но и сухость слизистых оболочек, а также боли в мелких суставах кистей и стоп. Консилиум врачей поставил диагноз распространённого псориаза, был назначен метотрексат по 15 мг 1 раз в неделю с фолиевой кислотой между приёмами метотрексата, наружно мазь с бетаметазоном и салициловой кислотой. Получен регресс псориатических высыпаний.

Таким образом, иммунотерапия, конечно же, расширяет диапазон возможностей в терапии онкологических состояний, но развитие кожной токсичности ощутимо снижает качество жизни пациентов, что приводит к принятию лечащими врачами решения о снижении дозы или вовсе отмене иммунотерапии. Однако это неправильно! Назначение средств дерматологической коррекции, как правило, позволяет продолжить жизнеспасующую терапию онкологического заболевания.

В научной части заседания первый доклад — о клинических особенностях дерматозов перианальной локализации — был представлен коллективом авторов РМАНПО

во главе с заведующим кафедрой дерматовенерологии профессором А.А. Мартыновым. Фактически авторами был проведён клинико-морфологический анализ диагностики наиболее распространённых дерматозов аногенитальной области.

Аногенитальные бородавки — вирусное заболевание с появлением невоспалительных экзофитных или эндофитных папилломатозных разрастаний, иногда по типу «цветной капусты» или, как крайней степени тяжести, в виде гигантской кондиломы Бушке–Левенштейна.

Первичный сифилис — великий «имитатор» (или «обезьяна»), поскольку твёрдый шанкр может находиться далеко — не только на коже аногенитальной области, но и в прямой кишке, на шейке матки и даже экстрагенитально. В 5% случаев не удаётся обнаружить первичный аффект или его остатки.

Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция имеет, как правило, хроническое рецидивирующее (часто ежемесячно) течение, сильно снижая качество жизни пациента.

И аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, и опоясывающий герпес наряду с появлением сгруппированных везикулёзных высыпаний часто сопровождаются серьёзными неврологическими нарушениями в виде довольно интенсивных болей (герпетическая и постгерпетическая невралгия). Сыпь при опоясывающем лишае появляется толчкообразно, иногда несколько раз за весь период заболевания, вследствие чего можно наблюдать везикулы на разных стадиях развития.



Обсуждение доклада А.А. Апшевой, врача-дерматовенеролога отделения клинической дерматологии Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии.

Discussion of the report by A.A. Apsheva, dermatovenerologist, Department of the Clinical Dermatology, State Scientific Centre of Dermatovenerology and Cosmetology.

Контагиозный моллюск характеризуется появлением своеобразных невоспалительных папул с пупковидным вдавлением в центре, заполненным роговыми массами, состоящими из дегенеративных кератиноцитов. Болеют чаще дети. Обычно у иммунокомпетентных лиц заболевание носит самоограничивающееся течение, и высыпания исчезают самопроизвольно через 5–7 месяцев.

Красный плоский лишай — одна из наиболее частых локализаций в аногенитальной области — сопровождается высыпанием лихеноидных блестящих воспалительных полигональных папул с пупковидным вдавлением в центре и эритематозно-цианотичной поверхностью. Особенностью красного плоского лишая вульвы часто является течение без субъективных ощущений, но до тех пор, пока не развивается эрозивно-язвенное поражение. Дерматоскопия с иммерсией выявляет сетку Уикхема, обусловленную неравномерным гранулёзом, на слизистой оболочке вагины сетку Уикхема можно наблюдать и без нанесения иммерсионного масла.

Ихтиоз характеризуется появлением пигментированных чешуек и резкой сухостью кожи. Процесс при вульгарном ихтиозе обусловлен нарушением отшелушивания чешуек, которые длительно остаются прикреплёнными и создают клиническую картину ортогиперкератоза. При X-сцепленном ихтиозе чешуйки более крупные, чем при вульгарном, блюдцеобразные.

Псориаз обыкновенный также приобретает особенности при локализации в аногенитальной области. Воспалительный процесс здесь усугубляется повышенной

влажностью, что приводит к мацерации кожи и развитию феномена Кёбнера. Характерна также дерматоскопическая картина: на светло-красном фоне выявляются точечные, гломерулярные или глобулярные сосуды, тонкие серебристые чешуйки.

Чесотка в аногенитальной области характеризуется появлением высыпаний на внутренней поверхности бёдер, в межъягодичной складке (ромб Михаэлиса) и часто сопровождается импетигнизацией, особенно у детей. Вместе с тем на участках, покрытых волосами, высыпания встречаются редко. Чесоточный ход выглядит как беловатая линия, в слепом конце которой находится самка (клещевое возвышение Базена). При наполнении яйцами чесоточный ход дерматоскопически выглядит как «нить жемчуга».

Атопический дерматит в аногенитальной области часто характеризуется весьма интенсивным зудом, появлением в период обострения везикулёзных высыпаний, импетигнизацией (особенно у детей) и почти всегда выраженной лихенификацией. При этом гистологическая картина абсолютно неспецифична: воспалительный акантоз/папилломатоз, вакуольная дистрофия кератиноцитов в шиповатом слое, экзоцитоз лимфоцитов и нейтрофилов; в дерме — лимфогистиоцитарные инфильтраты.

Склеротический атрофический лишай — дерматоз неясной, скорее всего, аутоиммунной этиологии, близкий по своим проявлениям к склеродермии. У женщин процесс протекает с формированием в аногенитальной области фигуры «восьмёрки» с захватом области вульвы и ануса. Выявляются фарфорово-белые пятна и атрофические



Обсуждение доклада: комментарий от профессора А.А. Мартынова, заведующего кафедрой дерматовенерологии и косметологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.

Discussion of the report: comment from Professor A.A. Martynov, Head of the Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education.



Доклад Е.В. Грековой, ассистента кафедры кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова (Сеченовский Университет).
Report by E.V. Grekova, Associate Professor V.A. Rakhmanov Department of Skin and Venereal Diseases (Sechenov University).

бляшки, с эрозиями, петехиями, телеангиэктазиями. Процесс сопровождается интенсивным зудом. На поздних стадиях возможно существенное сужение естественных отверстий.

Витилиго характерно для аногенитальной области, сопровождается появлением неатрофических белых пятен с чёткими границами, и этот процесс следует дифференцировать от склеротического атрофического лишая.

Таким образом, многообразие различных форм дерматозов в аногенитальной области заставляет врача проводить дифференциальную диагностику зачастую сразу с несколькими нозологиями. Имеются и свои особенности терапии заболеваний с локализацией в аногенитальной области.

Второй доклад в научной части заседания МОДВ-1156 был посвящён диагностике эритродермий и представлен коллективом авторов Кожной клиники имени В.А. Рахманова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Эритродермия — жизнеугрожающее состояние, характеризуется диффузной эритемой и шелушением более чем 80–90% поверхности кожного покрова. Частота летальных исходов колеблется от 18 до 64%.

Кроме эритродермий, осложняющих течение отдельных дерматозов (псориаз, болезнь Девержи, лимфома (эритродермия Вильсона–Брока, красный лишай Гебры), существует понятие старческой эритродермии, в основе которой чаще лежит лекарственный фактор. Одной из наиболее жизнеугрожающих эритродермий является атопическая эритродермия Хилла.

Важное место в диагностике эритродермий занимает сбор анамнеза с целью выявления провоцирующего

фактора (сопутствующие заболевания, наследственность, профессиональные вредности, вакцинация, стресс, приём определённых лекарств).

Существует около 105 наименований лекарственных препаратов, способных вызвать эритродермию.

Имеются некие общие механизмы формирования эритродермий как на фоне уже имеющегося дерматоза, так и в результате перенесённых инфекций (например, описаны эритродермии после перенесённого COVID) либо поступления в организм провоцирующих веществ.

В патогенезе эритродермий — повышенная экспрессия молекул адгезии в эпителиальных клетках (VCAM-1, ICAM-1, E-селектина, P-селектина), мутации в домене рекрутирования каспазы, гене члена семейства 14 (*CARD14*), мутации в генах белков — коннексинов *Kc26*.

В клинической картине также имеются общие проявления: частая лихорадка, гепатоспленомегалия, генерализованная лимфаденопатия, озноб. Последнее особенно характерно для лекарственной эритродермии.

Для паранеопластической эритродермии характерны хронический зуд, немотивированное похудение, ночная потливость, диарея, рефрактерность к проводимой терапии, гиперпигментация отдельных областей или всей кожи (меланоэритродермия), мелкопластинчатое шелушение, кахекия.

При всей сходности клинической картины эритродермий, когда клинический диагноз бывает затруднён, дерматоскопическая семиотика, гистологические находки и иммуногистохимия для каждой эритродермии довольно показательны, особенно если эритродермия развилась как тяжёлое течение уже имеющегося дерматоза.