

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv635905>

Новости



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

Бюллетень заседания МОДВ № 1158

А.Б. Яковлев¹, И.С. Максимов², Е.В. Петухова²¹ 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

17 мая 2024 года состоялось 1158-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Пospelова.

Заседание прошло в очном формате в рамках XLI Научно-практической конференции с международным участием «Рахмановские чтения». В заседании принял участие 61 человек. На вступление в члены МОДВ заявки не подавались. В клинической части заседания представлены два сообщения: PASH-синдром как наиболее частое проявление синдромальной формы гангренозной пиодермии и серия клинических случаев о трудностях диагностики грибовидного микоза. Первый доклад сопровождался представлением клинических случаев PASH-синдрома (гангренозная пиодермия, фолликулит Гоффмана, гнойный гидраденит) у пациента в возрасте 19 лет и гангренозной пиодермии в сочетании с гнойным гидраденитом и конглобатным акне у пациента в возрасте 32 лет. Основным лечением было назначение метилпреднизолона в сочетании с антибиотиками и добавлением цитостатика во втором клиническом наблюдении.

В научной части заседания также было представлено два доклада. В первом докладе (об опыте применения бактериородопсина у больных вульгарным псориазом) автор продемонстрировал результаты собственного проспективного исследования крема с бактериородопсином, отметив, что наиболее быстрый эффект имел место на открытых участках кожи. Особый акцент второго доклада (о татуировках в практике дерматолога) был сделан на отсутствии перечня противопоказаний, обязательной сертификации красителей для татуажа и рабочего места тату-мастера, стандарта предварительных лабораторных исследований, а также единых требований к специалистам, выполняющим татуаж, что обуславливает частоту инфекционных осложнений после процедуры.

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 № 1158 // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2024. Т. 27, № 6. С. 724–729. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv635905>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv635905>

News

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

Bulletin of the MSDC № 1158

Alexey B. Yakovlev¹, Ivan S. Maximov², Eugenia V. Petukhova²¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia;² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

ABSTRACT

On May 17th we held our last meeting of Moscow Society of Dermatologists and Cosmetologists named after A.I. Pospelov in person within XLI Rachmanov Readings conference. There were 61 participants.

Our agenda included two clinical cases: the first one was dedicated to the PASH-syndrome as the most common manifestation of gangrenous pyoderma syndromic form; the second one was about diagnostic difficulties in mycosis fungoides. The first report was accompanied by the presentation of clinical cases of PASH syndrome (gangrenous pyoderma, Hoffmann's folliculitis, suppurative hidradenitis) in a patient aged 19 years and gangrenous pyoderma combined with suppurative hidradenitis and conglobate acne in a patient aged 32 years. The main treatment was the administration of methylprednisolone in combination with antibiotics and the addition of a cytostatic in the second clinical observation.

Two reports were presented in the scientific part of the meeting. In the first report (on the experience of using bacteriorhodopsin in patients with psoriasis vulgaris), the author demonstrated the results of his own prospective study of bacteriorhodopsin cream, noting that the fastest effect occurred on open skin areas. A special emphasis of the second report (on tattoos in the practice of a dermatologist (Fomin Clinic) was made on the absence of a list of contraindications, mandatory certification of dyes for tattooing and tattoo master's workplace, standard of preliminary laboratory tests, as well as uniform requirements for specialists performing tattooing, which determines the frequency of infectious complications after the procedure.

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 № 1158. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2024;27(6):724–729. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv635905>

Submitted: 15.05.2024

Accepted: 29.07.2024

Published online: 10.12.2024

ОТ РЕДАКЦИИ

17 мая 2024 года состоялось очередное, 1158-е заседание Московского общества дерматовенерологов и косметологов имени А.И. Поспелова.

На вступление в члены МОДВ заявки не подавались. Присутствовал 61 участник.

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: PASH-синдром как наиболее частое проявление синдромальной формы гангренозной пиодермии и серия клинических случаев о трудностях диагностики грибовидного микоза.

В научной части заседания также представлено два доклада: об опыте применения бактериородопсина у больных вульгарным псориазом и татуировках в практике дерматолога (клиника Фомина).

PASH-СИНДРОМ КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ

В клинической части заседания первое сообщение представили сотрудники Клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова (Университетская клиническая больница № 2 Клинического центра Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова) Е.И. Жгельская (докладчик), доцент О.В. Грабовская и профессор Н.П. Теплюк.

Гангренозная пиодермия (*pyoderma gangrenosum*) — аутовоспалительный нейтрофильный дерматоз, характеризующийся образованием болезненных язвенных дефектов кожи с валикообразными подрытыми краями багрово-синюшной окраски и зоной эритемы вокруг очага, а также повышенной экспрессией цитокинов и хемокинов в поражённой коже. Первое описание заболевания дал французский дерматолог Anne-Jean Louis Brocq (1908) — «*phagédénisme géométrique*».

Гангренозные пиодермии как основной аутовоспалительный процесс часто сопровождаются гнойным гидраденитом, акне (обе нозологии относятся также к синдрому фолликулярной окклюзии), заболеваниями опорно-двигательного аппарата (артрит, синовит, остит, гиперостоз), воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), воспалительными заболеваниями глаз (увеит, эписклерит), ладонно-подошвенным пустулёзом по типу Andrews. Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит и увеиты

каждый по отдельности или все вместе относятся к аутовоспалительным процессам, и гангренозная пиодермия комбинируется с ними в различных устойчивых сочетаниях (синдромы).

Дисрегуляция врождённой иммунной системы при гангренозной пиодермии преимущественно касается фагоцитарного звена, синтеза антител-опсоинов, функционирования нейтрофилов. В основе этих нарушений лежат точечные генетические мутации.

Характерными патогенетическими чертами любого аутовоспалительного заболевания являются рецидивирующее стерильное воспаление (на коже стерильные пустулы), отсутствие аутоиммунной реакции и аутоантител, дисрегуляция врождённой иммунной системы. В результате перепроизводства провоспалительного цитокина IL-1 β (и последующей активации TNF- α и IFN- γ), с одной стороны, и непосредственного влияния IL-17 — с другой происходит чрезмерное рекрутирование нейтрофилов в зону воспаления. Лизис поражённых тканей происходит при участии ферментов нейтрофилов (катепсин G, эластаза, протеиназа-3). Находящийся в зоне воспаления IL-36 поддерживает и без того чрезмерное рекрутирование нейтрофилов.

В поражённой коже как при гангренозной пиодермии, так и PASH-синдроме отмечается постоянный



Доклад Е.И. Жгельской, клинического ординатора кафедры кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова (Сеченовский Университет).

Report by E.I. Zhgelskaya, clinical resident of the V.A. Rakhmanov Department of Skin and Venereal Diseases (Sechenov University).

воспалительный профиль с избыточной экспрессией IL-1b, IL-17, TNF-а, IL-8, CXCL1/2/3, а также CXCL16.

Основным диагностическим критерием гангренозной пиодермии является кожный — обнаружение нейтрофильного инфильтрата при патоморфологическом исследовании края язвы. Дополнительными критериями являются отсутствие инфекции (при нейтрофильном инфильтрате), наличие патергии, воспалительное заболевание кишечника или артрит. Через 4 дня после первичного фокуса гангренозной пиодермии появляются новые язвочки, особенно на передней поверхности голени, окружённые воспалительной эритемой, атрофические рубцы на месте регрессировавших язв.

С началом приёма иммуносупрессивных препаратов отмечается быстрое уменьшение основного фокуса гангренозной пиодермии. Кроме иммуносупрессивных препаратов назначаются антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, адекватная местная терапия, после купирования процесса — кожная пластика.

Представлен пациент в возрасте 19 лет с PASH-синдромом (гангренозная пиодермия, фолликулит Гоффмана, гнойный гидраденит). Основное лечение — метилпреднизолон по 5 таблеток в сутки (20 мг) в сочетании с антибиотиками.

Другой пациент (возраст 32 года) имел сочетание гангренозной пиодермии и гнойного гидраденита с конглобатными акне. На коже туловища и голени имели место обширные язвенные дефекты. В данном случае метилпреднизолон назначался в суточной дозе 6 таблеток (24 мг) в сочетании с антибиотиком (Амоксиклав) и цитостатиком (азатиоприн). Кожный процесс купирован.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Второй доклад как иллюстрация трудностей диагностики грибовидного микоза представлен руководителем Клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова чл.-корр. РАН, профессором О.Ю. Олисовой (докладчик — сотрудник клиники Е.Р. Дунаева).

Грибовидный микоз — первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи, характеризующаяся пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами. Составляет 1% всех неходжкинских лимфом.

В развитии неконтролируемой пролиферации лимфоидных клеток задействованы компоненты STAT-сигнальной системы (Signal transducers and activators of Transcription — сигнальные передатчики и активаторы транскрипции) и янус-киназы 1, 2, 3. При поддержке этой системы микроРНК могут функционировать как онкогены (onco-mRNA), когда они сверхэкспрессируются, или как гены-супрессоры опухоли (микроРНК-супрессор опухоли).



Доклад Е.Р. Дунаевой, врача-дерматовенеролога, ассистента кафедры кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова (Сеченовский Университет).

Report by E.R. Dunaeva, dermatovenerologist, assistant of the V.A. Rakhmanov Department of Skin and Venereal Diseases (Sechenov University).

Классическую форму грибовидного микоза Алибера-Базена принято делить на такие варианты, как фолликулотропный (наиболее частый), педжетоидный ретикулёз и синдром гранулематозной вялой кожи. Кроме этого, насчитывается ещё не менее 15 атипичных форм грибовидного микоза (фолликулярный, эритродермический, пойкилодермический, иктиозиформный и др.).

Клиническая картина классической формы характеризуется множественными высыпаниями с вовлечением различных зон туловища, вариабельной формы, размеров и цвета, иногда с явлениями пойкилодермии, с расположением на закрытых участках тела. Высыпания, как правило, сопровождаются зудом, интенсивность которого прямо коррелирует с малигнизацией процесса. Характерен феномен одновременного прогрессирования и регресса отдельных высыпаний.

Дифференциальный диагноз грибовидного микоза следует проводить с бляшечным параспориозом, нуммулярной экземой, контактным дерматитом, гигантской лихенификацией, атопическим дерматитом, псевдолимфомой, кольцевидной центробежной эритемой Дарье, токсидермией, микозом.

Авторами представлены пациенты в возрасте 62 и 69 лет с инфильтративно-бляшечной стадией грибовидного микоза. На начальных стадиях заболевания

пациенткам выставлялись диагнозы параспориоза, микоза, лайм-боррелиоза, атопического дерматита.

Средний срок до установления диагноза даже у пациентов с классической формой грибвидного микоза составляет около 5 лет, и может значительно удлиниться при других вариантах его течения. Вероятность установления диагноза на поздних стадиях (IIВ–IV) составляет 90%, на ранних (I–IIА) — 50%.

При гистологическом исследовании выявляется выраженный эпидермотропизм патологического процесса, а иммуногистохимически обнаруживается классическое соотношение пула клеток $CD5/CD7 < CD3 > CD2$.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОРОДОПСИНА У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Первый доклад в научной части заседания — об опыте наружного применения крема с бактериородопсином у больных вульгарным псориазом — сделал И.С. Максимов, научный сотрудник Клиники кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова.

Псориаз — хроническое мультифакториальное иммунопосредованное воспалительное заболевание с генетической предрасположенностью, проявляющееся высыпаниями в виде характерных папул и бляшек с серебристыми чешуйками на поверхности; патоморфологическим субстратом этого феномена является патологическая эпидермальная пролиферация.

Распространённость псориаза среди взрослого населения варьирует от 1 до 8%.

Актуальность проблемы существенно возрастает с учетом её психосоциальной значимости.

Лечение псориаза представляет непростую задачу. Так, в России 60% пациентов получают только местное лечение, 30% — комбинированную терапию, 2% — биологические препараты. Наружно применяются топические глюкокортикоиды, топические ингибиторы кальциневрина, комбинированные кератолитики, препараты витамина D3, дёгтя, нафталана. Высокую эффективность при пустулёзных и экссудативных формах псориаза демонстрируют ретиноиды трёх поколений: ретинол, третиноин, ретиналь (первое поколение); этретинат, ацитретин (второе поколение); тазаротен, адапален (третье поколение). Их физиологические эффекты основаны на взаимодействии с рецепторами ретиноевой кислоты (RAR) и ретиноид-Х-рецепторами (RXR), что нормализует апоптоз кератиноцитов.

Бактериородопсин — светочувствительный белок, выделенный из мембраны галобактерии *Halobacterium salinarum* (галобактерия солевая). В состав молекулы бактериородопсина входит активная форма витамина А. Физиологическое действие бактериородопсина не отличается от действия других форм витамина А: белок активирует три члена ядерных рецепторов — RAR- α , RAR- β ,



Доклад И.С. Максимова, ассистента кафедры кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова (Сеченовский Университет).

Report by I.S. Maximov, assistant of the V.A. Rakhmanov Department of Skin and Venereal Diseases (Sechenov University).

RAR- γ , которые изменяют экспрессию генов, в результате чего нормализуются синтез белка и дифференцировка кератиноцитов. На свету бактериородопсин участвует в синтезе аденозинтрифосфата.

Крем с бактериородопсином применяется в дневном и ночном вариантах: в течение первой недели он наносится на поражённые области 2 раза в день, рано утром и вечером (ночной крем), а затем ещё 3 дня по 2 раза в день (дневной и ночной крем).

Автором выполнено проспективное исследование эффективности крема с бактериородопсином у 30 пациентов с диагнозом вульгарного псориаза. Крем не применяли при активном прогрессировании процесса или в комбинации с топическими глюкокортикоидами. Результаты превзошли все ожидания: через 4 недели применения у 9 пациентов кожа очистилась на 50%, у 8 — на 75%, у 5 — на 90%, у 4 — на 100% (достигнут PASI 100). Более быстрый эффект имел место на открытых участках кожи.

ТАТУИРОВКИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Доклад о татуировках в практике дерматолога сделала врач — дерматовенеролог-косметолог Н.Ю. Петрушова (клиника Фомина, Тверь).

Термин «татуировка» происходит от французского «tatouer», который восходит к полинезийскому «tatau» — рисунок на коже (также синонимами являются пигментирование, камуфлирование). Татуировка — процесс нанесения перманентного (стойкого) рисунка на кожные покровы туловища, конечностей путём проколов с помощью специальных игл и внесением красящего пигмента в дермальный слой кожи.

Согласно выдержке из Приказа Минздрава России от 13 октября 2017 г. N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», дермапигментация (перманентный татуаж) — медицинская услуга (код А17.30.001), представляющая собой одно из медицинских вмешательств, носящих инвазивный (связанный с проникновением через естественные внешние барьеры организма (в данном случае кожу) характер, применяемых для косметологической коррекции нарушений и дефектов тканей путём введения красящих веществ (пигментов) в слой кожи, называемый дермой. В России чаще других тату имеют представители возрастной группы 30–49 лет, чаще женщины.

Нормальной воспалительной реакцией после татуирования считается реакция на обширную механическую травму в результате сотен/тысяч проколов, осуществляемых во время нанесения рисунка. Возникают боль, отёк, эритема и уплотнение в области тату. Гистологически обнаруживаются разрушение базальной мембраны эпидермиса, местами даже некроз эпидермиса и дермы в области татуированных участков кожи. В первые 2 часа развивается асептическая островоспалительная реакция: обнаруживается экссудат из полиморфно-ядерных лейкоцитов. К концу первых суток происходит накопление пигмента в цитоплазматических фагосомах кератиноцитов, макрофагов, тучных клеток, фибробластов. Заживление татуировки происходит в течение 2–3 недель.

В составе красок присутствуют оксид железа III (Fe_2O_3), пигмент кампешевого дерева, кадмий, сернистая ртуть, охра, куркума, серноокислый аммоний, марганец, белый карбонат свинца, диоксид титана, сульфат бария, диоксид цинка, парафенилендиамин (ПФД).

Острая реакция первых часов и дней связана с механической травмой (чаще это пиодермия или микоз кожи), но в 2% случаев на вводимую краску наблюдается

анафилактический шок. Отсроченные осложнения, возникающие через несколько месяцев, связаны в основном с реакцией на краску по типу аутоенсибилизации (саркоидоз, красный плоский лишай, аллергический дерматит, крапивница, фотосенсибилизация, гранулёмы инородного тела, кольцевидная гранулёма). В связи с инвазивностью процедуры возможно заражение гепатитами В, С, D, ВИЧ.

Саркоидоз может развиваться не только в коже, но также в лёгких и медиастинальных лимфоузлах. Описаны лимфомы, пигментные невусы и меланомы, кератоакантомы, базалиомы, дерматофибросаркома.

Для такой инвазивной процедуры, как тату, до настоящего времени отсутствуют перечень противопоказаний, обязательная сертификация красителей для татуажа и рабочего места тату-мастера, стандарт предварительных лабораторных исследований, предшествующих данной инвазивной процедуре (аллергическая проба на вводимый краситель, бактериологический посев кожи на предполагаемом участке для татуирования и т.д.), единые требования к специалистам, выполняющим татуаж (медицинское образование как минимум, сертификация о прохождении первичной аккредитации специалистов с присвоением квалификационной категории «мастер татуажа».

Для профилактики инфекционных осложнений после татуажа на контур татуировки можно наносить мази бацитрацин/неомицин 2 раза в сутки в течение 7 дней. Бацитрацин в концентрации 5–8% потенцирует процесс регенерации в ране.

Противогерпетические препараты следует назначать при наличии в анамнезе рецидивирующего герпеса (в остром периоде тату не выполняется) по схеме эпизодической супрессивной терапии (валацикловир в дозе 500 мг 2 раза в сутки, 10 дней, или фамцикловир по 250 мг 3 раза в сутки, 7 дней). Следует исключить горячую пищу, алкоголь (особенно при перманентном татуаже губ), отменить декоративную косметику на 2 недели, также на 2 недели отказаться от посещений бассейна, солярия и сауны. В качестве заживляющего средства можно применять медицинские средства с декспантенолом. Всю область тату следует защищать от прямых солнечных лучей, применять кремы с SPF 30–50. Татуировку следует наносить на кожу, свободную от родинок.