



# МАТЕРИАЛЫ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ФОРУМА  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
**ДЕРМАТОЗЫ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**  
**АЛГОРИТМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

5-6 ДЕКАБРЯ 2025 ГОД

Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

5-6  
ДЕКАБРЯ  
2025

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

# ДЕРМАТОЗЫ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ АЛГОРИТМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ



## Материалы

**Санкт-Петербургского форума с международным участием «Дermатозы анонгитальной области. Алгоритмы взаимодействия»**

**5-6 декабря 2025 г., Санкт-Петербург, 2025 – 27 с.**

## Редакционная коллегия:

### **Смирнова И.О.**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматологии и косметологии Медицинского института ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Член правления «Междисциплинарной ассоциации специалистов по заболеваниям анонгитальной области, г. Санкт-Петербург

За содержание и достоверность изложенной в тезисах информации ответственность несут авторы. Тезисы публикуются в авторской редакции. Редакция оставляет за собой право менять заголовки, сокращать тексты тезисов, вносить стилистические правки без согласования с автором.



# СОДЕРЖАНИЕ

## 5. КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ: ВИТИЛИГО И СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИШАЙ ЦУМБУША В АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Гах Я.Д., Карабулат К.М.

## 7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛАОЗА, МЕЛАНОФОРМНОГО НЕВУСА И МЕЛАОНЫ ВУЛЬВЫ. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ

Когадей А.Ю.

## 9. ПРИМЕНЕНИЕ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗНО ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Мкртчян Л.С., Хайлова Ж.В., Иванов С.А.

## 11. АНОГЕНИТАЛЬНЫЕ БОРОДАВКИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – ЧТО НОВОГО

Петунова Я. Г.<sup>1,2</sup>, Пирятинская А.Б.<sup>1,3</sup>, Кабушка Я.С.<sup>1</sup>, Требунская Н.А.<sup>1</sup>

## 13. СОВРЕМЕННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Потрясаева К.В.

## 15. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНОГО ОЧАГА КОИНФЕКЦИИ ВИЧ/СИФИЛИС С АНАЛИЗОМ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Прожерин С.В.



## **17. ДЕРМАТОЗ, КОТОРЫЙ РАСПОЗНАЮТ НЕ СРАЗУ И НЕ КАЖДЫЙ КЛИНИЦИСТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАТОМИИ В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА)**

Синцева Ю.А.

## **20. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМОРБИДНОСТИ ВИТИЛИГИОЗНОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА С ВИТИЛИГО**

Степанова Н.О., Амбарцумян Р.Л., Погожева А.В.

## **22. RED FLAGS АНОГЕНИТАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ТРЕБУЮЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ НЕОПЛАЗИИ**

Тымчук С.С., Смирнова И.О.

## **24. ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ПЕРИАНАЛЬНОГО ЗУДА**

Чернявский И.И.

## **25. ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ НА ОСНОВЕ БЕНЗИЛДИМЕТИЛ [3- (МИРИСТОИЛАМИНО)ПРОПИЛ] АММОНИЯ ХЛОРИДА МОНОГИДРАТА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Чернявский И.И.



# КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ: ВИТИЛИГО И СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИЙ ЛИХАЙ ЦУМБУША В АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Гах Я.Д., Карабулат К.М.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Россия

## Введение

Витилиго и склероатрофический лихен (САЛ, или лихен Цумбуша) являются хроническими воспалительными дерматозами, в основе которых лежат аутоиммунные механизмы. Их одновременное наличие в аногенитальной зоне представляет собой диагностическую и терапевтическую проблему в связи с редкостью такой комбинации, схожестью некоторых клинических проявлений и потенциальным риском малигнизации САЛ. Актуальность проблемы обусловлена необходимостью повышения настороженности врачей в отношении коморбидного течения этих заболеваний.

## Цель

Провести анализ современной научной литературы, посвященной особенностям клинической картины, диагностики, патогенеза и лечения коморбидного течения витилиго и склероатрофического лихена в аногенитальной области.

## Материалы и методы

Проведен поиск и анализ публикаций в базах данных PubMed, eLIBRARY.RU, Google Scholar и КиберЛенинка за период 1990–2024 гг. Ключевые слова для поиска: «витилиго», «склероатрофический лихен», «лихен Цумбуша», «аногенитальная область», «коморбидность», «аутоиммунные заболевания кожи». Критериям включения соответствовали 18 релевантных статей, включая клинические случаи, обзоры и оригинальные исследования.

## Результаты

Анализ литературы показал, что коморбидность витилиго и САЛ, хотя и редка, статистически значимо превышает ожидаемую случайную встречаемость. Установлено, что оба заболевания имеют общие патогенетические звенья: нарушение функции Т-лимфоцитов, продукцию аутоантител и активацию провоспалительных цитокинов. В аногенитальной области витилиго может манифестирувать в виде депигментированных пятен, в то время как САЛ характеризуется беловатыми склеротическими бляшками, атрофией кожи, часто сопровождающихся зудом, болью и риском развития рубцовых деформаций. Дифференциальная диагностика осложнена, особенно на ранних стадиях, и требует

обязательного гистологического подтверждения. Сообщается о случаях, когда витилиго предшествовало развитию САЛ, что может указывать на общий провоцирующий фактор.

## Обсуждение

Наличие коморбидности витилиго и САЛ подчеркивает важность тщательного осмотра всей поверхности кожи и слизистых у пациентов с любым из этих диагнозов. Терапевтический подход должен быть комплексным. Для лечения САЛ первой линией являются топические кортикоиды высокой активности (например, клобетазола пропионат), в то время как для витилиго применяются топические ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус), которые также могут быть эффективны при САЛ и предпочтительны для длительного использования в чувствительных зонах. Необходим длительный мониторинг пациентов с САЛ в связи с риском плоскоклеточного рака.

## Заключение

Коморбидность витилиго и склероатрофического лихена в аногенитальной области является клинически значимым сочетанием, отражающим общность аутоиммунных патогенетических механизмов. Для ведения таких пациентов необходим мультидисциплинарный подход с участием дерматовенеролога и, при необходимости, гинеколога или уролога. Ранняя диагностика и адекватная терапия позволяют контролировать симптомы и улучшать качество жизни пациентов, а также минимизировать риск отдаленных осложнений.

## Список литературы

1. Богданова Е.В., Хлебникова А.Н. Возможности дерматоскопии в дифференциальной диагностике доброкачественных депигментированных поражений аногенитальной области // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2022. – Т. 25, № 1. – С. 45-52.
2. Федина О.Ю., Кунгурев Н.В. Современные возможности терапии склероатрофического лихена // Вестник дерматологии и венерологии. – 2020. – Т. 96, № 4. – С. 62-70.
3. Ankad B.S., et al. Dermoscopy of Vitiligo and Lichen Sclerosus: A Cross-Sectional Study // Indian



Dermatology Online Journal. – 2020. – Vol. 11(5). – P. 746-751.

4. Gambichler T., et al. T-Cell Influx and Activation in Vitiligo and Lichen Sclerosus // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2021. – Vol. 35(2). – P. 123-130.

5. Kural Y.B., et al. The impact of lichen sclerosus on sexual function and quality of life: A prospective case-control study // Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2022. – Vol. 42(5). – P. 1624-1630.

6. Micheletti A., et al. Pediatric Vulvar Lichen Sclerosus: A Review of the Literature // Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. – 2021. – Vol. 34(2). – P. 161-167.

7. Terlou A., et al. An Autoimmune Phenotype in Vulvar Lichen Sclerosus and Lichen Planus: A Case Control Study // Archives of Dermatology. – 2022. – Vol. 148(8). – P. 892-898.

8. Lis-Świąty A., et al. The Association between Lichen Sclerosus and Vitiligo: A Systematic Review and Meta-Analysis // Journal of Clinical Medicine. – 2023. – Vol. 12(5). – P. 1891.

9. Yang Y., et al. The Pathogenesis of Vitiligo: Focus on Autoreactive T Cells and Viral Infections // Frontiers in Immunology. – 2024. – Vol. 15. – P. 1353452.

10. Kussainova A., et al. Vitiligo and Autoimmune Comorbidities: A Cross-Sectional Study // Dermatology and Therapy. – 2023. – Vol. 13(4). – P. 1083-1094.

11. Li Y., et al. Topical Calcineurin Inhibitors in the Treatment of Lichen Sclerosus: A Systematic Review and Meta-Analysis // Journal of the American Academy of Dermatology. – 2024. – Vol. 90(1). – P. 145-152.

12. Gönül M., et al. Dermoscopic Features of Genital Lichen Sclerosus and Their Correlation with Histopathological Findings // Clinical and Experimental Dermatology. – 2023. – Vol. 48(6). – P. 654-659.

13. Wang L., et al. Global Trends in Vitiligo Research from 2020 to 2023: A Bibliometric Analysis // Dermatology. – 2024. – Vol. 240(2). – P. 211-223.

14. Sotiriou E., et al. Vulvar Lichen Sclerosus: Current Perspectives on Pathogenesis, Diagnosis and Management // Journal of Clinical Medicine. – 2024. – Vol. 13(3). – P. 872.

15. Bieber A.K., et al. Assessing the Effectiveness of a Novel Therapeutic Approach for Anogenital Lichen Sclerosus // JAMA Dermatology. – 2023. – Vol. 159(7). – P. 723-729.



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛНОЗА, МЕЛНОФОРМНОГО НЕВУСА И МЕЛНОМЫ ВУЛЬВЫ. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ

Когадей А.Ю.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

## Введение

Дermatologi нередко сталкиваются с трудностями дифференциальной диагностики при dermatoskopii пигментных образований области вульвы. Особенностью dermatoskopii слизистых оболочек, обусловленной их анатомическим строением, является наличие злокачественных паттернов у доброкачественных новообразований. Это нередко приводит к диагностическим ошибкам, излишним биопсиям, а также отрицательно сказывается на качестве жизни и психоэмоциональном состоянии пациенток. Наиболее частыми образованиями области вульвы являются невусы, они встречаются в 55%, более редко встречается меланоз 17% [1]. При этом злокачественные новообразования вульвы встречаются относительно редко, из которых меланома варьирует от 1 до 10 % по данным различных авторов [1, 2].

## Цель

Систематизация и анализ характерных dermatoskopических признаков трёх пигментных образований области вульвы — меланоза, меланоформного невуса и меланомы. В ходе работы предполагается идентифицировать специфические паттерны, позволяющие повысить точность дифференциальной диагностики, снизить количество необоснованных инвазивных вмешательств и улучшить клиническое ведение пациенток с пигментными образованиями вульвы.

## Материалы и методы

В клиническом случае представлены данные пациентки с подозрением на меланому области вульвы, которая обратилась с жалобами на рост и зуд длительно существующего образования после беременности. Диагностическое обследование включало сбор анамнеза, физикальный осмотр и dermatoskopическое исследование пигментного образования. Dermatoskopия проводилась с помощью поляризованного света dermatoskopa с 10-кратным увеличением. Для подтверждения диагноза была выполнена биопсия с последующим гистологическим исследованием и иммуногистохимическое исследование материала. Полученные данные сравнивались с dermatoskopическими признаками. Обзор литературы был проведен с использованием

оригинальных исследовательских и обзорных статей из базы PubMed за последние 5 лет. В ходе обзора литературы выявлено, что многие авторы также отмечают сложности в диагностике рассматриваемых пигментных образований. Эти трудности связаны с клиническим и гистологическим сходством пигментных образований, что создаёт сложности при постановке диагноза [3].

## Результаты

В результате гистологического и иммуногистохимического исследования материала, был выставлен диагноз «Меланоформный невус», что абсолютно противоречило dermatoskopической картине, которая характеризовалась наличием негативной пигментной сети, сгруппированных пигментных точек в центральной и периферической зонах, а также выраженной бело-голубой вуали, покрывающей все новообразование. В работе проведён сравнительный анализ dermatoskopической картины невуса из представленного случая. Модели меланоза и меланомы вульвы взяты на основе клинических данных и литературных источников [4,5]. Выявлены ключевые особенности, позволяющие дифференцировать эти три образования.

## Обсуждение

Исходя из данных, показана достаточно хорошая точность в дифференцировке доброкачественных и злокачественных пигментных образований. Этот метод позволяет визуализировать специфические структуры, однако стоит учитывать, что даже при высоком уровне информативности dermatoskopии существуют случаи, когда по одной только dermatoskopической картине невозможно достоверно различить злокачественное поражение от доброкачественного. Это связано с анатомическим строением и вариабельностью проявлений пигментных образований данной локализации. Поэтому dermatoskopия должна рассматриваться как важный, но не единственный инструмент диагностики. При сомнениях необходимы дополнительные методы — гистологическое исследование, иммуногистохимия и клиническое наблюдение.

## Заключение

Такой подход позволил выявить dermatoskopические модели, необходимые для ранней



диагностики и последующего выбора тактики ведения пациентов с пигментными образованиями вульвы. Сделаны выводы о необходимости повышения осведомлённости врачей о разнообразии пигментных образований в области вульвы и важности правильного информирования пациентов.

**Список литературы**

1. Allbritton JI. Vulvar Neoplasms. / Benign and Malignant. // Obstet Gynecol Clin North Am. – 2017. – №3. – Р.1-2.
2. К.В. Меньшиков, Ш.Х. Ганцев. / Меланома вульвы. Обзор литературы. // Поволжский онкологический вестник. – 2021. – №3. – С.1.
3. Martin SD, Martin KC, Gilks CB, Crawford RI, Hoang LN. / PRAME Immunohistochemistry for Distinguishing Vulvar and Vaginal Melanoma From Benign Melanocytic Nevi. // Int J Gynecol Pathol. – 2024. – 4. Р.1-2.
4. Ferrari A, Buccini P, Covello R, De Simone P, Silipo V, Mariani G, Eibenschutz L, Mariani L, Catricalà C. / The ringlike pattern in vulvar melanosis: a new dermoscopic clue for diagnosis. // Arch Dermatol. – 2008. – №8. – Р.4-5.
5. Stevens J, Sanz A, Delgado M. / Dermoscopic Features of Vulvar Melanoma. // Indian Dermatol Online J. – 2025. – №5. – Р.1-2.



# ПРИМЕНЕНИЕ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ АТРОФИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗНО ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Мкртчян Л.С., Хайлова Ж.В., Иванов С.А.

МРНЦ им. А.Ф. Цыба - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Обнинск, Россия

## Введение

Лучевая терапия в самостоятельном варианте или в виде адьювантных курсов является одним из основных методов лечения злокачественных новообразований (ЗНО) органов малого таза у женщин, в частности при раке шейки матки (РШМ) используется в 59,1% случаях, раке тела матки (РТМ) - в 34,6%, анеректальном раке - в 52% [1]. Вульвовагинальные атрофические изменения, развивающиеся на фоне эстрогендефицитных состояний у пациенток с ЗНО органов малого таза после радикальных программ лучевой терапии, способствуют хроническому течению радиоиндуцированных осложнений - лучевых эпителиитов влагалища и лучевых дерматитов анатомической зоны с переходом, зачастую, в язвенно-некротические процессы с последующим развитием стеноза влагалища [2]. В ряде исследований сообщается об эффективности применения объемообразующих средств на основе гиалуроновой кислоты для коррекции вульвовагинальной атрофии у онкогинекологических больных, однако влияние подобных препаратов на лучевые изменения покровных тканей в раннем периоде после противоопухолевой терапии является дискутабельным [3, 4]. Отечественный тканевой биомиметик «Композиция гетерогенного имплантируемого геля Сфера®ГЕЛЬ» (СГ) является инъекционным биологическим имплантатом, практически полностью имитирует состав внеклеточного матрикса, обеспечивает сходную микросреду для пролиферации и дифференцировки клеток и способствует активной регенерации поврежденных тканей [5]. В условиях отсутствия стандартов восстановления женского здоровья у больных с лучевыми и/или атрофическими вагинитами интересным представляется применение регенеративных технологий, которые успешно применяются в клинической практике [6].

## Цель

Изучить эффективность применения регенеративных технологий в лечении САЛ и

коррекции постлучевых атрофических изменений влагалища.

## Материалы и методы

В исследование включены данные 35 больных (III клиническая группа) с ЗНО органов малого таза: РШМ I-III стадий - 26 (74,3%), рак влагалища II стадии - 1 (2,85%), РТМ I-II стадий - 7 (20,0%), рак анального канала II стадии - 1 (2,85%), которым были проведены радикальные курсы специализированного лечения с использованием лучевой терапии в адьювантном (45,7%) или самостоятельном (54,3%) режимах. У всех больных была зарегистрирована менопауза, в 10 (28,6%) случаях - ятrogenного характера. Пациентки проходили обследование и восстановительное лечение в отделении медицинской реабилитации МРНЦ им. А.Ф. Цыба. Для оценки исходного состояния вагинального здоровья до начала реабилитации определяли pH транссудата влагалища и рассчитывали индекс вагинального здоровья (ИВЗ). Восстановительное лечение проводилось с использованием СГ: субмукозное введение СГ в исполнении LIGHT (размер микрочастиц 30-100 мкм) по всей поверхности стенок влагалища в болюсной технике, через 7 дней - СГ в исполнении MEDIUM (размер микрочастиц 100-200 мкм) в аналогичной технике. Для оценки эффективности корригирующей терапии изучали динамику pH транссудата влагалища.

## Результаты

После радикальных методов лечения у всех больных наблюдалась вульвовагинальная атрофия тяжелой степени: среднее значение pH влагалища -  $6,3 \pm 0,5$ , ИВЗ -  $8,4 \pm 2,6$ . После корригирующей терапии биорегенерантом уже на сроке 1 мес. отмечено статистически значимое снижение показателя pH вагинального, отделяемого до среднего значения  $5,6 \pm 0,5$  ( $p < 0,00001$  по критерию Вилкоксона), причем эффект от восстановительного лечения сохранялся на протяжении наблюдаемых 3-6 месяцев. Средняя продолжительность интервала между двумя инъекциями биорегенеранта составила  $7,2 \pm 1,0$  суток. На ближайших сроках наблюдения данных за прогрессирование основного заболевания выявлено не было.



## Обсуждение

Применение гетерогенных коллагенсодержащих композиций СГ в различных формах исполнения позволяет улучшить трофику тканей вульвовагинальной области, уменьшить выраженность хронического воспаления, что привело к регрессии лучевых эпителиитов и восстановлению вагинальной микробиоты, и, в конечном итоге, отразилось на снижении pH влагалища, о чем сообщают и отечественные исследователи [7]. Способность СГ инициировать и поддерживать процессы ремоделирования внеклеточного матрикса подтверждено результатами патоморфологического и иммуногистохимического исследований [8]. Отмечена высокая комплаентность и безопасность биорегенеранта Сфера®ГЕЛЬ, что явилось клиническим подтверждением экспериментальных исследований, проведенных на базе МРНЦ им. А.Ф. Цыба [9].

## Заключение

Таким образом, применение биомиметика СГ на ранних сроках после проведенной лучевой терапии способствует восстановлению вагинального здоровья, что и обосновывает целесообразность реабилитационных мероприятий с применением регенеративных технологий непосредственно после окончания радиотерапевтических программ.

## Список литературы

1. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. Состояние онкологической помощи населению России в 2024 году. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2025. – илл. – 275 с.

2. Claes M, Tuts L, Robijns J, Mulders K, Van De Werf E, Bulens P, Mebis J. Cancer therapy-related vaginal toxicity: its prevalence and assessment methods-a systematic review. J Cancer Surviv. 2024 Feb 22. doi: 10.1007/s11764-024-01553-y.

3. Мкртчян Л. С., Иванов С. А., Кулиева Г. З. К., Замулаева И. А., Крикунова Л. И. Улучшение качества жизни больных раком шейки матки после лучевой и химиолучевой терапии // Радиация и риск (Бюллетень НРЭР). 2020. №1.

4. Мкртчян Л. С., Кукощ М. Ю., Бычкова А. Е., Аполихина И. А., Иванов С. А., Каприн А. Д., Замулаева И. А. Гиалуроновая кислота в коррекции генитоуринарного менопаузального синдрома у женщин после противоопухолевого лечения. Акушерство и гинекология. 2025;10:20–28. <https://doi.org/10.18565/aig.2025.192>

5. Севастьянов В.И., Перова Н.В. Биополимерный гетерогенный гидрогель СФЕРО®гель – инъекционный биодеградируемый имплантат для заместительной и регенеративной медицины. Практическая медицина. 2014;8:84:110-116.

6. Д.В. Давыдов, Л.К. Брижань, А.А. Керимов и соавт. Применение ортобиологических методов в лечении огнестрельных ранений конечностей / Травматология и ортопедия. – 2023, 59. – стр. 21-26

7. Балан В.Е., Краснопольская К.В., Оразов М.Р., Токтар Л.Р., Тихомирова Е.В. Коллагенотерапия пациенток с генитоуринарным менопаузальным синдромом – новая возможность в арсенале врача. Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20:4:65-75.

8. Sebastianov VI, Basok YB, Kirsanova LA, et al. A Comparison of the Capacity of Mesenchymal Stromal Cells for Cartilage Regeneration Depending on Collagen-Based Injectable Biomimetic Scaffold Type. Life. 2021; 11:756. <https://doi.org/10.3390/life11080756>

9. Замулаева И.А., Матчук О.Н., Мкртчян Л.С., Каприн А.Д. Гетерогенная коллагенсодержащая композиция: влияние на клетки рака шейки матки линии HeLa и оценка перспективности применения в онкологической практике. Research'n Practical Medicine Journal. 2024;11(3):8-23. <https://doi.org/10.17709/2410-1893-2024-11-3-1>.



# АНОГЕНИТАЛЬНЫЕ БОРОДАВКИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – ЧТО НОВОГО

Петунова Я. Г.<sup>1,2</sup>, Пирятинская А.Б.<sup>1,3</sup>, Кабушка Я.С.<sup>1</sup>, Требунская Н.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> СПб ГБУЗ «Городской клинический специализированный центр дерматовенерологии», г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup> ЧОУВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», г. Санкт-Петербург, Россия

## Введение

Инфекция вирусом папилломы человека (ВПЧ) ежегодно становится причиной 5% случаев рака в мире, поражая примерно 625 600 женщин и 69 400 мужчин онкологическими заболеваниями, ассоциированными с вирусом [1]. ВПЧ связан не только с раком шейки матки, но и анальным раком, раком вульвы/влагалища и раком предстательной железы [2]. Рак шейки матки (РШМ) в общей структуре онкологической заболеваемости в мире занимает 4-е ранговое место, а среди органов репродуктивной системы – 2-е место (13,3 %), уступая раку молочной железы (47,8 %). Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом РШМ составил в России в 2020 г. 52,5 года [3]. Более 95% случаев РШМ вызваны инфекцией ВПЧ [4].

## Цель

Провести анализ заболеваемости населения Санкт-Петербурга аногенитальными бородавками (далее – АГБ) за 2022-2024 годы, оценить возрастные характеристики среди впервые выявленных, сравнить заболеваемость населения Санкт-Петербурга и Москвы.

## Материалы и методы

Материал – статистические материалы ЦНИИОИЗ Минздрава РФ «Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи в 2022-2024 годах», методы – математическая обработка и статистический анализ.

## Результаты

За последние три года (2022 - 2024 гг.) отмечается стабильное снижение заболеваемости АГБ в Санкт-Петербурге на 13,6% (2022 г. – 47,20 на 100 тыс. нас.; 2023 г. – 42,57; 2024 г. - 40,80). Число впервые выявленных больных в 2022 году составило 2538 чел., из них самая многочисленная группа 18-29 лет – 48,9% (1240 чел.); 30-39 лет 31,6% (803); 40 и выше – 17,9% (455); 15-17 лет 1,5% (39) и 0-14 лет – 0,04% (1 человек). В 2023 году общее число выявленных составило 2384 человека, что на 6,1% меньше, чем в 2022, и самая многочисленная группа от 18 до 29 лет составила 48,2% (1149 чел.), 30-39 лет

- 31% (739); 40 и старше – 19,1% (456 чел.); 15-17 лет – 1,6% (39 человек) и 0-14 лет – 0,04% (1 человек). В 2024 году общее число выявленных составило 2284 человека, что на 10% меньше, чем в 2023. Пациенты в возрасте от 18 до 29 лет составили 46,3% (1058 чел.), 30-39 - 31,4% (718); 40 и старше – 20,8% (475 чел.); 15-17 лет – 1,4% (33 человека), 0-14 лет – 0. При анализе возрастной характеристики пациентов с АГБ за исследуемые 3 года выяснилось, что у женщин диагноз устанавливался в среднем в 1,6 раза чаще, чем у мужчин. В Москве показатель заболеваемости аногенитальными бородавками составил в 2022 году 19,3 на 100 тыс. нас. (2508 человек), в 2023 году – 20,0 (2630 чел.); в 2024 году – 19,5 (2565 чел.). Вакцинация против ВПЧ в Санкт-Петербурге была проведена в 2023 году 3588 чел., что составило 0,1% всего населения и 0,4% населения от 0 до 17 лет; в 2024 году – 5898 чел., что составило 0,2% всего населения города и 0,6% населения от 0 до 17 лет), причем по полу и возрасту при проведении вакцинации данные не анализировались.

## Обсуждение

Снижение уровня заболеваемости за 3 года на 13,6 % на 100 тыс. нас. произошло за счет уменьшения числа выявленных пациентов в возрасте 18-29 лет на 14,7%, снижения в возрасте 30-39 лет на 10,6% и роста в возрасте 40 лет и старше на 4,4%. Вызывает опасения стабильно высокий уровень заболеваемости в активном репродуктивном возрасте. Важен и постепенный рост пациентов 40 лет и старше, поскольку пик заболеваемости РШМ приходится на возрастные группы 30–55 лет, что связано с этиопатогенетическими факторами развития заболевания (инфицированность ВПЧ и инфекциями, передающимися половым путем, кофакторами – курение, высокое число родов и длительное использование оральных контрацептивов) [5].

## Заключение и выводы

несмотря на снижение уровня заболеваемости аногенитальными бородавками в Санкт-Петербурге, показатели остаются стабильно высокими, например, в 2-2,5 раза превышают показатели заболеваемости в Москве. Заболеваемость РШМ в Санкт-Петербурге ежегодно составляет 10,7 на 10 тыс. нас., что более



чем в 2 и 1,3 раза выше показателей Финляндии и Швеции соответственно [5]. Профилактическая вакцинация охватывает не более 0,6% населения и по-прежнему не доступна малообеспеченным категориям граждан. Возможно, пришло время ввести вакцинацию против ВПЧ в календарь прививок и заняться ее активным продвижением среди населения. В настоящем и будущем профилактика рака, связанного с ВПЧ, будет основываться, главным образом, на вакцинации против ВПЧ и молекулярных скрининговых тестах. Самое главное, что эти виды рака можно предотвратить и вылечить, если их выявить и лечить на ранней стадии.

#### Список литературы

1. Ehsan Zolfi, Farhood Khaleghi Mehr, Farhood Khaleghi Mehr, Farhood Khaleghi Mehr. A review of the carcinogenic potential of human papillomavirus (HPV) in urological cancers. //Virology Journal volume 2025; 22(1): 53.
2. Delon B et al. Brachytherapy for penile cancer: efficacy and impact on sexual function// Brachytherapy. 2014;13(4):380–7.
3. Кулиева Г.З., Мкртчян Л.С., Крикунова Л.И. и др. Эпидемиологические аспекты заболеваемости раком шейки матки и смертности от него (обзор литературы). Опухоли женской репродуктивной системы 2023; 19(3):77–84.
4. Goldstein A, Gersh M, Skovronsky G. et al. The Future of Cervical Cancer Screening. Int J Womens Health. 2024 Oct 23;16:1715-1731.
5. Мерабишвили В.М., Бахидзе Е.В., Урманчеева А.Ф., Берлев И.В. Рак шейки матки: сравнительное исследование заболеваемости, смертности и выживаемости в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации и в странах Северной Европы. Вопросы онкологии. 2024; 70(3): 470-480.



# СОВРЕМЕННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕРМАТОЗАХ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Потрясаева К.В.

Многопрофильная клиника «АБИА», г. Санкт-Петербург, Россия

## Введение

Женщины в разных возрастных группах встречаются с различными дерматозами вульвы, что значительно ухудшает их качество жизни.

1. Склерозирующий лихен вульвы (САЛ) встречается у пациенток разных возрастов.

Наиболее частые симптомы — это зуд и боль в аногенитальной области, структурные изменения кожи вульвы, вместе с диспареунией они оказывают значительное ухудшение на качество сексуальной жизни женщины.

Некоторая часть пациенток хорошо реагирует на лечение топическими глюкокортикоидами (ГК), прекращается зуд, но сохраняется диспареуния, так как сохраняются структурные изменения кожи аногенитальной области. Опыт применения CO2-лазера у пациенток с САЛ показал эффективность фракционного микроаблятивного CO2-лазера одновременно с применением топических ГК для лечения пациенток с САЛ.

2. ГУМС — генитоуринарный менопаузальный синдром — связан со снижением уровня эстрогена в организме, которые происходят в период наступления пери- и менопаузы, проявляется сухостью слизистой вульвы и влагалища, диспареунией, недержанием мочи различной степени. Фракционный CO2 лазер показал свою дополнительную эффективность у пациенток с применением местной гормональной терапии эстриолом при ГУМС, так же у пациенток с противопоказанием к применению гормональной терапии.

## Цель

Изучение эффективности фракционного микроаблятивного CO2 лазера для устранения клинических симптомов САЛ и ГУМС, а также для восстановления сексуальной функции женщин.

## Материалы и методы

Женщинам вместе с основным лечением САЛ и ГУМС было проведено фракционное микроаблятивное воздействие CO2-лазером на системе SMARTXIDE2 V2LR, DEKA.

Тяжесть симптомов оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), сексуальная функция оценивалась с помощью опросника "Индекс женской сексуальной функции" (FSFI).

## Результаты

В исследовании принимали участие 42 женщины с дерматозами аногенитальной области ( САЛ и ГУМС) в возрасте от 31 до 64х лет, которым было проведено лечение САЛ локальным глюкокортикоидом (0,05% клобетазол пропионат) и фракционное микроаблятивное воздействие CO2-лазером на системе SMARTXIDE2 V2LR, DEKA, лечение ГУМС локально микронизированным эстриолом и фракционное микроаблятивное воздействие CO2-лазером на системе SMARTXIDE2 V2LR, DEKA и без применения локального микронизированного эстриола. Результаты оценивались с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), сексуальная функция оценивалась с помощью опросника "Индекс женской сексуальной функции" (FSFI) через 3, 6, 12 месяцев с начала лечения. Наиболее выраженными симптомами до лазерного лечения были зуд, сухость в области вульвы и диспареуния, симптомы уменьшились после 1го сеанса лазерной терапии, полностью прекращались после 2й процедуры у 98% женщин.

## Обсуждение

Фракционный микроаблятивный лазер CO2 может быть активно применен у женщин с противопоказанием к гормональной терапии при лечении ГУМС. Так же благодаря микроабляции фракционный CO2 лазер эффективен в лечении САЛ за счет разрушения участков, пораженных дерматозом.

## Заключение

Исследование показало, что фракционный микроаблятивный CO2 лазер является эффективным дополнительным методом лечения, позволяющим быстрее устранить симптомы зуда, боли, атрофии в области поражений и улучшить качество кожи и слизистой вульвы, улучшить сексуальную функцию у женщин с дерматозами аногенитальной области вместе с применением топических ГК при САЛ и применением эстриола при ГУМС.

## Список литературы

1. Д.Дж.Голдберг, / Лазеро- и светолечение, том 1, (2010). США С 3-9
2. Светлана Янкович, Мария Ровчанин, Ана Томич, Александр Юришич, Загорка Милованович, Милена



Замурович / Понимание преимуществ CO2лазерного лечения вульвовагинальной атрофии. (2024)

3. Аполихина И.А., Соколова А.В., Балашов И.С., Чернуха Л.В., Ермакова Е.И. Лечение склерозирующего лихена вульвы фракционным CO2-лазером: проспективное клиническое исследование / Акушерство и гинекология: новости, мнения,

обучение. 2020. Т. 8, № 2. С. 48-58. DOI: 10.24411/2303-9698-2020-12004

4. Якобсен С., Главинд-Кристенсен М., Йенсен А. Б. и др. /Вагинальная CO2 лазерная терапия при мочеполовом синдроме у женщин, переживших рак молочной железы. Протокол исследования VagLaser: рандомизированное слепое плацебо-контролируемое исследование. BMC Cancer 23, 1164 (2023).



# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНОГО ОЧАГА КОИНФЕКЦИИ ВИЧ/СИФИЛИС С АНАЛИЗОМ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Прожерин С.В.

ГАУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Екатеринбург, Россия

## Введение

ВИЧ-инфекцию и сифилис объединяет общность путей передачи и сходство уязвимых групп населения. При таких обстоятельствах и в условиях роста численности людей, живущих с ВИЧ, развитие сочетанных поражений становится неизбежным. Ключевым звеном эпидемиологической работы в очагах коинфекции ВИЧ/сифилис является выявление и привлечение к обследованию контактных лиц, установление источника заражения. Однако можно лишь констатировать, что в современных реалиях проведение такой работы нередко затруднено по причине распространённости модели рискованного сексуального поведения в уязвимых когортах.

## Цель

Провести эпидемиологическое расследование семейного очага коинфекции ВИЧ/сифилис, проанализировать эффективность междисциплинарного взаимодействия специалистов по выявлению случаев сочетанной патологии.

## Материалы и методы

Объект исследования - полная семья из г. Екатеринбурга. Состав семьи - семья детей: четыре сына (Н. - 15, А. - 20, С. - 21 и Д. - 24 года) и три дочери (Л. - 13, А. - 18, Е. - 26 лет). Старшие сын Д. и дочь Е. проживают отдельно. Нулевым пациентом является пятнадцатилетний Н., который с жалобами на жидкий стул с примесью крови в течение последнего месяца поступил в стационар многопрофильной детской больницы. В отделении проведено обследование, включая анализ крови на наличие антител к ВИЧ, и 16.02.2023 получен положительный результат иммуноблоттинга. На следующий день Н. был доставлен на консультацию к врачу-инфекционисту в Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД (далее - ОЦ).

## Результаты

Н. осмотрен инфекционистом в присутствии своего законного представителя (матери). В ходе опроса установлено, что он страдает задержкой физического развития и состоит на учёте у невролога с диагнозами: резидуальная церебральная органическая недостаточность, дизартрия, синдром

дефицита внимания и гиперактивности. При сборе эпидемиологического анамнеза стало известно, что у него имелись половые контакты в пассивной роли со старшим братом С. на протяжении пяти лет. В соответствии с имеющимися инструкциями данная информация была передана в правоохранительные органы для проведения соответствующих мероприятий, а Н. назначен комплекс диагностических исследований согласно действующим клиническим рекомендациям (КР) «ВИЧ-инфекция у детей» и дополнительно с учётом половой жизни подростка - серологический скрининг на сифилис. После комплексной оценки эпидемиологических, клинических данных и результатов лабораторных исследований Н. диагностирована 3 стадия ВИЧ-инфекции (субклиническая) по российской клинической классификации.

При проверке сведений о контактных лицах в базе данных ОЦ выяснилось, что С. ранее проходил освидетельствование на ВИЧ при госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение психиатрического профиля, и у него 31.01.2023 был зарегистрирован положительный результат иммуноблоттинга.

Для постановки на учёт в ОЦ С. обратился 20.02.2023. Установлена 3 стадия ВИЧ-инфекции (субклиническая). Однополые сексуальные контакты отрицал, сообщал о гетеросексуальных случайных половых связях без использования презерватива. При осмотре инфекционист зафиксировал у С. папулёзные высыпания на коже туловища, конечностей, и ему в числе прочих исследований был взят анализ крови на сифилис.

К этому времени у Н. получен положительный результат всех проведённых серологических тестов на сифилис (РМП, РПГА, ИФА IgM+IgG). Из детской больницы его переводят в отделение венерологии УрНИИДВИИ, где диагностирован ранний сифилис скрытый, и назначено специфическое лечение.

В отношении С. возбуждено уголовное дело, он задержан, в следственном изоляторе ему подтверждён диагноз вторичного сифилиса кожи и слизистых оболочек.



К обследованию на ВИЧ-инфекцию и сифилис привлечены все члены семьи. Все оказались здоровы, за исключением 20-летнего А., у которого обнаружены вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек и стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции 2А (бессимптомная). При этом А. сообщил, что практикует исключительно гетеросексуальные половые контакты с случайными знакомыми, нередко без использования презервативов. Постоянной партнёрши нет, не смог предоставить сведения ни об одной из контактных женщин.

Дermатовенерологической службой выявлен дополнительный бытовой контакт Н., с которым он часто общался – юноша Л., 15 лет. Обследован, вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек, ВИЧ-инфекция (3 стадия). Позднее стало известно, что Л. также вступал с С. в половые связи в пассивной роли.

В рамках эпидемиологического расследования для установления причинно-следственных связей случаев ВИЧ-инфекции в семейном очаге были проведены генотипирование ВИЧ и последующий филогенетический анализ образцов Н., С., А. и Л. Результаты молекулярно-генетического исследования установили генетическую близость изолятов образцов только Н., С., Л., что свидетельствует о наличии эпидемиологической связи между ними.

Судебным решением родители лишены родительских прав, а С. назначено наказание в виде лишения свободы.

### Обсуждение

Согласно КР «ВИЧ-инфекция у взрослых» всем пациентам при постановке на диспансерный учёт по поводу ВИЧ-инфекции рекомендуется проведение определения антител к *T. pallidum* в крови, далее – ежегодно (при отсутствии дополнительных показаний). Такой подход позволяет врачам-инфекционистам активно выявлять случаи заболевания сифилисом у ВИЧ-позитивных пациентов старше 18 лет. Что касается детей, затронутых ВИЧ-инфекцией, то серологический скрининг на сифилис при их постановке на диспансерный учёт действующими КР «ВИЧ-инфекция у детей» не предусмотрен, в процессе наблюдения и проведения антиретровирусной терапии – только по показаниям. В

свою очередь врачи-дерматовенерологи рекомендуют проводить определение антител к ВИЧ в крови всем пациентам с вновь установленным диагнозом сифилиса (КР «Сифилис»).

В представленном случае только анализ крови на сифилис, назначенный с учетом половой жизни подростка, позволил выявить у него сопутствующую сифилитическую инфекцию, протекавшую без клинических проявлений. Между тем, статистика последних десятилетий убедительно свидетельствует о более раннем начале половой жизни в подростковом возрасте по сравнению с прошлым столетием. Это обстоятельство нельзя не учитывать при разработке нормативных документов. Привлечение к обследованию дерматовенерологической службой всех бытовых контактов пациента с сифилисом без учёта возраста позволило выявить дополнительные случаи сочетанного поражения.

### Заключение

Проблема обследования контактов пациентов с коинфекцией ВИЧ/сифилис является актуальной, требует внимания практикующих врачей и тщательности в выполнении этой работы. Для проведения эффективных эпидемиологических мероприятий в очагах коинфекции крайне важным является междисциплинарное взаимодействие дерматовенерологов и инфекционистов, а также соблюдение ими положений действующих нормативных документов и соответствующих клинических рекомендаций.

Обследование на ВИЧ-инфекцию больных сифилисом и наоборот позволяет активно выявлять случаи сочетанной патологии.

При постановке на диспансерный учёт по ВИЧ-инфекцией подростков, ведущих половую жизнь, целесообразно проводить серологический скрининг на сифилис; в дальнейшем повторять его каждые 12 месяцев.

Своевременное выявление и привлечение к лечению пациентов с коинфекцией ВИЧ/сифилис играет значимую роль в предупреждении дальнейшего распространения обоих заболеваний.



# ДЕРМАТОЗ, КОТОРЫЙ РАСПОЗНАЮТ НЕ СРАЗУ И НЕ КАЖДЫЙ КЛИНИЦИСТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАТОМИМИИ В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА)

Синцева Ю.А.

ООО «ИНМЕД», г. Пенза, Россия

## Описание случая

Пациентка 1985г, обратилась на прием в 2021г. с жалобами на язвы в области вульвы, которые заживали с грубым рубцеванием. Считает себя больной с 2018г, когда появились подобные элементы на коже паховой области после установки ВМС Мирена. Последующие обострения и появление язв связывала с менструацией. ИППП, ВИЧ, сифилис отрицательные. В 2020г выставлен диагноз инверсные акне, назначен сотрет, на фоне которого усилилась сухость кожи и появились новые элементы. При биопсии кожи выявили папиллому, направлена на прием к гинекологу. На момент (рис.1) осмотра язва на БПГ с четкими краями, а также рубцовые дефекты от старых высыпаний.



Рис. 1. Элементы при первичном обращении 2021г.

При детальном опросе и изучении документации выясниено, что за период с 2021г по 2024г выставлялись диагнозы: 2021г пемфигоид, 2022 рецидивирующая язвенно-некротическая пиодермия? Проведена биопсия вульвы и консультация онколога в ООД: Гистолог 6.10.2022 в материале эпителий не прослеживается, замещен некротической тканью, подлежащие структуры представлены фиброзной тканью с дистрофическими изменениями, обилием щелевидных разнокалиберных сосудов. 2023г. фтизиохирург - туберкулез кожи? (в анамнезе туберкулез легких 2010), 2023 – гангренозная

пиодермия. В 2023г при очередной госпитализации была санитарка увидела в туалете как пациентка наносит повреждения себе.

В 2025г из беседы с пациенткой установлено, что данные повреждение пациентка наносила себе самостоятельно: «Скажу сразу, это все же изначально не совсем язвы, просто образования сопровождались жутким зудом и какими-то болями, я просто на стены лезла, как говорится. Так что я их или расчесывала или выдирала (и до сих пор иногда) при помощи кусочек маникюрных, это хотя бы приносило облегчение».

На момент осмотра (рис.2) в 2025г поражение в виде эрозивно-язвенного дефекта с грубыми рубцами, занимает практически всю площадь вульвы. Таким образом имеет место артефактный дерматит. Важной особенностью данного случая является наличие синдрома сверхценной ипохондрии, при котором пациенты утверждают, что отдельные участки кожи, чаще ограниченные небольшим участком, «стали отчужденными», ведут себя не как единое целое с остальным организмом, что в этих участках кто-то живет или появилось патологическое новообразование, что этот кто-то или что-то подлежит непременному удалению (телесные фантазии). «Постоянно нарастают как корки, я их там выдираю, например, они очень быстро нарастают новые, эти образования как будто какие-то мелкие хрящики выдираю, вырезаю из себя плотные». При котором пациенты утверждают, что их болезнь новая, неизученная! «Я загадка природы». При отсутствии психиатрического лечения язвы непременно будут распространяться дальше, формируя постепенно полифокальность, если таковой не было в начале болезни, что и представлено в конкретном случае [1].



**Рис. 2.** Состояние вульвы 2025г

#### Определение

Патомимия — искусственный (артифициальный) дерматит, возникающий вследствие нанесения самоповреждений кожи и ее придатков [2]. Пациенты намеренно создают повреждения на коже, волосах, ногтях или слизистых оболочках, чтобы удовлетворить психологические потребности, привлечь к себе внимание или избежать ответственности, при этом часто отрицают свою причастность к этому, что затрудняет диагностику. Это состояние может имитировать другие хронические заболевания кожи, и его следует учитывать при дифференциальной диагностике непонятных рецидивирующих дерматозов.

#### Диагностика

Основной диагностический критерий для распознавания патомимии — это отсутствие первичных морфологических элементов. Обычно при описании локального статуса определяются вторичные морфологические элементы сыпи в виде язв, эрозий, гипертрофических и атрофических рубцов и экскориаций. Причудливые, геометрически неправильные очертания высыпаний, их линеарный, многоугольный характер, различный размер элементов, а также наличие инфильтраций и четких границ, при отсутствии острого воспаления являются наиболее достоверными критериями в аспекте дерматологической диагностики патомимии. При патогистологическом исследовании тканей очага поражения выявляют только признаки неспецифического хронического воспаления кожи [3]. Классические места локализации дерматита включают в себя следующее: лицо, наиболее распространенное, нижняя конечность (второе по распространённости место), кисти и предплечья (третье по распространённости), туловище, предплечье и плечо, голова и шея [4]. Неспособность пациентов рассказать о происхождении своих высыпаний или отсутствие у них интереса к этой теме не позволяют дерматологу составить чёткое представление о ситуации. Рассказ

пациента о высыпаниях иногда настолько бессодержателен, что Гэнди ввёл термин «пустой анамнез». Пациент выражает своё недоумение по поводу происходящего в резких и враждебных выражениях, и новые высыпания будут появляться до тех пор, пока сохраняются благоприятные условия, то есть пока пациент находится в уединении и имеет доступ к необходимым материалам. Другой термин, используемый при артефактном дерматите, — мелодическое пророчество, то есть предсказания пациентов о том, когда и где появятся новые высыпания [5].

#### Заключение

Артефактный дерматит — это редко диагностируемое заболевание, которое часто вызывает недоумение и беспокойство у дерматологов, поскольку они знают о причинах этого состояния, вызванного самим пациентом, меньше, чем сами пациенты. Оно отличается от других кожных заболеваний тем, что диагноз ставится методом исключения, а не на основании гистологических и биохимических исследований, и поэтому требует значительных затрат времени и ресурсов [5].

#### Список литературы

1. Яковлев А.Б. Артифициальный дерматит и его осложнения: особенности диагностики и терапии. Медицинский алфавит. 2021; (27): 70–76.
2. Смулевич А.Б., Дороженок И.Ю., Иванов О.Л., Львов А.Н. Проблемы психодерматологии: современные аспекты, 18.08.2021 Научный центр психического здоровья РАМН
3. Паскевич П.В., Безукладнова А.А., Шубина А.С., Бочкарев Ю.М. Клинический случай патомимии в практике врача дерматовенеролога V Международная (75 Всероссийская) научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»
4. Eugenia Veronica Di Brizzi, Gianluca Ficca, Vincenzo Piccolo, Camila Scharf, Giulia Briatico, Sebastiano Pellerone, Giuseppe Argenziano Dermatitis Artefacta: A Retrospective Descriptive Study on 46 Patients Dermatol Pract Concept 2024 Apr 1;14
5. A Rodríguez Pichardo, B García Bravo Dermatitis artefacta: a review. Actas Dermosifiliogr 2013 Dec;104(10):854-66. doi: 10.1016/j.ad.2012.10.004.
6. Veena Chandran, George Kurien Dermatitis Artefacta In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. 2022 Jul 12.
7. Madhulika A. Gupta MD, MSc, FRCPC a, Aditya K. Gupta MD, PhD, FRCPC b Self-induced dermatoses: A great imitator. Clinics in Dermatology Volume 37, Issue 3, May–June 2019, Pages 268-277
8. Шавловская О.А. Синдромы самоповреждения кожи (невротические экскориации) психопатология в

5-6  
ДЕКАБРЯ  
2025

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

# ДЕРМАТОЗЫ АНОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ АЛГОРИТМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ



дерматологии / psychopathology in dermatology  
CONSILIUM MEDICUM. Дерматология 2015 | №1

9. Singh, Surender; Chikhalkar, Siddhi; Kabbannavar, Yallappa R. Dermatitis artefacta: A diagnostic dilemma.

Indian Journal of Psychiatry 65(6): p 703-705, June 2023.  
| DOI: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\_54\_23



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМОРБИДНОСТИ ВИТИЛИГИОЗНОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА С ВИТИЛИГО

Степанова Н.О., Амбарцумян Р.Л., Погожева А.В.

ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар, Россия

## Аннотация

В данной статье описан клинический случай коморбидности витилигиозной формы склероатрофического лихена с витилиго. Обнаружены характерные признаки обоих дерматозов. Такой случай подчеркивает необходимость внимательного наблюдения за пациентами с множественными аутоиммунными и дерматологическими заболеваниями.

**Ключевые слова:** склероатрофический лихен, коморбидность, витилиго, рубцовый фимоз, клинический случай.

## Введение

Склероатрофический лихен Цумбуша (СЛ) – один из видов очаговой склеродермии, при котором поражается кожа и слизистые оболочки в виде белых атрофических бляшек. Течение склероатрофического лихена может осложняться коморбидностью. Развитие других аутоиммунных заболеваний у пациентов, таких как витилиго, подтверждает эту точку зрения [1]. Витилигиозная форма склероатрофического лихена может вызвать затруднения в постановке диагноза СЛ при наличии у пациента диагноза витилиго [2]. В связи с этим диагноз СЛ устанавливается при уже имеющихся осложнениях.

## Цель

Представить случай коморбидности витилигиозной формы склероатрофического лихена с витилиго.

## Материалы и методы

Мужчина 28 лет с СЛ полового члена и витилиго в анамнезе.

## Результаты

Пациент 28 лет, обратился с жалобами на побледнение кожи головки полового члена, нарушение мочеиспускания, болезненность во время полового акта, которые сохранялись на протяжении нескольких месяцев. В анамнезе витилиго с 20 лет. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. При осмотре отмечаются типичные депигментированные очаги на коже лица, туловища, ягодицах, генитальной области, на головке полового члена (Рис. 1,2) – очагами поверхностной атрофии и депигментации, рубцовый фимоз. По результатам гистологического

исследования (эпидермис истончен с вакуолизацией базальных эпителиоцитов, широкой полосой гомогенизированной гиализированной дермы субэпидермально, лимфогистиоцитарным инфильтратом непосредственно под ней. В верхних отделах дермы визуализируются меланофаги[3]) выставлен диагноз - СЛ. Назначена терапия: топическими глюокортикоидами (мазь мометазона фуроата 0,1%) с последующим переходом на топические ингибитора кальциневрина (мазь такролимус 0,1%). Рекомендована консультация уролога, хирурга для дальнейшего лечения фимоза.

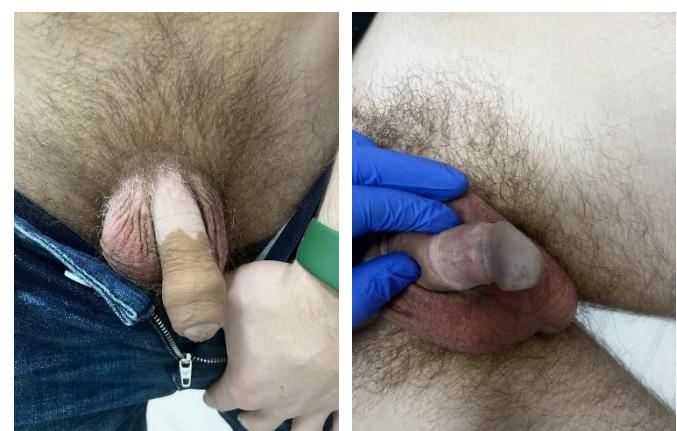


Рис.1, Рис.2. Депигментированные очаги на генитальной области, на головке полового члена

## Обсуждение

Опытные специалисты по типичной клинической картине в виде белесоватых пятен и жалоб на зуд достаточно быстро выставляют диагноз СЛ, однако, при коморбидном заболевании витилиго возможны диагностические ошибки.

## Заключение

Представленный нами клинический случай говорит о необходимости дальнейшего изучения коморбидности для своевременного распознавания и лечения СЛ.

## Список литературы

1. Круглова Л.С. Патогенетические аспекты терапии ограниченной склеродермии // Клиническая дерматология и венерология. 2011. Т. 9. № 6. С. 72–78. Кунгурев Н.В., Филимонкова Н.Н., Кохан М.М.



Дифференциальная диагностика склеродермоподобных заболеваний кожи. Вестник дерматологии и венерологии. 2022;(1):15-23.

2. Кашеваров, Д. Ф. Проблема коморбидности при склероатрофическом лихене / Д. Ф. Кашеваров // Вестник последипломного медицинского образования. – 2020. – № 1. – С. 9-11. – EDN SWXXFF. Панюкова С.О., Разнатовский К.И. Облитерирующий

ксеротический баланит: клиническое наблюдение и тактика ведения. Урология. 2021;(3):112-115.

3. Кузьменко-Москвина, Ю. А. Морфологическая, иммуногистохимическая и иммунофлюоресцентная диагностика типичных ранних и поздних элементов склероатрофического лихена / Ю. А. Кузьменко-Москвина // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2018. – Т. 17, № 6. – С. 55-63. – DOI 10.22263/2312-4156.2018.6.55. – EDN



# RED FLAGS АНОГЕНИТАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ТРЕБУЮЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ НЕОПЛАЗИИ

Тымчук С.С., Смирнова И.О.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

## Введение

Дифференциальная диагностика аногенитальных дерматозов остаётся одной из наиболее сложных задач современной дерматовенерологии [1, 2]. Хронические воспалительные заболевания — склероатрофический лихен, красный плоский лишай, псориаз, экзематозные процессы — нередко маскируют предраковые или ранние злокачественные изменения [3, 4]. Клиническое сходство воспалительных и неопластических поражений приводит к диагностическим ошибкам и поздней постановке диагноза [5]. В последние годы отмечается рост числа случаев поздней диагностики неоплазий аногенитальной области, особенно у пациенток с длительным течением хронических дерматозов, несмотря на наличие современных гайдлайнов (EADV, ISSVD, ICCDV, AAD) [1, 2, 9]. Это подчёркивает необходимость клинического пересмотра настораживающих признаков ("red flags") [10].

## Цель

Провести сравнительный анализ современных данных литературы последних пяти лет о клинических признаках, требующих исключения неоплазии при хронических аногенитальных дерматозах, с акцентом на практические аспекты ранней диагностики и маршрутизации пациентов.

## Материалы и методы

Проведён анализ 42 публикаций 2019–2025 гг. в базах PubMed и Scopus, включавших систематические обзоры, оригинальные исследования и клинические руководства (JAAD, J Eur Acad Dermatol Venereol, Br J Dermatol, Int J Gynecol Pathol) [1–11]. Проведено сопоставление критерии морфологической верификации и настораживающих признаков, указанных в рекомендациях ICCDV, ISSVD, EADV и AAD [1–3, 9], с данными оригинальных исследований [4–8, 10, 11].

## Результаты

Наиболее часто под маской воспаления протекают дифференцированная интраэпителиальная неоплазия (dVIN), болезнь Педжета и ранняя плоскоклеточная карцинома [4, 5, 8].

Клинические признаки, требующие онконастороженности:

- асимметрия или ограниченный очаг инфильтрации;
- персистирующие эрозии, изъязвления, кровоточивость;
- появление нового пигментированного, обесцвеченного или уплотнённого участка;
- отсутствие эффекта от адекватной терапии в течение 4–6 недель;
- сочетание атрофии с очагами гиперкератоза или инфильтрации;
- появление боли, жжения или контактного кровотечения у ранее бессимптомных пациентов;
- изменения рельефа и архитектуры аногенитальной области [10].

Согласно международным рекомендациям, наличие любого из указанных признаков является основанием для прицельной биопсии [1–3, 9]. Особое внимание уделяется сочетанию хронических воспалительных заболеваний с ВПЧ-инфекцией, что повышает риск эпителиальной трансформации [11].

## Обсуждение

Результаты анализа подтверждают, что большинство диагностических ошибок связано с недооценкой клинических red flags и недостаточной междисциплинарной коммуникацией между дерматологами, гинекологами и патологами [5, 10]. Несмотря на обновлённые гайдлайны (ISSVD 2023, EADV 2024, ICCDV 2024), их принципы часто не интегрированы в клиническую практику [1–3].

Выделение и систематизация настораживающих признаков позволяют унифицировать подход к ранней диагностике и формировать алгоритм действий врача при подозрении на неопластический процесс [10].

## Заключение

Ранняя диагностика неоплазий аногенитальной области невозможна без клинической настороженности и системного мышления врача.

Внедрение концепции "red flags" в практику дерматологов и гинекологов, а также междисциплинарное обсуждение сложных случаев должны стать обязательной частью маршрутизации пациентов с хроническими дерматозами аногенитальной области [5, 10].



Распространение этих знаний повышает качество диагностики и позволяет предотвращать прогрессирование предопухолевых состояний [4, 11].

**Список литературы**

1. EADV Guidelines Committee. EADV Guidelines on Vulvar Dermatoses. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2024;38(3):345–359.
2. ICCDV Task Force. Vulvar dermatoses: diagnostic pitfalls and malignancy risk. *ICCDV Clinical Consensus*. 2024.
3. ISSVD Committee on Classification. Update on Vulvar Intraepithelial Neoplasia. *J Low Genit Tract Dis*. 2023;27(1):45–54.
4. Goldstein A.T., Marinoff S.C., Haefner H.K., et al. Early recognition of vulvar squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86(4):711–720.
5. Van der Meulen J.F., de Hullu J.A., Bekkers R.L., et al. Diagnostic delay in vulvar cancer and the role of red flag symptoms. *Br J Dermatol*. 2021;185(5):925–934.
6. Fistarol S.K., Itin P.H. Diagnosis and treatment of lichen sclerosus: an update. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22(2):141–156.
7. Cohen L.G., Margesson L.J., Bornstein J., et al. Lichen planus of the vulva: distinguishing features and malignant potential. *Int J Gynecol Pathol*. 2022;41(4):305–312.
8. Simpson R.C., Patel M., Green J.S., et al. Vulvar Paget's disease: clinical features and management strategies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(8):1543–1553.
9. AAD Clinical Guidelines Committee. Approach to chronic vulvar dermatoses. *JAAD Case Rep*. 2023;9(1):12–20.
10. McPherson T., Long S., Leclair C.M., et al. Red flag lesions in genital dermatology: when to biopsy. *Clin Exp Dermatol*. 2020;45(8):897–904.
11. De Luca N., Caruana G., Rossi M., et al. HPV-associated vulvar lesions: pathways to malignancy. *Gynecol Oncol*. 2024;174(1):22–30.



# ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ПЕРИАНАЛЬНОГО ЗУДА

Черняевский И.И.

АНПОО «Центр профессионально обучения и развития в медицине», г. Краснодар, Россия

## Введение

Перианальный зуд представляет собой мультифакториальный симптом, значительное место в развитии которого отводится психоэмоциональным нарушениям. Стress, тревожные и депрессивные расстройства могут выступать как в роли триггера, так и в качестве фактора, усугубляющего течение дерматоза, формируя порочный круг «зуд-тревога-зуд» [1]. Изучение данной взаимосвязи является актуальной задачей для разработки комплексных подходов к терапии.

## Цель

Оценить влияние психоэмоционального статуса на возникновение и выраженность перианального зуда у пациентов среднего возраста.

## Материалы и методы

В исследование включено 23 пациента (13 женщин, 10 мужчин) в возрасте от 43 до 55 лет с жалобами на перианальный зуд длительностью более 3 месяцев. Для объективной оценки интенсивности зуда использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Психоэмоциональный статус оценивался с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Все пациенты были обследованы для исключения органической патологии (глистная инвазия, геморрой, проктит, дерматозы).

## Результаты

По данным шкалы HADS, у 18 (78,3%) пациентов была выявлена клинически значимая тревога ( $\geq 11$  баллов), у 12 (52,2%) – депрессия ( $\geq 11$  баллов). Выявлена прямая корреляционная связь средней силы между показателями тревоги и интенсивностью зуда по ВАШ ( $r=0,67$ ;  $p<0,05$ ). У пациентов с коморбидной тревогой и депрессией средний балл по ВАШ составил  $8,2\pm1,1$ , что было достоверно выше ( $p<0,05$ ), чем у пациентов без выраженных психоэмоциональных нарушений ( $4,5\pm1,4$ ). У 7 (30,4%) пациентов манифестация зуда совпала с перенесенным острым психоэмоциональным стрессом.

## Обсуждение

Полученные результаты подтверждают значимую роль психоэмоционального фактора в генезе перианального зуда. Высокая распространенность тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с хроническим зудом согласуется с данными о том, что кожные заболевания часто сопровождаются выраженным психосоматическими реакциями [1, 2]. Выявленная корреляция демонстрирует, что психологический дистресс не только сопровождает зуд, но и потенциально усиливает его восприятие, что характерно для патогенеза многих хронических дерматозов [2, 3]. Это подчеркивает необходимость включения в алгоритм ведения таких пациентов консультации психотерапевта или назначения анксиолитиков.

## Заключение

Психоэмоциональные нарушения, в частности тревога и депрессия, являются значимым провоцирующим и отягчающим фактором при перианальном зуде у пациентов среднего возраста. Комплексный подход к лечению, включающий не только местную противозудную терапию, но и коррекцию психологического статуса, может существенно повысить его эффективность и улучшить качество жизни пациентов [2, 3].

## Список литературы

1. Дворянкова Е.В., Горячкина М.В., Рагимова З.Э. / Особенности психоэмоционального статуса у дерматологических больных. // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2007. – №3. – С. 52-55.
2. Зайнуллина О.Н., Хисматуллина З.Р., Красильникова Е.С. / Качество жизни и психоэмоциональные нарушения при заболеваниях кожи. // Современные проблемы науки и образования. – 2023. – №6. – С. 160.
3. Мухачева Д.А., Разнатовский К.И. / Психоэмоциональный статус у больных атопическим дерматитом. // Проблемы медицинской микологии. – 2023. – Т.25. – №2. – С. 148



# ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ НА ОСНОВЕ БЕНЗИЛДИМЕТИЛ [3-(МИРИСТОИЛАМИНО)ПРОПИЛ] АММОНИЯ ХЛОРИДА МОНОГИДРАТА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Чернявский И.И.

АНПОО «Центр профессионально обучения и развития в медицине», г. Краснодар, Россия

## Введение

Перианальный дерматит представляет собой распространенную проблему в практике врача-дерматовенеролога и колопроктолога. Его этиология разнообразна и включает бактериальную, грибковую инфекцию, а также их сочетание (смешанный характер), что затрудняет выбор эффективной терапии [1, 2]. Актуальность поиска универсальных антисептических средств, обладающих широким спектром антимикробной активности и способствующих регенерации тканей, остается высокой [3].

## Цель

Оценить клиническую эффективность и переносимость мази на основе бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммония хлорида моногидрата у пациентов с перианальными дерматитами бактериального, грибкового и смешанного генеза.

## Материалы и методы

Проведено проспективное открытое неконтролируемое исследование, в которое включено 25 пациентов в возрасте от 25 до 45 лет с верифицированным диагнозом перианального дерматита. Этиология заболевания устанавливалась на основании клинической картины и данных микробиологического исследования (микроскопия и посев) и распределялась следующим образом: бактериальная – 9 человек, грибковая (*Candida spp.*) – 8 человек, смешанная – 8 человек. Всем пациентам назначалась мазь, содержащая бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммония хлорида моногидрат, 2 раза в сутки тонким слоем на пораженный участок в течение 14 дней. Оценка эффективности проводилась на 7-й и 14-й день на основании динамики клинических симптомов (гиперемия, отек, зуд, мокнущие) по 4-балльной шкале (0 – отсутствие, 3 – выраженная интенсивность) и данных контрольного микробиологического исследования.

## Результаты

На 7-й день терапии у 22 (88%) пациентов отмечена положительная динамика: значительное уменьшение гиперемии и зуда (средний балл снизился с  $2.4 \pm 0.3$  до  $1.1 \pm 0.2$ ,  $p < 0.05$ ). К 14-му дню лечения у 24 (96%) пациентов достигнута полная клиническая ремиссия с исчезновением всех субъективных и объективных симптомов. Микробиологический контроль подтвердил элиминацию патогенных микроорганизмов у 23 (92%) пациентов. В одном случае при дерматите смешанной этиологии потребовалась коррекция терапии в связи с недостаточным эффектом. Нежелательных явлений и реакций непереносимости не зарегистрировано.

## Обсуждение

Полученные данные демонстрируют высокую эффективность мази на основе бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммония хлорида моногидрата в лечении перианальных дерматитов различной этиологии. Широкий спектр антимикробной активности действующего вещества, охватывающий как грамположительные и грамотрицательные бактерии, так и грибы рода *Candida*, позволяет применять его при смешанных инфекциях без необходимости комбинации нескольких средств, что особенно актуально в стартовой терапии до получения результатов микробиологического исследования [1, 4]. Хорошая переносимость и отсутствие местно-раздражающего действия, отмеченные в нашем исследовании, согласуются с важностью щадящего ухода при лечении аногенитального зуда и воспаления [3].

## Заключение

Мазь, содержащая бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил]аммония хлорида моногидрат, является высокоэффективным и безопасным средством для монотерапии перианальных дерматитов бактериальной, грибковой и смешанной этиологии, что подтверждается быстрым купированием симптомов и высокой частотой достижения клинико-микробиологической ремиссии.



Препарат может быть рекомендован в качестве стартовой эмпирической терапии в алгоритме ведения пациентов с дерматозами аногенитальной области [2].

**Список литературы**

1. Хрянин А.А., Маркарьян Д.Р., Гарманова Т.Н., Бочарова В.К. / Дерматозы перианальной области. Часть 1. // Медицинский алфавит. – 2021. – Т.20. – №3. – С. 69-75.
2. Перламутров Ю.Н., Василенко Т.В., Ольховская К.Б. / Принципы диагностики и терапии аногенитального зуда у женщин. // Медицинский алфавит. – 2019. – Т.2. – №26. – С. 73.
3. Сакания Л.Р., Бадлуева К.В., Корсунская И.М. / Роль средств ухода при аногенитальном зуде. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2023. – Т.22. – №5. – С. 606-609.
4. Сергеев А.Ю., Сергеев В.Ю. / Молекулярные основы и доказательный опыт комбинированной терапии инфекционно-воспалительных дерматозов: учебное пособие. – М.: Общественная национальная академия микологии, 2018. – 112 с.



# СПИСОК АВТОРОВ

Гах Я.Д., Карабулат К.М.	5
Когадей А.Ю.	7
Мкртчян Л.С., Хайлова Ж.В., Иванов С.А.	9
Петунова Я. Г., Пирятинская А.Б., Кабушка Я.С., Требунская Н.А.	11
Потрясаева К.В.	13
Прожерин С.В.	15
Синцева Ю.А.	17
Степанова Н.О., Амбарцумян Р.Л., Погожева А.В.	20
Тымчук С.С., Смирнова И.О.	22
Чернявский И.И.	24
Чернявский И.И.	25