

у мужчин статистической значимости не наблюдали ( $p > 0,05$ ). Определена прямая корреляционная связь ( $p < 0,01$ ) между индексом SCORAD и показателем кратности повышения общего IgE в сыворотке крови у больных АтД. Установлены различия показателей кратности увеличения общего IgE при разных типах ЛН ( $p > 0,05$ ), с максимальным «размахом» значений этих показателей при первичной ЛН.

**Выводы.** Полученные данные могут быть использованы с целью оптимизации лечения и долговременного контроля АтД.

## ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ВЫБОРА ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТИТОВ КРУПНЫХ СКЛАДКОВ

Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт»; Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава РФ Санкт-Петербург

Согомонян Л. М., Чаплыгин А. В., Чаплыгин К. А., Серебрякова И. С.

**Актуальность.** Вследствие частой встречаемости дерматитов крупных складок актуален вопрос терапии данной патологии. При этом необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности кожи крупных складок, для которой характерна склонность к мацерации и механическому повреждению, что создает условия для формирования особого микробиома. Микробиом кожи складок более вариабелен, чем на гладкой коже, и часто включает условно-патогенные штаммы бактерий и грибы, к которым часто транзитивно присоединяются патогенные штаммы микроорганизмов и грибковые патогены. Важно, что клинические картины интертригинозных дерматитов плохо различимы. На практике это приводит к необходимости применения комбинированной терапии: с одной стороны — эмпирической синдромальной терапии дерматита, с другой — эрадикационной этиотропной терапии. Оптимальным вариантом являются официальные комбинированные препараты для топической терапии с фиксированной комбинацией лекарственных средств. **Цель исследования:** оценить эффективность применения комбинированных топических средств у пациентов с интертригинозными поражениями различной этиологии в области крупных складок. Для исследования был выбран топический комбинированный препарат с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата (ТГКС III класса по Т. Luger, 2013) и 1% изоконазола нитрата (антимикотик широкого спектра действия, с бактериостатическим эффектом).

**Задача исследования:** оценить эффективность и безопасность применения фиксированной комбинации 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата в виде крема при топической терапии у пациентов с дерматитами в области крупных складок.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 32 пациента с интертригинозным дерматитом сочетанной этиологии с длительностью заболевания не менее 5 суток (18 женского, 14 мужского пола), в возрасте от 18 до 50 лет, ранее не получавшие топический комбинированный препарат с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата в виде крема. Системная терапия пациентам не проводилась. Клиническая картина характеризовалась наличием эритемы в крупных складках кожи (под молочными железами, паховые, бедренно-мошоночные, межъягодичные складки), с мацерацией, трещинами, эрозиями, шелушением, воспалительными папулами по периферии. Для лечения применялся в виде монотерапии в виде крема топический комбинированный препарат с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата, наносимый 2 раза в день утром и вечером на очаги поражения кожи курсом до 2 недель. Оценку результатов лечения проводили через 5, 10 и 15 дней от начала терапии.

**Результаты.** На 5-е сутки применения крема с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата у всех пациентов отмечалось частичное разрешение высыпаний со снижением интенсивности зуда и жжения (по субъективной шкале с 8,4 балла до 4,1 балла); на 10-е сутки полное разрешение отмечено у 62,5% (20 чел.) пациентов, у оставшихся дальнейшее разрешение высыпаний со снижением индекса зуда до 2,2 балла. На 15-е сутки у 100% отмечалось клиническое выздоровление, частично с ис-

ходом во вторичную пигментацию. Через 1 месяц после окончания терапии клинический эффект сохранялся у всех пациентов. Нежелательные явления на всем протяжении терапии отсутствовали.

**Выводы.** Показана высокая эффективность и безопасность применения топического комбинированного препарата с фиксированной комбинацией 0,1% дифлукорталона валерата и 1% изоконазола нитрата в виде крема в терапии интертригинозных дерматитов сочетанной этиологии в области крупных складок.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА У ПАЦИЕНТА С РЕФРАКТЕРНЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА РОУЭЛЛА

Белорусский государственный медицинский университет, Минский городской клинический центр дерматовенерологии Минск

Ходаковский В. А., Музыченко А. П., Мартинова И. В.

**Введение.** Синдром Роуэлла (СР) можно рассматривать как гиперреактивный ответ организма на аутоиммунное заболевание, характеризующийся симптомокомплексом, который включает в себя проявление дискоидной или системной формы красной волчанки (КВ) и многоформной эксудативной эритемы (МЭЭ). Отличительными иммунологическими характеристиками являются крапчатый тип свечения антиядерного фактора, наличие антител к Ro/SSA или La/SSB и позитивность ревматоидного фактора. При классическом варианте МЭЭ не имеет взаимосвязи с какими-либо специфическими серологическими изменениями, обычно наблюдаемыми при аутоиммунных заболеваниях. При отсутствии триггерных факторов сочетание МЭЭ с КВ считается диагностическим критерием СР. Учитывая редкость нозологии, утвержденных схем лечения нет. По данным литературы, в терапии СР применяются глюкокортикостероиды, цитостатические и антималярийные лекарственные препараты.

Клиническое наблюдение. Пациентка Ф., 57 лет, считает себя больной около 8 лет, когда впервые отметила появление симметричных высыпаний на верхних конечностях, сопровождающихся зудом. Пациентка обратилась за медицинской помощью, ей была выполнена биопсия. Морфологическая картина была характерна для пограничного паттерна, который может наблюдаться при диссеминированной форме красной волчанки и многоформной эксудативной эритеме. Пациентке был выставлен диагноз «красная волчанка» и назначены преднизолон и гидроксихлорохин. Заболевание прогрессировало: на коже спины, правой щеки, груди, плеч появились сливающиеся воспалительные пятна, инфильтрированные бляшки овоидной формы с чешуйко-корками по периферии и легкой атрофией в центре очагов. Несмотря на лечение, пациентка отмечала обострения около 3 раз в год, сопровождающиеся госпитализацией (более 20 раз). На основании результатов иммунологического обследования (АТ к SS-A — положительные, АТ к СЕНР В — положительные, АТ к Scl-70 — пограничные, АТ к PCNA — пограничные) и последней биопсии морфологическая картина была более характерна для синдрома Роуэлла (ввиду пограничного паттерна с дискератозом и сателлитарным клеточным некрозом кератиноцитов, а также выраженных повреждений верхних отделов шиповатого слоя, что обычно не наблюдается при изолированной волчанке) с признаками хронизации процесса. На протяжении всего времени пациентка получала иммуносупрессивную терапию в виде глюкокортикостероидов (преднизолон, метилпреднизолон, бетаметазон), иммунодепрессантов (метотрексат, циклоспорин, азатиоприн), сульфоновых (дапсон) и противомаларийных (гидроксихлорохин) препаратов. В связи с недостаточной эффективностью проводимой терапии, развитием побочных реакций и наличием отчетливой стероидзависимости пациентке был назначен иммунодепрессант антималярийного типа микофенолата мофетил 1000 мг/сутки на фоне снижения глюкокортикоидов до поддерживающей дозы (6 мг метилпреднизолона) с достижением клинической ремиссии в течение 5 недель терапии.

**Заключение.** Хорошая переносимость и стероидсберегающий эффект микофенолата мофетила позволяют рассматривать его в качестве альтернативной терапии синдрома Роуэлла с рефрактерным течением.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

17

ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД  
НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ  
И КОСМЕТОЛОГОВ

СБОРНИК ТРУДОВ

18–20 марта 2024

Москва