

применения плазмафереза в лечении данного заболевания. Использование системных кортикостероидов с иммуносупрессией или без нее является основой лечения ВП. Однако все еще есть пациенты, которые принимают максимально допустимые дозы кортикостероидов без видимого эффекта. Комбинированная терапия плазмаферезом и иммунодепрессантами, по-видимому, приводит к стойкой ремиссии и доводит заболевание до уровня, который можно контролировать с помощью кортикостероидов, а также дает возможность снижения дозы кортикостероидов, а, следовательно, и побочных эффектов от них.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОСПОРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Белорусский государственный медицинский университет, Минский городской клинический центр дерматовенерологии Минск

Ходаковский В. А., Музыченко А. П., Страпко Е. В.

**Введение.** Циклоспорин — лекарственный препарат, обладающий иммуносупрессивным и противовоспалительным действием, представляющий собой нейтральный липофильный циклический ундекапептид. Механизм его действия основан на ингибировании транскрипции гена интерлейкина IL-2 после антигенного воздействия. Интерлейкин IL-2 является первичным фактором роста Т-лимфоцитов, следовательно, антиген-стимулированные Т-клетки не подвергаются митозу. Таким образом, циклоспорин предотвращает образование антигенспецифической популяции Т-клеток, способных координировать иммунный ответ. В последние годы его эффективность была признана при лечении различных дерматозов, включая псориаз, экзему, атопический дерматит и других иммуновоспалительных заболеваний. Клиническое наблюдение. Приводим собственные клинические наблюдения. Пациент Г., 17 лет, страдает атопическим дерматитом длительно, с раннего детства, с периодическими обострениями. Локально на коже лица, шеи, туловища, конечностей множественные эритематозно-сквамозные очаги, геморрагические корки, эксориации, лихенификация. Пациенту неоднократно проводилось медикаментозное лечение антигистаминными препаратами, топическими глюкокортикостероидами, топическими ингибиторами кальциневрина, однако достичь долгосрочной ремиссии не удавалось. В связи с недостаточной эффективностью проводимой терапии ему был назначен циклоспорин 5,0 мг/кг/сутки. Терапевтический эффект от проводимой цитостатической терапии был достигнут в течение 4 недель, после чего доза циклоспорина постепенно снижалась в течение 12 недель до отмены. Пациентка З., 16 лет, поступила в стационарное отделение с диагнозом «Распространенный псориаз с поражением волосистой части головы, прогрессирующее течение, недифференцированная форма». Пациентка болела длительно, медикаментозное лечение проводилось метотрексатом в дозе 15–20 мг в течение 4 месяцев, ответ PASI составил 50. На фоне приема пациентка предъявляла жалобы на тошноту и рвоту. В качестве второй линии терапии был назначен циклоспорин 4,0 мг/кг/сутки с постепенным снижением дозы до полной отмены. Терапевтический эффект от проводимой цитостатической терапии был достигнут, нежелательных реакций от применения препарата не развилось.

Пациент М., 8 лет, предъявлял жалобы на кожу туловища, конечностей. Локально на коже туловища, конечностей, лица пятна и бляшки овальной и округлой формы с петехиями, эритемой, очагами гиперпигментации, шелушением пластинчатыми чешуйками. Был выставлен диагноз «Экзематидоподобная пурпура Дукаса–Капетанакиса. Ограниченный псориаз», проведено медикаментозное лечение десенсибилизирующими препаратами. В связи с неэффективностью проводимой терапии ему был назначен циклоспорин 5,0 мг/кг/сутки с постепенным снижением дозы до полной отмены. Терапевтический эффект от проводимой цитостатической терапии был достигнут, длительность непрерывной терапии составила 5 месяцев.

Пациент Р., 5 лет, с диагнозом «Полиморфный дермальный ангиит» обратился в связи с неэффективностью, проводимой на амбулаторном этапе терапии (двукратное внутримышечное введение бетаметазона 1,0). Локально на коже спины, ягодиц округлые эритематозные пятна с просветлением в центре, не бледнеющие при надавливании. Пациенту был назначен циклоспорин 4,0 мг/кг/сутки, после достижения положительной динамики через 3 недели

доза циклоспорина снижалась на 1,0 мг/кг/сутки каждые 2 недели до полной отмены (длительность непрерывной терапии составила 15 недель).

**Заключение.** Таким образом, использование циклоспорина в более низких дозах (до 5 мг/кг/сутки) в течение непродолжительного периода времени оправдано при рефрактерных формах аутоиммунных и воспалительных дерматозов пациентов детского возраста наряду с регулярным наблюдением.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет» Минздрава РФ  
Донецк

Проценко Т. В., Провизион А. Н., Проценко О. А., Боряк С. А.

**Цель.** Определить риск развития соматической патологии при себорейном кератозе (СБК) на основании выявления клинико-патогенетических особенностей дерматоза у больных с онкопатологией кишечника, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и метаболическими нарушениями (МН). **Материалы и методы.** Под наблюдением было 388 больных СБК в возрасте от 26 до 86 лет, разделенных на 4 группы сравнения: 1 группа — 143 больных СБК с дерматологической патологией; 2 группа — 45 больных СБК с ХОБЛ; 3 группа — 40 больных СБК с онкопатологией кишечника; 4 группа — 160 больных СБК без ХОБЛ, дерматологической и онкопатологии. Изучены возраст дебюта и особенности течения СБК в группах сравнения, количество пораженных анатомических зон и число СБК; клинический тип и дерматоскопические особенности СБК, ассоциации полиморфных вариантов генов TGFβ1 и EGFR и метаболические нарушения по результатам исследования глюкозы натощак, инсулина и индекса инсулинорезистентности. По результатам клинических, лабораторных и генетических исследований сформирована база данных и статистическая матрица для последующего построения логистической модели прогнозирования индивидуального течения СБК и риска развития соматической патологии.

**Результаты.** Выявлено, что у 35 (87,5%) больных СБК с онкопатологией кишечника было поражено 5 и более анатомических зон с преимущественной локализацией в области живота, спины, боковых поверхностей туловища — у 39 (97,5%). У 28 (70%) из них были множественные СБК, средних и крупных размеров, преимущественно гиперкератотического типа; у 29 (62,2%) больных было толчкообразное появление очагов, которое в среднем за 2,1 года предшествовало выявлению онкопатологии кишечника. У 32 (71,1%) больных СБК с ХОБЛ было поражено 5 и более анатомических регионов с преимущественной локализацией в области головы/шеи и груди — у 44 (97,8%). У 29 (64,4%) из них были множественные СБК средних и крупных размеров с преобладанием гиперкератотического типа. У 186 (47,9%) больных выявлены МН, чаще у женщин — 119 (64%), чем у мужчин — 67 (36%). У 183 (98,4%) из них преобладающая локализация — кожа живота, очаги СБК средних и крупных размеров, папулезного и гиперкератотического типа. Генотип Arg/Arg гена TGFβ1 выявлен у 56 (88,9%) с множественными СБК, при этом увеличение генотипа Arg/Arg в 1,4 раза повышало риск развития СБК в 3,5 раза (ОШ=3,51; 95% ДИ 1,283–9,574). Генетический риск развития СБК был ассоциирован с Т-аллельным полиморфизмом rs2227984 гена EGFR и сопровождался увеличением частоты генотипа Т/Т и частоты Т-аллели. С помощью метода бинарной логистической регрессии на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных признаков разработана математическая модель риска развития соматической патологии у больных СБК, чувствительность модели 74,2%; специфичность 83,1%; прогностическая ценность положительного результата — 67,6%.

**Вывод.** Выявлены клинические особенности СБК в зависимости от соматических заболеваний. Разработанная с помощью бинарной логистической регрессии математическая модель может быть использована для индивидуального прогноза риска развития соматической патологии у больных СБК и своевременной коррекции лечебно-диагностической тактики.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ АЛЬЯНС  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

17

ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД  
НАЦИОНАЛЬНОГО АЛЬЯНСА  
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ  
И КОСМЕТОЛОГОВ

СБОРНИК ТРУДОВ

18–20 марта 2024

Москва