

диагноз, с которым пациенты поступали в отделение, чаще всего формулировался как вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек в сочетании с ВИЧ-инфекцией, однако именно эта группа пациентов демонстрировала в 75% случаев изменения в ликворе специфического характера.

**Выводы.** С учетом особенностей течения сифилитической инфекции за последние три года, пациентам с манифестными и ранними скрытыми формами заболевания, особенно имеющим положительный ВИЧ-статус, необходимо проводить углубленное дообследование с целью выявления специфического поражения центральной нервной системы для назначения адекватной специфической терапии. Формы заболевания, протекающие с поражением нервной системы, требуют соответствующих схем специфической терапии и более тщательного наблюдения после лечения в амбулаторном звене у дерматовенерологов и смежных специалистов, прежде всего неврологов и окулистов.

### ЛИТЕРАТУРА

Статистические материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи в 2020-2022 г., Москва 2023.

## ОЧАГОВАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

*Л.А. Порошина*

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

**Актуальность.** Очаговая склеродермия (ОС) – хроническое аутоиммунное заболевание кожи, характеризующееся формированием фиброзно-атрофических очагов на коже [1].

Заболеваемость ОС в Российской Федерации составляет 0,4-2,7 случая на 100 тыс. населения [2]. Этиопатогенез ОС не до конца изучен. Предрасполагающими факторами развития заболевания могут быть перенесенные инфекции, действие экзогенных факторов (травмы, охлаждение, воздействие ионизирующей радиации), сосудистые изменения, невротические расстройства, нарушения функции эндокринной системы, наследственная предрасположенность. В патогенезе ОС играют роль аутоиммунные изменения, нарушение микроциркуляции, развитие воспалительных и склеротических поражений кожи [1].

Выделяют несколько клинических форм ОС: ограниченная (бляшечная, каплевидная склеродермия, узловатая (келоидоподобная), идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини), линейная (по типу «удар саблей», линейная склеродермия в области конечностей и туловища, прогрессирующая гемиатрофия лица Парри-Ромберга), генерализованная, буллезная, глубокая, пансклеротическая, смешанная склеродермия.

В течении заболевания выделяют три последовательные стадии: эритемы/отека, склерозирования и атрофии. Клиническая картина заболевания, данные лабораторных исследований, патогистологические и сонографические характеристики отличаются в зависимости от стадии заболевания.

**Цель.** Изучить возможности диагностики и лечения ОС.

**Методы исследования.** Проведен анализ распространенности ОС в г. Гомеле, оценены возможности ультразвуковой и иммуногистохимической диагностики ОС, а также эффективность применения статинов в комплексном лечении ОС. Статистический анализ проводился с использованием пакета статистических программ «Statistica» 10.

**Результаты и их обсуждение.** В г. Гомеле, по нашим данным, заболеваемость ОС в 2018-2022 гг. находится на уровне 3,72-7,26 на 100 тыс. населения. Пациенты женского пола чаще болеют ОС. Соотношение заболеваемости ОС среди мужчин и женщин составило 1:4,54 по данным статистической отчетности ГОККВД.

В литературе имеются немногочисленные данные о коморбидных заболеваниях у пациентов с ОС: отмечается более высокая частота аутоиммунных заболеваний, субклинического атеросклероза, повышенный риск сердечно-сосудистых событий, более высокая встречаемость метаболического синдрома относительно общей популяции. Из кожных заболеваний – очаговая алопеция, витилиго, дистрофия ногтей и ихтиоз [3]. По нашим данным, у пациентов с ОС в структуре коморбидной патологии более часто выявлялись артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение, диастолическая дисфункция левого желудочка, увеличение переднезаднего размера левого предсердия, недостаточность аортального клапана, метаболический синдром. Также у пациентов выявлялись более выраженные психосоматические изменения по шкалам соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, депрессии и тревожности.

Специфических лабораторных тестов, позволяющих однозначно подтвердить диагноз ОС, не разработано. Всем пациентам с ОС проводят физикальное обследование, клинические и биохимические анализы крови. При проведении специфических серологических тестов у пациентов с ОС может быть выявлен повышенный уровень интерлейкинов -1, -2, -4, -6, -13, ФНО-альфа, растворимых цитокиновых рецепторов, молекул адгезии и супероксиддисмутазы. У пациентов с ОС могут определяться также антиоднопочечные, антигистоновые антитела [1]. В наших исследованиях у пациентов, страдающих

ОС, определялись более высокие уровни СРБ, ФНО-альфа, а также галектина в сыворотке крови [4].

Наиболее достоверный метод для подтверждения диагноза ОС – биопсия кожи [5]. Гистологическая картина при ОС зависит от стадии заболевания и характеризуется выраженными воспалительными изменениями и склерозом сосочкового слоя дермы в раннюю воспалительную фазу заболевания, а на более поздних стадиях – развитием атрофических проявлений в виде потери сосудов, нервов и придатков кожи, уплотнением коллагеновых волокон, уменьшением количества клеток [5].

Иммуногистохимическое исследование с определением маркеров Iavg Collagen IV, и Iavg Vimentin может давать дополнительные сведения для уточнения стадии ОС. Так, по нашим данным, параллельное нарастание показателей Iavg Collagen IV, и Iavg Vimentin – признак активности воспалительного процесса, а незначительное нарастание показателей Iavg Collagen IV при одновременном снижении показателей Iavg Vimentin – признак перехода процесса в стадию атрофии [6].

Для определения стадии ОС и оценки эффективности лечения может использоваться УЗИ кожи [3, 6]. До настоящего времени сонография не нашла широкого применения в дерматологии, так как для хорошей визуализации кожи необходимы датчики с высокой частотой (15 МГц или выше). При этом с повышением частоты датчика уменьшается глубина исследования. Поэтому для исследования кожи при ОС, когда необходимо оценивать изменения и в подкожно-жировой клетчатке, нет необходимости применять высокочастотные датчики. Применение доступных датчиков с частотой 10-12 МГц позволяет выявить изменения в коже, свойственные разным стадиям ОС. Так, нами были разработаны критерии, позволяющие разграничивать стадии ОС при УЗИ. В стадии эритемы/отека при сонографии выявляется утолщение дермы и повышение ее эхогенности, размытость границы комплекса «дерма/гиподерма», отек гиподермы. В стадии фиброза толщина дермы может быть разной, при этом четко прослеживается повышение ее эхогенности. В стадии атрофии определяется истончение дермы и гиподермы, понижение эхогенности гиподермы [6].

Такие дополнительные инструментальные методы исследования, как капилляроскопия, кутометрия, термография, не нашли своего широкого применения при ОС из-за высокого уровня ложноположительных результатов и сложности стандартизации полученных результатов [1].

Лечение ОС необходимо проводить согласно действующему протоколу, который включает применение противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии (кортикостероиды для наружного применения III-IV класса, пимекролимус, кальципотриол, при прогрессировании, тяжелом течении склеродермии – глюкокортикоиды для системного применения, при торпидном течении, недостаточной эффективности лечения системными глюкокортикоидами – селективные иммунодепрессанты и антиметаболиты). При наличии клинических

проявлений склероза/индурации кожи и отсутствии медицинских противопоказаний может быть назначена гиалуронидаза.

Протокол лечения ОС не учитывает коморбидной патологии при ОС. При этом при лечении пациентов необходимо подбирать комплекс препаратов индивидуально с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента, в том числе коморбидной патологии. Учитывая, что пациенты с ОС часто имеют такую сопутствующую патологию, как метаболический синдром, артериальная гипертензия, дислипидемия, то применение препаратов, корригирующих эти состояния, весьма актуально. В проводимом нами исследовании хорошо себя зарекомендовал аторвастатин 20 мг в сутки у пациентов с сочетанной патологией (ограниченная склеродермия и метаболический синдром). Аторвастатин, кроме основного действия (снижения в крови уровня общего холестерина), обладает противовоспалительным, иммуномодулирующим действием, способствует улучшению микроциркуляции, влияет на активность фибробластов и фиброз. По нашим данным, данный препарат не только оказывал положительное влияние на показатели липидограммы, но и снижал количество рецидивов ОС, уменьшал концентрацию провоспалительных маркеров в сыворотке крови пациентов. Также при приеме аторвастатина в комплексном лечении ОС отмечалось более выраженное снижение индекса mLoSSI [4].

**Выводы.** Разработка новых методов диагностики и лечения ОС остается актуальной, что позволит повысить качество оказания медицинской помощи пациентам с ОС.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Панкратов, О. В. Ограниченная склеродермия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение / О. В. Панкратов, Л. А. Порошина // *Здравоохранение*. – 2019. – № 6. – С. 28–38.
2. Клинические аспекты и трудности диагностики редких форм локализованной склеродермии / М. М. Тлиш [и др.] // *РМЖ*. – 2019. – № 4. – С. 62–66.
3. Гурский, Г. Э. Современные представления о склеродермии / Г. Э. Гурский, В. А. Гребенников, В. В. Хоронько // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2012. – № 10 (2). – С. 4–9.
4. Порошина, Л. А. Оптимизация лечения очаговой склеродермии, ассоциированной с метаболическим синдромом / Л. А. Порошина // *Проблемы здоровья и экологии*. – 2023. – № 20 (2). – С. 59–64.
5. Kreuter, A. Localized scleroderma / A. Kreuter // *Dermatologic therapy*. – 2012. – № 25 (2). – P. 135–147
6. Ограниченная склеродермия: сопоставление данных клинических, сонографических, гистологических и иммуногистохимических исследований / А. М. Юрковский [и др.] // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2022. – Т. 21. – № 4. – С. 565–571.