Выводы

Данное исследование определяет количественную и качественную структуру фармацевтического рынка препаратов группы L, входящих в состав современных клинических рекомендаций по терапии псориатического артрита. Ассортимент представлен 15 международными непатентованными наименованиями и 59 зарегистрированными торговыми наименованиями с учетом различных лекарственных форм. Наибольшую долю в ассортименте занимают метотрексат (25,4%) и тофацитиниб (20,3%), что отражает их ключевую роль в тактике лечения. Выявлена выраженная гетерогенность структуры производства препаратов: доля отечественных производителей составляет 100% для 9 из 15 международных непатентованных наименований (для апремиласта, адалилумаба, голулумаба, устекинумаба, иксекизумаба, гуселькумаба, рисанкизумаба, нетакимаба и упадацитиниба), что отражает успешную политику импортозамещения данного сегмента. Высокой импортозависимостью обладают секукизумаб (100%) и метотрексат (73%), что необхогдимо учитывать при планировании закупок. Установлено, что спектр лекартсвенных форм включает как пероральные формы, так и парентеральные. Наибольшее разнообразие лекарственных форм принадлежит метотрексату – 6. Все 15 единиц наименований, включенных в анализ, входят в перечень жезненно необходимых. Однако, в аптечных сетях города Курска доступно лишь 12 позиций из 59 представленных торговых наименований (9 позиций метотрексата и 3 – лефлуномида). Отсутствие в розничной продаже таргетных и генно-инженерных препаратов предполагает их получение пациентами исключительно в условиях стационара или через систему льгот.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Псориаз артропатический. Псориатический артрит : клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов», Ассоциация ревматологов России. – М., 2024. – 135 с.

2. Lembke, S. The worldwide prevalence of psoriatic arthritis − a systematic review and meta-analysis / S. Lembke, G. J. Macfarlane, G. T. Jones // Rheumatology. – 2024. – Vol. 63, № 12. – P. 3211−3220.

3. Государственный реестр лекарственных средств / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2026. – URL: https://grls.rosminzdrav.ru/ (дата обращения: 19.03.2026).

4. Справкааптек.ру : справочная служба аптек : [сайт]. − ООО «Справка аптек». – Курск, 2026. – URL: https://spravkaaptek.ru (дата обращения: 19.03.2026).

УДК 616.5

П. И. Габрелян

Научный руководитель: ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии И. П. Гребенникова

Учреждение образования
«ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России»
г. Саратов, Российская Федерация

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ КОЖИ: ОТ РАННЕЙ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДО ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МРНК-ВАКЦИНАЦИИ

Введение

Меланома кожи – одна из самых агрессивных злокачественных опухолей нейроэктодермального происхождения [1]. Меланома часто рецидивирует и слабо реагирует на стандартную терапию, однако при ранней диагностике меланома излечима почти в 100% случаев. Постановка диагноза на ранней стадии во многом возможна благодаря профессиональному дерматоскопическому осмотру. Несмотря на достижения современной онкологии, пятилетняя выживаемость при метастатических формах меланомы остается низкой, что диктует необходимость поиска новых терапевтических мишеней. В этой связи особую значимость

приобретает работа врачей-дерматовенерологов как начального звена оказания медицинской помощи: их экспертный взгляд и онконастороженность позволяют выявить опухоль на этапе, когда она поддается полному излечению после хирургической операции. Наряду с совершенствованием ранней диагностики, в 2026 году фокус внимания сместился в сторону персонализированных мРНК-вакцин, как части терапевтического лечения на стадии IIB–IV, которые позволяют иммунной системе распознавать специфические неоантигены опухоли, вырабатывать белки, которые моделируют и усиливают Т-клеточный противоопухолевый ответ.

Цель

Обосновать эффективность интеграции современных методов оптической диагностики и персонализированных иммунотерапевтических стратегий в алгоритм ведения пациентов с меланомой кожи.

Материал и методы исследования

Проведен анализ клинических случаев первичной диагностики меланомы на базе профильной клиники: ККБ УКБ № 2 г. Саратова с использованием цифровой дерматоскопии (аппарат MoleMax HD). Анализ источников на ресурсах PubMed, Clinicaltrials.gov, Cochrane library, посвященных оценке эффективности комбинации мРНК-вакцин и препаратов иммунотерапии.

Результаты исследования и их обсуждение

На этапе первичного звена ключевая роль в постановке диагноза на ранней стадии (melanoma in situ, стадия I), и, следовательно, увеличении пятилетней выживаемости принадлежит ранней визуализации. Применение цифровой дерматоскопии позволяет выявить патогномоничные признаки (атипичная пигментная сеть, атипичные точки и глобулы, бело-голубая вуаль, структуры регресса, хризалиды, атипичные сосуды и др.) на доклинических стадиях. В рамках данной работы представлены некоторые дерматоскопическиме паттерны из картотеки клиники кожных болезней УКБ № 2 г. Саратова, иллюстрирующие возможности выявления меланомы врачом-дерматовенерологом. (рисунок 1, 2, 3, 4, 5, 6).

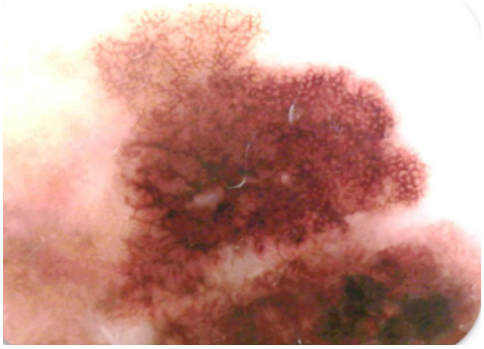


Рисунок 1 – Дерматоскопическая картина поверхностно-распространяющейся меланомы. Атипичная пигментная сеть. Наблюдение из практики Епифановой А. Ю.

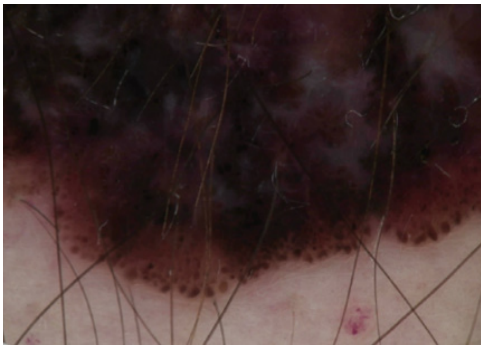


Рисунок 2 – Дерматоскопическая картина поверхностно-распространяющейся меланомы. Атипичные точки и глобулы. Наблюдение из практики Епифановой А. Ю.



Рисунок 3 – Дерматоскопическая картина поверхностно-распространяющейся меланомы. Бело-голубая вуаль. Наблюдение из практики Епифановой А. Ю.

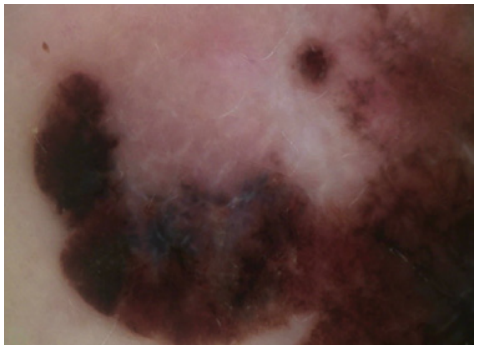


Рисунок 4 – Дерматоскопическая картина поверхностно-распространяющейся меланомы. Структуры регресса. Наблюдение из практики Епифановой А. Ю.

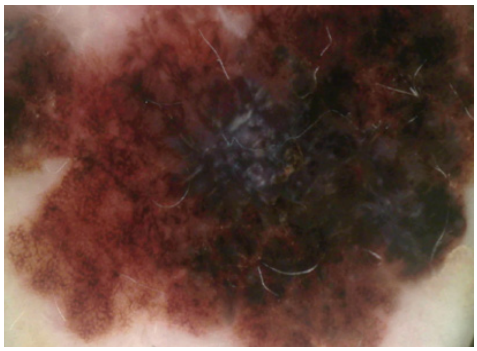


Рисунок 5 – Дерматоскопическая картина поверхностно-распространяющейся меланомы. Хризалиды. Наблюдение из практики Епифановой А. Ю.

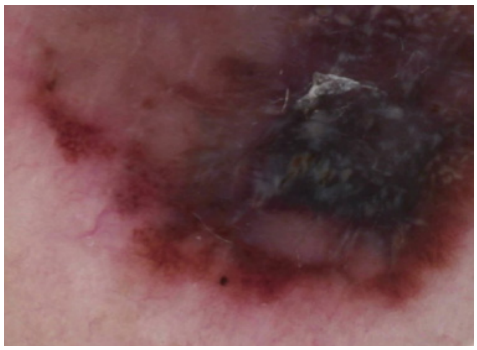


Рисунок 6 – Дерматоскопическая картина поверхностно-распространяющейся меланомы. Атипичные сосуды. Наблюдение из практики Епифановой А. Ю.

Инновационным этапом лечения после радикального иссечения опухоли, при стадировании IIB-IV, становится адъювантная персонализированная терапия.

Технология создания мРНК-вакцины включает секвенирование ДНК опухоли пациента и выявление уникальных мутаций, фактически экспрессируемых на опухолевых клетках – неоантигенов. Вакцина сможет содержать до 34 самых иммуногенных неонантигенов в оболочке из липидных наночастиц. Вакцина проникает в антигенпрезентирующие клетки (APC). Рибосомы считывают мРНК и синтезирует персонализированные неоантигены. Протеосомы расщепляют их на пептиды для загрузки на молекулы MHC I и II класса на поверхности клетки. Таким образом, CD8+ Т-клетки (цитотоксические) получают точные координаты неоантигенов и начинают системный поиск и уничтожение опухолевых клеток во всем организме, а CD4+ Т-клетки (хелперы) обеспечивают поддержку иммунного ответа и формируют долгосрочную иммунологическую память против рецидивов. Результаты исследования KEYNOTE-942 показали, что добавление мРНК вакцины 4157 (V940) к стандартной терапии пембролизумабом снижает риск рецидива или смерти на 44% по сравнению с монотерапией [2]. Данный синергизм объясняется тем, что пембролизумаб блокирует взаимодействие PD-1 с лигандами первого и второго типов, активируя деление и дифференцировку клеток иммунной системы, а мРНК-вакцина выступает в роли «инструкции» для Т-лимфоцитов.

В Российской Федерации на сегодняшний день разработана, получила регистрационное удостоверение, разрешение на применение индивидуализированного биотехнологического лекарственного препарата (иБТЛП): «Неовак-РОНЦ» – персонализированная неоантиген-специфическая мРНК вакцина для терапии меланомы, производитель ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина».

Выводы

Эффективная маршрутизация пациентов с меланомой должна базироваться на преемственности: от высокоточной дерматоскопии на ранних этапах до возможности применения персонализированного неоантигенного программирования в адъювантном режиме. Комбинированный подход и междисциплинарное взаимодействие между врачами-дерматовенерологами, врачами-онкологами (хирургами и химиотерапевтами) обеспечивает максимальную точность воздействия на опухоль и значимое улучшение прогноза для пациентов с меланомой кожи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Меланома кожи и слизистых оболочек : клинические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, 2023. – 46 с.

2. Individualised neoantigen therapy mRNA-4157 (V940) plus pembrolizumab versus pembrolizumab alone in resected melanoma (KEYNOTE-942): a randomised, phase 2b study / J. S. Weber [et al.]. // The Lancet. – 2024. – Vol. 403, № 10427. – P. 632−644.