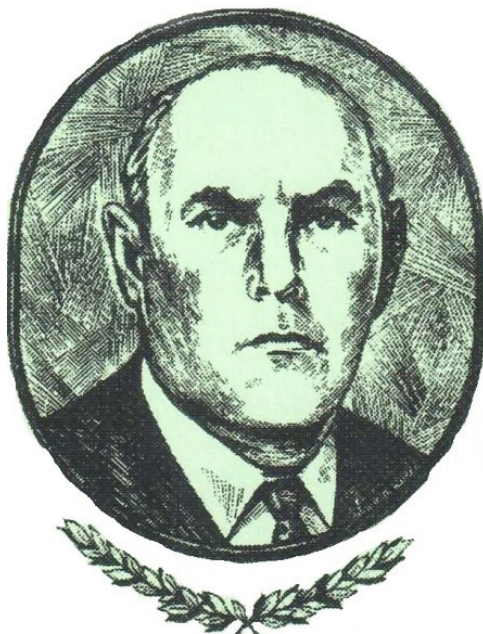


Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»



# ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

*НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
ПО ДЕРМАТОЛОГИИ, ВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ*

*SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL  
OF DERMATOLOGY, VENEREOLOGY, COSMETOLOGY  
«TORSUEV'S READING»*

*2022 № 2 (36)*

ISSN 2522-9885 (Print)  
ISSN 2522-9893 (Online)

Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения» посвящен актуальным вопросам диагностики, клиники, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний кожи и сексуально-трансмиссивных инфекций, проблемам эстетической медицины и медицинской косметологии, подготовки врачей. В работах показаны инновационные методы диагностики в дерматологии, новые технологии терапевтических воздействий в косметологии. Отдельные статьи, посвященные актуальным проблемам дерматологии, выполнены на стыке других разделов клинической медицины.

Ответственность за содержание статей и орфографию несут авторы. Редакция не несет ответственность за достоверность фактов, имен и другой информации, использованной в публикациях. Перепечатка или иное воспроизведение в любой форме полностью или частично статей, иллюстраций или других материалов разрешено только с предварительного письменного согласия редакции с обязательной ссылкой на источник. Материалы публикуются на языке оригинала.

**Учредитель журнала:**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО)

**Адрес учредителя:**

83003, г. Донецк, проспект Ильича, д. 16

**Периодичность издания:**

4 раза в год

**Адрес редакции:**

83087, г. Донецк, ул. Калинина, 107-Б  
Тел.: (062) 334-02-26  
Факс: (062) 334-02-26

**Адрес электронной почты:**

derma.kosmet@yandex.ru

**Главный редактор:**

Проценко Татьяна Виталиевна

**Ответственный секретарь:**

Провизион А.Н.

**Редакционная коллегия:**

Белик И.Е. (г. Донецк)  
Богуслав Ю.П. (г. Донецк)  
Проценко О.А. (г. Донецк)  
Романенко К.В. (г. Донецк)  
Фисталь Н.Н. (г. Донецк)  
Коктышев И.В. (г. Донецк)

**Редакционный совет:**

Арифов С.С. (г. Ташкент)  
Василенко И.В. (г. Донецк)  
Власова В.Н. (г. Ростов-на-Дону)  
Волошин Р.Н. (г. Ростов-на-Дону)  
Гончарова Я.А. (г. Доха)  
Киосева Е.В. (г. Донецк)  
Попович А.Ю. (г. Донецк)  
Прилуцкий А.С. (г. Донецк)  
Радионых В.Г. (г. Луганск)  
Родин Ю.А. (г. Волгоград)  
Романенко В.Н. (г. Донецк)  
Седаков И.Е. (г. Донецк)  
Тищенко А.Л. (г. Москва)  
Шелихов С. Ю. (г. Астана)  
Фисталь Э.Я. (г. Донецк)

Рекомендовано к изданию Ученым Советом ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, протокол №9 от 25.01.2022 г.

Приказом Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики (№551 от 25 мая 2017 г.) научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения» включен в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук.

Журнал зарегистрирован и индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ).

**Свидетельство о регистрации средства массовой информации:**

ААА № 000168 от 07.11.2017 г.

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Милус И.Е., Проценко О.И.** Гендерные и клинико-эпидемиологические особенности атопического дерматита у больных крупного промышленного центра ..... 8
- Проценко Т.В., Кишениа М.С., Провизион А.Н.** Влияние полиморфизма RS2227984 гена EGFR на развитие себорейного кератоза ..... 15

### ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- Логунов П.В.** Клинико-патогенетические особенности поражения кожи при сахарном диабете ..... 21

### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

- Комаревская Е.В., Чайковская И.В., Деньгина Е.Б., Павленко М.Ю.** Изучение влияния схем лечения на микробную обсемененность слизистой оболочки лунки удаленного зуба при серозном альвеолите ..... 28
- Митрофанов В.А.** Динамика уровней заболеваемости и распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки среди населения современного Донбасса ..... 34
- Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Семендяева А.В., Кондратюк Р.Б.** Респираторный бронхит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких у больного псориазом ..... 39
- Тахташов И.Р., Проценко О.А.** Эритроплазия Кейра в практике врача дерматовенеролога ..... 46
- Шелякова И.П., Чайковская И.В.** Клинический случай фиброматоза слизистой оболочки десен ..... 50

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А., Кухто А.П.** Возможности консервативного ведения трофических язв у пациентов после реконструктивно-восстановительных операций на сосудах нижних конечностей ..... 55

### ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

- Базиян-Кухто Н.К., Кухто А.П., Костямин Ю.Д.** Особенности педагогического процесса в условиях военного времени и активных боевых действий ..... 61
- Базиян-Кухто Н.К., Кухто А.П.** Основы психологии в практике высшей школы ..... 65

- ПО СЛЕДАМ КОНФЕРЕНЦИЙ** ..... 69

### ТЕЗИСЫ СИМПОЗИУМА ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

- Боряк С.А.** Особенности оказания косметологической помощи лицам с атопическим анамнезом ..... 73
- Волошин Р.Н., Власова В.Н., Власов С. Н.** Роль поведенческих реакций в формировании эстетического здоровья ..... 74
- Гринчук В.И., Беседина Е.И., Темкин В.В.** Государственный контроль за соблюдением лицензионных условий косметологической практики ..... 75
- Зубаревская О.А.** Роль витамина Д при гнездной алопеции у детей и взрослых ..... 77
- Киосева Е.В., Бешуля О.А., Пацкань И.И., Киосев Н.В.** Особенности оказания косметологической помощи лицам с табакокурением ..... 78
- Ковалева И.С., Ковалев В.Б.** Применение ботулинотерапии в эстетической медицине ..... 80
- Ковалева И.С., Ковалев В.Б., Бибики В.В.** Роль дерматоскопии в дифференциальной диагностике и в выборе методов коррекции новообразований кожи у лиц пожилого и старческого возраста ..... 81

## Содержание

---

<b>Небесная Л.В.</b> Лабораторный скрининг перед проведением косметологических процедур .....	82
<b>Полищук И.Н., Мартинсон Ю.В.</b> Дерматокосметологическая продукция для лица от отечественного производителя .....	83
<b>Проценко О.А.</b> Педагогические аспекты взаимодействия при преподавании медицинской косметологии .....	85
<b>Проценко О.А., Проценко Т.В.</b> Особенности оказания косметологической помощи населению .....	86
<b>Проценко Т.В., Шпатусько М.Н.</b> Постковидные алопеции: клинико-эпидемиологические особенности и тактика ведения .....	87
<b>Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.</b> Терапевтический альянс в косметологии .....	88
<b>Томаш Л.А., Поважная Е.С., Пеклун И.В.</b> Физиотерапия в antiage медицине .....	90

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей .....	92
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления .....	94

## Contents

---

### ORIGINAL RESEARCH

- Milus I.E., Protsenko O.I.** Gender and clinical and epidemiological features of atopic dermatitis in patients with a large industrial center ..... 8
- Protsenko T.V., Kishenya M.S., Provision A.N.** Effect of EGFR gene RS2227984 polymorphism on the development of seborrheic keratosis ..... 15

### LITERATURE REVIEW

- Logunov P.V.** Clinical and pathogenetic features of skin lesions in diabetes mellitus..... 21

### CLINICAL CASES, PRACTICE OBSERVATIONS

- Komarevskaya E.V., Chaikovskaya I.V., Denginina E.B., Pavlenko M.Yu.** Study of the influence of treatment regimens on microbial contamination of the mucous membrane of the socket of an extracted tooth in serous alveolitis ..... 28
- Mitrofanov V.A.** Dynamics of incidence rates and prevalence of diseases of the skin and subcutaneous tissue among the population of modern Donbass ..... 34
- Monogarova N.E., Borodiy K.N., Semendyaeva A.V., Kondratyuk R.B.** Respiratory bronchiolitis associated with interstitial lung disease in a patient with psoriasis ..... 39
- Takhtashov I.R., Protsenko O.A.** Erythroplasia of Keira in the practice of a dermatovenereologist ..... 46
- Shelyakova I.P., Chaikovskaya I.V.** Clinical case of fibromatosis of the gingival mucosa ..... 50

### FOR DERMATOLOGIST AND GENERAL PRACTITIONERS

- Baziyan-Kukhto N.K., Ivanenko A.A., Kukhto A.P.** Possibilities of conservative management of trophic ulcers in patients after reconstructive and restorative operations on the vessels of the lower extremities .... 55

### PROBLEMS OF HIGHT SCHOOL'S PEDAGOGY

- Baziyan-Kukhto N.K., Kukhto A.P., Kostyamin Yu.D.** Features of the pedagogical process in wartime and active hostilities ..... 61
- Baziyan-Kukhto N.K., Kukhto A.P.** Fundamentals of psychology in the practice of higher education ... 65

### FOLLOWING THE CONFERENCES ..... 69

### ABSTRACTS OF THE SYMPOSIUM ON AESTHETIC MEDICINE

- Boryak S.A.** Peculiarities of providing cosmetic care to persons with an atopic history ..... 73
- Voloshin R.N., Vlasova V.N., Vlasov S.N.** The role of behavioral reactions in the formation of aesthetic health ..... 74
- Grinchuk V.I., Besedina E.I., Temkin V.V.** State control over compliance with licensing conditions for cosmetology practice ..... 75
- Zubarevskaya O.A.** The role of vitamin D in alopecia areata in children and adults ..... 77
- Kioseva E.V., Beshulya O.A., Patskan I.I., Kiosev N.V.** Features of providing cosmetic care to people with tobacco smoking ..... 78
- Kovaleva I.S., Kovalev V.B.** The use of botulinum therapy in aesthetic medicine ..... 80
- Kovaleva I.S., Kovalev V.B., Bibik V.V.** The role of dermatoscopy in differential diagnosis and in the choice of methods for correcting skin neoplasms in elderly and senile patients ..... 81

## Contents

---

### INFORMATION FOR AUTHORS

Requirements for registration of articles .....	92
Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003). Bibliographic record. Bibliographic description:	
General requirements and rules compiling .....	94



## Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Перед Вами тридцать шестой номер нашего журнала. Восьмой год мы живем, работаем и стараемся «не стоять на месте» в очень непростое для всех нас время. Профессиональное развитие – это прежде всего желание учиться и умение осмысливать и анализировать информацию. В условиях ограниченного общения большое значение имеет доступ к обучению и получению знаний. Наряду с дистанционными формами обучения, он-лайн семинарами, курсами и конференциями, работа с периодическими изданиями, в которых представлены обзоры литературы по актуальным проблемам клинической медицины, клинические случаи и наблюдения из практики, клинические лекции, позволит продолжать постоянное профессиональное образование, несмотря на ограничения, связанные с военными действиями.

чения, связанные с военными действиями.

Не останавливаться на полученных ранее знаниях, постоянно приобретать получать новые знания и навыки – это и есть постоянный профессиональный рост, к которому должен стремиться каждый клиницист, независимо от выбранной специальности.

Мастерству врачевания учатся всю профессиональную жизнь: в университете и клиниках, на собственном опыте, чужих и своих ошибках, в общении с коллегами, получая информацию из профессиональных журналов, конференций, конгрессов и съездов.

Мы искренне надеемся, что представленная в журнале информация будет полезна всем практикующим специалистам.

С уважением,  
главный редактор журнала  
«Торсуевские чтения»,  
доктор медицинских наук, профессор

Т.В. Проценко

Милус И.Е.<sup>1,2</sup>, Проценко О.И.<sup>2</sup>

## ГЕНДЕРНЫЕ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»<sup>1</sup>,

Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР<sup>2</sup>

### Резюме

**Цель.** Изучение гендерных клинико-эпидемиологических особенностей АД у пациентов крупного промышленного центра.

**Материал и методы.** Проведен анализ 145 случаев АД у больных в возрасте от 18 до 46 лет, обратившихся в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР в течение 2021-2022 гг. Изучали возраст дебюта АД, связь дебюта/рецидива с различными причинными факторами, распространенность процесса, тяжесть и сезонность течения, сопутствующую дерматологическую, соматическую и ко-морбидную аллергическую патологию.

**Результаты.** У 65,5% больных первые проявления АД развивались в детском возрасте, у 55,2% они были инициированы продуктами питания, у 39,3% стрессом. 59,4% больных АД первоначально обращались к терапевту/семейному врачу или аллергологу, в то же время у 71,7% больных были инфекционные поражения кожи, у 45,5% – неинфекционные. 60% больных АД имели средне-тяжелое и тяжелое течение дерматоза, 28,3% - распространенные поражения кожи. 75,2% больных имели ко-морбидную аллергическую патологию (поллиноз, аллергический риноконъюнктивит, бронхиальную астму).

**Выводы.** Выявленные гендерные клинико-эпидемиологические особенности АД свидетельствуют о необходимости оптимизации и персонализации лечебно-профилактических программ при АД, с преимуществом ведения больных дерматологами, терапевтами, аллергологами, а также с повышением образовательного уровня больных АД и лиц близкого окружения.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, взрослые, гендерные эпидемиологические особенности, промышленный регион.

---

Оптимизация лечения и профилактики атопического дерматита (АД) является актуальной проблемой в дерматологии из-за распространенности патологии, многофакторности обострений, рецидивирующего течения дерматоза с риском развития инвалидизирующих форм заболевания [1,4]. Изучение провоцирующих факторов, фоновой соматической

и ко-морбидной патологии, особенно у больных, проживающих в промышленно развитых зонах, может способствовать повышению эффективности и персонализации терапии больных, сохранению их трудоспособности и социализации [2,3,5-9].

**Целью** нашего исследования явилось изучение гендерных клинико-эпиде-



миологических особенностей АД у пациентов крупного промышленного центра.

### Материалы и методы

Проведен анализ 145 случаев АД у взрослых больных (от 18 до 46 лет), обратившихся в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (РКДВД) МЗ ДНР в течение 2021-2022 гг. Изучали возраст дебюта АД, связь дебюта/ рецидива АД с различными причинными факторами (ОРВИ, приём медикаментов, продукты питания, вакцинация и др.), распространенность процесса, степень тяжести и сезонность течения АД, сопутствующую дерматологическую, соматическую и ко-морбидную патологию (поллиноз, аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, бронхиты с астматическим компонентом). Тяжесть течения заболевания определяли по количеству обострений в год, при этом 1 – 2 рецидива в год расце-

нивали как легкое течение дерматоза, 3 – 4 рецидива в год – средне-тяжелое, более 4 рецидивов в год – тяжёлое течение АД.

Полученные данные обрабатывали статистически с использованием персонального компьютера.

### Результаты и обсуждение

В наших наблюдениях среди 145 больных АД было примерно одинаковое число мужчин и женщин – 72 (49,7%) и 73 (50,3%), соответственно. Преобладали больные в возрастной группе 21- 30 лет – 85 (58,6%) (табл.1).

Каждый пятый обратившийся был в возрасте старше 30 лет – 29 (20,0%), при этом женщин почти в два раза больше, чем мужчин – 19 (26,0%) и 10 (13,9%), соответственно. В возрастной группе 18-20 лет больных было 31 (21,4%), но мужчин почти в три раза больше, чем женщин – 23 (31,9%) и 8 (11,0%), соответственно.

Таблица 1

Клинико-эпидемиологические особенности АД у больных крупного промышленного центра

Признак	Женщины, абс./% n=73	Мужчины, абс./% n=72	Всего, абс./% n=145
<b>Возраст:</b>			
18 – 20 лет	8/11,0	23/31,9	31/21,4
от 21 года до 30 лет	46/63,0	39/54,2	85/58,6
старше 30 лет	19/26,0	10/13,9	29/20,0
<b>Дебют АД:</b>			
с детства	46/63,0	49/68,1	95/65,5
во взрослом возрасте	27/37,0	23/31,9	50/34,5
<b>Связь дебюта и/или обострений с триггерными факторами:</b>			
ОРВИ	12/16,4	16/22,2	28/19,3
прием медикаментов	8/11,0	11/15,3	19/13,1
стресс	28/38,4	29/40,3	57/39,3
продукты питания	41/56,2	39/54,2	80/55,2
вакцинация	4/5,5	3/4,2	7/4,8
<b>Первое обращение:</b>			
к терапевту/семейному врачу	11/15,1	31/43,1	42/29,0
к аллергологу	32/43,8	12/16,7	44/30,4
к дерматологу	30/41,1	29/40,2	59/40,6

У 95 (65,5%) больных дебют АД приходился на детский возраст, в т.ч. у 49 (68,1%) мужчин и у 46 (63,0%) женщин. В то же время у каждого третьего – у 50 (34,5%) больного атопические высыпания были диагностированы во взрослом возрасте, в т.ч. у 27 (37%) женщин и у 23 (31,9%) мужчин.

Среди триггерных факторов первое место занимали продукты питания – 80 (55,2%) больных, одинаково часто как у женщин, так и у мужчин – 41 (56,2%) и 39 (54,2%), соответственно. На втором месте был стресс – у 57 (39,3%), в т.ч. у 29 (40,3%) мужчин и у 28 (38,4%) женщин. У каждого пятого – у 28 (19,3%) АД обострялся после ОРВИ, в т.ч. у 16 (22,2%) мужчин и у 12 (16,4%) женщин. Обращала внимание взаимосвязь приема медикаментов и обострений АД, которая была отмечена у 19 (13,1%) больных, в т.ч. у 11 (15,3%) мужчин и у 8 (11,0%) женщин. У 7 (4,8%) больных дерматоз дебютировал после вакцинации, в т.ч. у 4 (5,5%) женщин и 3 (4,2%) мужчин.

Большинство больных АД сразу об-

ращались к дерматологу – 59 (40,6%), в т.ч. 30 (41,1%) женщин и 29 (40,2%) мужчин. Каждый третий первое обращение делал к аллергологу – 44 (30,4%), при этом женщины почти в три раза чаще, чем мужчины – 32 (43,8%) и 12 (16,7%), соответственно. К терапевту или семейному врачу первоначально обратились 42 (29,0%) больных, мужчины почти в три раза чаще, чем женщины – 31 (43,1%) и 11 (15,1%), соответственно.

Особый интерес представлял анализ ко-морбидной аллергической патологии, которая была выявлена у 109 (75,2%) больных, в т.ч. у 53 (72,6%) женщин и у 56 (77,8%) мужчин (табл. 2).

Чаще всего был выявлен поллиноз – у 54 (37,2%) больных, в т.ч. у 28 (38,4%) женщин и у 26 (36,1%) мужчин. Аллергический риноконъюнктивит был почти у каждого третьего – у 36 (26,9%) больных, несколько чаще у мужчин, чем у женщин – у 21 (29,2%) и 15 (20,5%), соответственно. У каждого десятого была бронхиальная астма – у 19 (13,1%), одинаково часто у мужчин и

**Таблица 2**

### Ко-морбидная аллергическая патология у больных АД

Признак	Женщины, абс./% n=73	Мужчины, абс./% n=72	Всего, абс./% n=145
Поллиноз	28/38,4	26/36,1	54/37,2
Аллергический риноконъюнктивит	15/20,5	21/29,2	36/26,9
Бронхиальная астма	10/13,7	9/12,5	19/13,1

у женщин – 9 (12,5%) и 10 (13,7%), соответственно. Обращал внимание факт, что частые бронхиты с астматическим компонентом (диагноз бронхиальной астмы не был установлен) отмечали 34 (23,4%) больных, несколько чаще мужчины, чем у женщины – 18 (25,0%) и 16 (21,9%), соответственно.

При анализе особенностей течения АД установлено, что в наших наблюдениях легкое течение дерматоза отмечено у 58 (40,0%) больных, среди которых было

несколько больше женщин, чем мужчин – 32 (43,8%) и 26 (36,1%), соответственно (табл.3).

В то же время средне-тяжелое и тяжелое течение дерматоза было у 87 (60,0%) больных, в т.ч. у 41 (56,2%) женщин и у 46 (63,9%) мужчин. Большинство больных отмечали сезонность обострений – 108 (74,5%), мужчины чаще, чем женщины – 61 (84,7%) и 47 (64,4%), соответственно. В наших наблюдениях было больше больных с ограниченным АД и площадью

## Особенности течения АД

Признак	Женщины, абс./% n=73	Мужчины, абс./% n=72	Всего, абс./% n=145
<b>Течение АД:</b>			
легкое	32/43,8	26/36,1	58/40,0
средне-тяжелое	23/31,5	18/25,0	41/28,3
тяжелое	18/24,7	28/38,9	46/31,7
<b>Сезонность:</b>			
отмечена	47/64,4	61/84,7	108/74,5
не отмечена	26/35,6	11/15,3	37/25,5
<b>Распространенность:</b>			
распространенный (BSA $\geq$ 10)	12/16,4	29/40,3	41/28,3
ограниченный (BSA $\leq$ 10)	61/83,6	43/59,7	104/71,7

поражения не более 10% площади тела (BSA $\leq$ 10) – 104 (71,7%), больше женщин, чем мужчин – 61 (83,6%) и 43 (59,7%), соответственно. У каждого третьего – у 41 (28,3%) больных процесс был распространенным и занимал более 10% площади тела (BSA $\geq$ 10), при этом среди них мужчин было более, чем в два раза больше, чем женщин – 29 (40,3%) и 12 (16,4%), соответственно.

Практический интерес представлял анализ дерматологической полиморбидности. Инфекционные дерматозы преобладали и были обнаружены у

104 (71,7) больных АД, несколько чаще у мужчин, чем у женщин – у 56 (77,8%) и 48 (65,8%), соответственно (табл. 4). Неинфекционные дерматозы были выявлены у 66 (45,5%) больных АД, чаще у женщин, чем у мужчин – у 36 (49,3%) и 30 (41,7%), соответственно.

В структуре неинфекционной дерматологической патологии чаще выявлены акне и алопеция – у 34 (51,5%) и 19 (28,8%), соответственно. Гендерный анализ показал, что акне чаще были у мужчин, чем у женщин, больных АД – у 16 (53,3%) и 18 (50,0%), соответственно, а алопеции

Таблица 4

## Дерматологическая полиморбидность у больных АД

Признак	Женщины, абс./% n=73	Мужчины, абс./% n=72	Всего, абс./% n=145
<b>Неинфекционные дерматозы:</b>	36/49,3	30/41,7	66/45,5
- псориаз	2	3	5
- акне	18	16	34
- розацеа	3	3	6
- алопеция	11	8	19
- кератодермия	2	-	2
<b>Инфекционные дерматозы:</b>	48/65,8	56/77,8	104/71,5
ВПЧ-индуцированные, в т.ч.:	26	33	59
- бородавки	6	8	14

## Оригинальные исследования

- себорейный кератоз	12	14	26
- папилломы	8	11	19
микотические, в т.ч.:	22	23	45
- отрубевидный лишай	6	7	13
- микоз стоп	4	8	12
- онихомикоз	4	6	10
- кандидоз слизистых	8	2	10

– у женщин, чем у мужчин, больных АД – у 11 (30,6%) и 8 (26,7%), соответственно. В структуре инфекционной дерматологической патологии чаще были вирус папилломы человека (ВПЧ)- индуцированные пролиферации – у 59 (54,1%) и микотические – у 45 (43,3%). Гендерный анализ показал, что ВПЧ-индуцированные пролиферации несколько чаще были у мужчин, больных АД, чем у женщин – 33 (58,9%) и 26 (54,2%), соответственно. Микотические поражения, наоборот, несколько чаще были у женщин, больных АД, чем у мужчин – 22 (45,8%) и 23 (41,1%), соответственно.

### Выводы

Таким образом, анализ гендерных клинико-эпидемиологических особенностей АД позволяет сделать следующие выводы:

1. У преобладающего числа больных первые проявления АД развивались в детском возрасте – у 95 (65,5%). Последующие рецидивы были инициированы продуктами питания – у 80 (55,2%) или стрессом – у 57 (39,3%).

2. 66 (59,4%) больных АД первоначально

обращались к терапевту/семейному врачу или аллергологу, в то же время у 104 (71,7%) больных АД были инфекционные поражения кожи, у 66 (45,5%) – неинфекционные, что необходимо учитывать при планировании и проведении лечебно-профилактических мероприятий.

3. 87 (60%) больных АД имели среднетяжелое и тяжелое течение дерматоза с распространенными поражениями кожи – 41 (28,3%), что может быть следствием позднего установления диагноза и/или нерациональной предшествующей лечебно-профилактической тактики. При этом 104 (75,2%) больных имели ко-морбидную аллергическую патологию (поллиноз, аллергический риноконъюнктивит, бронхиальную астму).

4. Выявленные гендерные клинико-эпидемиологические особенности АД свидетельствуют о необходимости оптимизации и персонализации лечебно-профилактических программ при АД, с преимуществом ведения больных дерматологами, терапевтами, аллергологами, а также с повышением образовательного уровня больных АД и лиц близкого окружения.

## Список литературы

1. Грищенко, С.В. Современные закономерности распространения болезней среди взрослого населения Донецкой Народной Республики [Текст]// С.В. Грищенко [и др.] //Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2021. – Т. 25, №3. – С.290-296.
2. Диагностика и лечение атопического дерматита у детей и взрослых. Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии, Американская академия аллергии, астмы и иммунологии [Текст]: клинические рекомендации / А.Г. Чучалин [и др.] // Аллергология. – 2006. – № 4. – С.3-11.
3. Иванова, Н.М. Современные представления о патогенезе «атопического марша» и возможной роли белков теплового шока [Текст] / Н.М. Иванова, Н.Н. Цыбиков, И.Н. Сормолатова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. – № 94(2). – С. 27-32.
4. Игнатенко, Г.А. Медико-экологические аспекты

- здоровья [Текст] // Г.А. Игнатенко, Д.О. Ластков, А.В. Дубовая [и др.] // *Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта*. – 2021. – №2 (22). – С.18-38.
5. Игнатенко, Г.А. Превентивное питание как метод профилактики неблагоприятного влияния загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами на здоровье населения [Текст] // Г.А. Игнатенко, Д.О. Ластков, А.В. Дубовая [и др.] // *Вестник гигиены и эпидемиологии*. – 2021. – Т. 25, №1. – С.5-9.
6. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. - М., 2017. – 42 с. – (<http://www.cnikvi.ru/docs>).
7. Метод лечения больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний [Текст]: методические рекомендации / О.А. Проценко, Е.В. Киосева, Ал.С. Горбенко. – Донецк, 2021. – 36 с.
8. Метод лечения больных атопическим дерматитом с лактозной непереносимостью [Текст]: методические рекомендации / Т.В. Проценко, Е.В. Киосева, С.А. Борjak. – Донецк, 2021. – 24 с.
9. Проценко, Т.В. Возможности контроля течения атопического дерматита [Текст] / Т.В. Проценко, С.А. Борjak // *Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения»*. – 2019. – №2 (24). – С.42-45.

Milus I.E.<sup>1,2</sup>, Protsenko O.I.<sup>2</sup>

### GENDER AND CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS IN PATIENTS OF A LARGE INDUSTRIAL CENTER

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»<sup>1</sup>,  
Republican Clinical Dermatovenerological Center the Ministry of Health of DPR<sup>2</sup>*

#### **Summary**

**Study aim.** To study the gender clinical and epidemiological features of atopic dermatitis (AD) in patients of a large industrial center.

**Material and methods.** An analysis was made of 145 cases of AD in patients aged 18 to 46 years who applied to the Republican Clinical Dermatovenerologic Dispensary of the Ministry of Health of the DPR during 2021-2022. The age of onset of AD, the relationship between onset/relapse and various causative factors, the prevalence of the process, the severity and seasonality of the course, concomitant dermatological, somatic and comorbid allergic pathology were studied.

**Results.** In 65.5% of patients, the first manifestations of AD developed in childhood, in 55.2% they were initiated by food, in 39.3% by stress. 59.4% of patients with AD initially consulted a general practitioner/family doctor or an allergist, while 71.7% of patients had infectious skin lesions, and 45.5% had non-infectious ones. 60% of AD patients had moderate to severe dermatosis, 28.3% had widespread skin lesions. 75.2% of patients had comorbid allergic pathology (hay fever, allergic rhinoconjunctivitis, bronchial asthma).

**Conclusions.** The identified gender clinical and epidemiological features of AD indicate the need for optimization and personalization of treatment and prevention programs for AD, with continuity in the management of patients by dermatologists, internists, allergists, as well as with an increase in the educational level of patients with AD and those close to them.

**Key words:** *atopic dermatitis, adults, gender epidemiological features, industrial region.*

### Авторская справка и долевое участие

**Милус И.Е.** к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, главный врач Республиканского клинического дерматовенерологического центра МЗ ДНР, тел.+380713040589 (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).

**Проценко О.И.** врач-дерматовенеролог Республиканского клинического дерматовенерологического центра МЗ ДНР, тел.+380713407318 (анализ результатов анкетирования и медицинской документации, статистическая обработка материала, написание текста статьи).



*Проценко Т.В., Кишеня М.С., Провизион А.Н.*

## ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS2227984 ГЕНА EGFR НА РАЗВИТИЕ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

### **Резюме**

**Цель.** Изучение роли полиморфизма rs2227984 гена EGFR в развитии себорейного кератоза (СК).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 97 больных СК в возрасте от 25 до 86 лет. Генотипирование полиморфизма rs2227984 гена EGFR проводили методом полимеразной цепной реакции с последующей электрофоретической детекцией с использованием реактивов «SNP-экспресс, (EGFR A2073T)».

**Результаты.** Установлено наличие ассоциации минорной T-аллели rs2227984 гена EGFR с развитием СК ( $\chi^2=5,45$ ;  $p=0,021$ ) и повышением шансов развития СК (ОШ=2,18; 95 % ДИ 1,12-4,23).

**Вывод.** Исследование полиморфизма гена EGFR и выявление особенностей экспрессии кодируемого цитокина позволит прогнозировать риск развития СК и персонализировать лечебно-реабилитационную программу ведения больных.

**Ключевые слова:** себорейный кератоз, полиморфизм гена EGFR, rs2227984.

---

Себорейный кератоз (СК) или старческая бородавка – является одним из наиболее распространенных доброкачественных эпителиальных новообразований кожи у лиц среднего и в большей степени пожилого возраста. Рост заболеваемости достигает пика в возрастной группе от 60 до 63 лет [6,17]. Зоны расположения СК на лицевой части головы – это лоб и область скул. На туловище они следуют линиям Лангера [4,17]. Особенностью СК является весьма широкая вариабельность клинической и патогистологической картины с гиперплазией рогового слоя и образованием множественных роговых кист, как одного их патогномоничных признаков СК [6,17].

СК представляет собой не только значительный косметический дефект, но и имеет признаки злокачественной трансформации и паранеопластического про-

цесса [11,14]. При иммуногистохимическом исследовании маркеров пролиферации кожи при СК выявлена повышенная экспрессия p16, EGFR и p63, что отражало нарушения клеточного цикла с прогрессированием заболевания и возможной малигнизацией [3]. В работе [15] показано, что обнаруженные при СК онкоассоциированные мутации E542K, E545K, H1047R онкогена PIK3CA и гиперэкспрессия онкопротеина bcl-2, свидетельствовали о процессах малигнизации. По мнению [4], появление множественных СК на коже шеи, лица и туловища при синдроме Лезера-Трела рассматриваются как дополнительный или факультативный маркер злокачественных опухолей внутренних органов. Важными факторами, участвующими в развитии синдрома Лезера-Трела, являются цитокины, которые продуцируются злокачественными новообразованиями, влияя на

пролиферацию кератиноцитов и быстрый рост опухоли [8]. К таким цитокинам относят ростовые факторы: трансформирующий фактор роста, эпидермальный фактор роста, васкулоэндотелиальный фактор роста и др. Рецептор эпидермального фактора роста (EGFR) – гликопротеин с молекулярной массой 170 кДа трансмембранной локализации, является продуктом одного из онкогенов семейства *erb-c-erbB1* и относится к числу рецепторных тирозинкиназ, важных регуляторов клеточной пролиферации и злокачественной трансформации [1,9,16]. Ген EGFR локализован на коротком плече 7-й хромосомы в локусе 7p11.2 и состоит из 28 экзонов. Ген EGFR экспрессируется в норме во многих типах тканей, взаимодействует с множеством метаболитов, управляет митогенными сигналами, поступающими в клетки [12]. Специфическое связывание с лигандом приводит к димеризации и аутофосфорилированию EGFR и активации его тирозинкиназного домена [5].

Функциональный полиморфизм гена EGFR может в той или мере влиять на эффективность и направленность митогенеза и пролиферации. Полиморфизм rs2227984 гена EGFR сопровождается нуклеотидной заменой А на Т в положении 2073 и приводит к расщеплению фрагмента «дикого» типа размером 207 bp на фрагменты 150 bp и 57 bp. Это приводит к формированию редуцированной формы EGFR с посттранскрипционными изменениями в трансмембранном домене, что не позволяет выполнять ему функции рецептора [2,3,10]. Нарушение связывания рецепторной тирозинкиназы EGFR приводит к дерегуляции внутриклеточных сигнальных каскадов с участием генов RAS-RAF-МЕК-ERK-МАРК и PI3K/Akt, что сопровождается нарушением генетической экспрессии, пролиферации, дифференцировки, апоптоза, ангиогенеза [2,3,13].

Исследование полиморфизма rs2227984 гена EGFR при себорейном дерматозе с определением взаимосвязи данного полиморфизма с заболеванием являлось целью нашей работы.

### Материал и методы

В исследование включены 97 пациентов с СК, находившихся на лечении в Республиканском дерматовенерологическом диспансере МЗ ДНР с 2019 по 2022 гг. Среди больных было 41 (42,3%) мужчин и 56 (57,7%) женщин в возрасте от 25 до 86 лет. Контрольная группа включала 22 человека, отобранных по возрасту и половой принадлежности, аналогичных основной группе, без развития СК.

Анализ полиморфизма rs2227984 гена EGFR изучали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с дальнейшей электрофоретической разгонкой продуктов амплификации в 3% агарозном геле, приготовленном на TBE-буфере в горизонтальной камере при напряжении электрического поля 10 В/см от источника постоянного тока «Эльф-4» (ООО «ДНК-Технология», РФ). Детекцию фрагментов ДНК осуществляли после окрашивания 1% раствором бромистого этидия в проходящем ультрафиолетовом свете при длине волны 312 нм в трансиллюминаторе «TFX-20 M» («Vilber Lourmat», Франция).

Выделение геномной ДНК из лейкоцитов цельной венозной крови проводили с использованием комплекта реактивов «ДНК-экспресс-кровь» НПФ «Литех» (РФ). ПЦР осуществляли на амплификаторе «iiCycler iQ5 Real Time PCR Detection» (BioRad, США). С каждым образцом выделенной ДНК проводили амплификацию с двумя аллель-специфическими праймерами, соответственно контекста SNP (A2073T EGFR). Каждая проба ДНК занимала в геле 2 лунки. В первую вводили амплифицированную реакционную смесь с праймерами, специфическими к А-аллели, в другую – к Т-аллели. В результате анализа обнаруживали следующие варианты генотипов rs2227984: гомозиготы по предковой и минорной аллели А/А и Т/Т, соответственно, и гетерозиготу А/Т. В качестве набора реагентов для амплификации применяли «SNP-экспресс, A2073T EGFR», НПФ «Литех» (РФ).

Статистическую обработку данных проводили с помощью методов вариаци-

онной статистики с использованием пакета компьютерных программ Statistica 10 (StatSoft, Inc., США). Частоты распределения генотипов в исследуемых выборках проверяли на отклонение от равновесия Харди-Вайнберга с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона. Достоверность различий в распределении частот генотипов и аллелей при сравнении групп «случай-контроль» оценивали с помощью анализа таблиц сопряженности  $3 \times 2$  и  $2 \times 2$ , соответственно) по критерию  $\chi^2$ . Степень ассоциации генотипов и аллелей с заболеванием определяли по величине отно-

шения шансов (ОШ). Величина ОШ  $> 1$  указывала на повышение, а величина ОШ  $< 1$  – на снижение риска, при условии попадания в 95 % доверительный интервал (95% ДИ). Все различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Распределение частот генотипов полиморфизма rs2227984 гена EGFR и оценку соответствия популяционного равновесия Харди-Вайнберга проводили в контрольной группе и группе больных с СК. Отклонение от равновесия Харди-Вайнберга не было вы-

Таблица 1

**Распределение генотипов полиморфизма rs2227984 гена EGFR в соответствии с равновесием Харди-Вайнберга в группе больных с СК и лиц контрольной группы**

Генотипы	Основная группа	Контрольная группа
A/A	16 (16,5 %)	6 (27,3 %)
A/T	41 (42,3 %)	13 (59,1 %)
T/T	40 (41,2 %)	3 (13,6 %)
	$\chi^2=0,96$ ; $p=0,65$	$\chi^2=0,917$ ; $p=0,66$

явлено ни для одной из изученных выборок (табл. 1).

Анализ распределения генотипов и аллелей rs2227984 гена EGFR между больными с СК и лицами контрольной группы (табл. 2) показал отсутствие связи генотипов с заболеванием ( $\chi^2=6,03$ ;  $p=0,051$ ) и, в тоже время, выявил статистически значимую связь с частотами аллелей ( $\chi^2=5,45$ ;  $p=0,021$ ).

Оценка генетического риска для rs2227984 гена EGFR проведена путем парных сравнений распределения генотипов AA, AT и TT и аллелей А и Т у больных с СК и в контрольной группе. Обнаружены достоверные различия в разнице частот для ге-

нотипа TT ( $\chi^2=5,92$ ;  $p=0,015$ ), ее увеличение повышало шансы развития СК почти в 4,5 раза (ОШ=4,44; 95 % ДИ 1,232-16,034). При этом для генотипов AA и AT значимых различий в распределении частот обнаружено не было ( $\chi^2=1,38$ ;  $p=0,21$  и  $\chi^2=2,05$ ;  $p=0,153$ , соответственно). Анализ разницы частот по аллелям А и Т выявил повышение шансов развития СК, связанного с минорной аллелью Т (ОШ=2,18; 95 % ДИ 1,12 - 4,23) и сопряженную с ним утрату протективных свойств А-аллели дикого типа (ОШ=0,62; 95 % ДИ 0,41-0,93). Таким образом, к генетическому риску развития СК следует относить увеличение частот генотипа TT и аллели Т полиморфизма rs2227984 гена EGFR.

Распределения частот генотипов и аллелей rs2227984 гена EGFR и их влияние на развитие СК и степень ассоциации с заболеванием

Генотипы/ аллели	Группы		$\chi^2$	p	ОШ	95 % ДИ
	СК, n	Контроль, n				
A/A	16 (16,5 %)	6 (27,3 %)	6,026	0,051	0,527	0,179 - 1,552
A/T	41 (42,3 %)	13 (59,1 %)			0,507	0,198 - 1,298
T/T	40 (41,2 %)	3 (13,6 %)			4,444	1,232-16,034
A	73 (37,6 %)	25 (56,8%)	5,453	0,021	0,459	0,236 - 0,89
T	121(62,4 %)	19(43,2 %)			2,181	1,123 - 4,234

Полученные результаты позволили установить, что риск высокой пролиферативной активности кератиноцитов при СК связан с Т-аллельным полиморфизмом rs2227984 гена EGFR. Так у 62,4 % больных с СК с наличием минорной Т-аллели обнаруживали множественное распространение кератом на коже и в более молодом возрасте в сравнении с носителями А-аллели. Учитывая связь полиморфизма rs2227984 гена EGFR с изменением клеточной биологической активности и риском

канцерогенеза [Normanno], следует принимать во внимание, что наличие минорной Т-аллели rs2227984 гена EGFR в генотипе пациентов с СК является основанием для онконастороженности и ранней диагностики рака кожи.

#### Выводы

Генетический риск развития СК ассоциирован с Т-аллельным полиморфизмом rs2227984 гена EGFR и сопровождается увеличением частоты генотипа ТТ и частоты Т-аллели.

## Список литературы

1. Биологические маркеры опухолей в клинике – достижения, проблемы, перспективы [Текст] / Н. Е. Кушлинский [и др.] // Клиническая онкология. – 2009. – Т. 8, № 3. – С. 95–101.
2. Герштейн, Е. С. Факторы роста, их рецепторы и нижележащие сигнальные белки: от эксперимента к клинике [Текст] / Е. С. Герштейн, Н. Е. Кушлинский // Успехи молекулярной онкологии. – 2014. – № 1. – С. 27–35.
3. Костылева, О. И. Клиническое значение рецепторов эпидермального фактора роста в злокачественных опухолях [Текст] / О. И. Костылева, Е. С. Герштейн, Р. Р. Ажигова // Вестник ТГУ. – 2014. – Т. 19, № 1. – С. 21–35.
4. Лебедева, Ю. В. Клиническая оценка распространенности себорейного кератоза кожи лица и шеи среди онкологических больных [Текст] / Ю. В. Лебедева, А. Б. Давыдов // Стоматология. – 2009. – № 5. – С. 45–48.
5. Cho, H. S. Structure of the extracellular region of HER2 alone and in complex with the Herceptin Fab [Text] / H. S. Cho, K. Mason, K. X. Ramayar // Nature. – 2003. – Vol. 421, N 6924. – P. 3068–3073.
6. Current Understanding of Seborrheic Keratosis: Prevalence, Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Management [Text] / J. M. Jackson [et al.] // J. Drugs Dermatol. – 2015. – Vol. 14, N 10. – P. 1119–1125.
7. Epidermal growth factor receptor (EGFR) signaling in cancer [Text] / N. Normanno [et al.] // Gene. – 2006. – Vol. 366, N 1. – P. 2–16. doi: 10.1016/j.gene.2005.10.018.
8. Heaphy, M. R. Jr. The sign of Leser-Trelat in a case of adenocarcinoma of the lung [Text] / M. R. Jr. Heaphy, J. L. Millns, A. L. Schroeter // J. Am. Acad. Dermatol. – 2000. – Vol. 43. – P. 386–390. doi: 10.1016/S0190-9622(00)70301-X.
9. Herbst, R. S. Review of epidermal growth factor receptor

- biology [Text] / R. S. Herbst // *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. – 2004. – Vol. 59, N 2. – P. 21–26.
10. Intragenic mutation analysis of the human epidermal growth factor receptor (EGFR) gene in malignant human oral keratinocytes [Text] / S. Shintani [et al.] // *Cancer Res*. – 1999. – Vol. 59, N 16. – P. 4142–4147.
11. Jee, H. Case of seborrheic keratosis with underlying basal cell carcinoma suggesting a collision tumor [Text] / H. Jee, N. R. Lee, S. K. Ahn // *J. Dermatol*. – 2013. – Vol. 40, N 10. – P. 837–839.
12. Laing, M. E. Basal cell carcinoma arising in a seborrheic keratosis [Text] / M. E. Laing, C. O'Keane, G. M. Murphy // *Clin. Exp. Dermatol*. – 2009. – Vol. 34, N 7. – P. e371–372.
13. Laskin, J. J. Epidermal growth factor receptor: a promising target in solid tumours [Text] / J. J. Laskin, A. B. Sandler // *Cancer Treat. Rev*. – 2004. – Vol. 30, N 1. – P. 1–17. doi: 10.1016/j.ctrv.2003.10.002
14. Seborrheic keratosis and malignancy: collision tumour or malignant transformation? [Text] / Y. Vun [et al.] // *Australas J. Dermatol*. – 2006. – Vol. 47, N 2. – P. 106–108.
15. Somatic FGFR3 and PIK3CA mutations are present in familial seborrheic keratoses [Text] / C. Hafner [et al.] // *Br. J. Dermatol*. – 2008. – Vol. 159, N 1. – P. 214–217.
16. Wiley, H. S. Trafficking of the ErbB receptors and its influence on signaling [Text] / H. S. Wiley // *Exp. Cell Res*. – 2003. – Vol. 284, N 1. – P. 78–88. doi: 10.1016/s0014-4827(03)00002-8.
17. Wollina, U. Recent advances in managing and understanding seborrheic keratosis [version 1; peer review: 3 approved] [Text] / U. Wollina // *F1000Research*. – 2019. – N 8, F1000 Faculty Rev. – P. 1520. <https://doi.org/10.12688/f1000research.18983.1>

*Protsenko T.V., Kishenya M.S., Provizion A.N.*

### INFLUENCE OF EGFR GENE RS2227984 POLYMORPHISM ON THE DEVELOPMENT OF SEBORRHEIC KERATOSIS

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

#### **Summary**

**The aim.** Study of the role of the rs2227984 polymorphism of the EGFR gene in the development of seborrheic keratosis (SK).

**Materials and methods.** Under observation were 97 patients with SK aged 25 to 86 years. Genotyping of the rs2227984 polymorphism of the EGFR gene was carried out by polymerase chain reaction followed by electrophoretic detection using SNP-express (EGFR A2073T) reagents.

**Results.** The presence of an association of the minor T-allele rs2227984 of the EGFR gene with the development of SK ( $\chi^2=5.45$ ;  $p=0.021$ ) and an increased chance of developing SK (OR=2.18; 95% CI 1.12–4.23) was established.

**Conclusion.** The study of the EGFR gene polymorphism and the identification of the features of the expression of the encoded cytokine will allow predicting the risk of developing SK and personalizing the treatment and rehabilitation program for managing patients.

**Keywords:** *seborrheic keratosis, EGFR gene polymorphism, rs2227984*



### Авторская справка и долевое участие

**Проценко Т.В.** д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, protsenkotv2005@gmail.com (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).

**Кишня М.С.** к.мед.н. зав. отделом молекулярной генетики центральной научно-исследовательской лаборатории ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (проведение генетических исследований, трактовка результатов генетического исследования, статистическая обработка).

**Провизион А.Н.** к.мед.н., доц., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, provik@inbox.ru (набор и ведение больных, написание текста статьи).



## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

*Республиканский онкологический центр  
имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР*

### **Резюме**

В обзоре систематизированы современные данные об особенностях клиники, течения, диагностики и дифференциальной диагностики поражений кожи при сахарном диабете. Отмечены особенности терапии дерматопатий у больных с нарушениями углеводного обмена.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, дерматопатии, клиника, патогенез, диагностика, терапия.

---

Актуальность проблемы сахарного диабета (СД) в клинической практике связана с двумя основными моментами. Во-первых, распространенностью СД, которая составляет 3,23% населения [10] с тенденцией к росту заболеваемости за последние 15 лет более, чем в 2 раза [22]. Во-вторых, частыми поражениями кожи и/или слизистых, которые могут предшествовать установлению диагноза СД [24].

Поражения кожи у больных СД как 1-го, так и 2-го типа достаточно разнообразны и часто вызывают трудности в диагностике и лечении [36]. Так, в современной медицинской литературе можно встретить упоминание более, чем о 30 заболеваниях кожи, ассоциированных с СД. Дерматопатии диагностируются как на фоне уже манифестировавшего СД, так и предшествуют клинически видимым нарушениям углеводного обмена [13].

Механизмы возникновения диабет-ассоциированных дерматопатий (ДАД) не достаточно изучены. Значимыми патогенетическими факторами признаются накопление конечных продуктов гликирования в различных слоях кожи, нарушение автономной иннервации, микро- и макроциркуляции, изменения местного и общего иммунитета [30].

Нет и единой классификации пораже-

ний кожи при СД. Так, с учетом некоторых аспектов патогенеза кожных изменений патологию кожи при СД подразделяют на пять основных групп: 1) дерматозы, связанные с СД; 2) патология кожи, связанная с СД и инсулинорезистентностью; 3) патология кожи, ассоциированная с ангиопатией; 4) идиопатические высыпания; 5) бактериальные и грибковые инфекции [8, с. 52].

В классификации, предложенной А.А. Kalus et all [3], выделяют 2 группы диабет-ассоциированных кожных поражений:

1) кожные проявления СД, ассоциированные с метаболическими, васкулярными, неврологическими или иммунными нарушениями (диабетическая склередема, черный акантоз, диабетическое утолщение кожи, ограничение подвижности суставов и склеродермоподобный синдром, эруптивные ксантомы, кожные инфекции (бактериальные, грибковые), диабетические язвы);

2) заболевания, связанные с СД, с неясным патогенезом (липоидный некробиоз, кольцевидная гранулема, диабетический пузырь, диабетическая дерматопатия).

Попытки систематизировать разнообразные ДАД объясняются более высокой распространенностью заболеваний кожи среди пациентов с СД, по сравнению с общей популяцией. Так, S. Mahajan и соавт. [24] при обследовании 150 больных СД наблю-

дали поражения кожи у 66%, по сравнению с 21% лиц в контрольной группе с нормальным углеводным обменом. Поражение кожи были выявлены у 61% из 200 обследованных пациентов с СД [24].

В различных обзорах описывают наиболее часто встречающееся ДАД:

1) Диабетическая дерматопатия в виде папулезных высыпаний с последующей трансформацией в множественные, округлые, атрофические красновато-коричневые пятна, диаметром до 1 см на передней поверхности голени. Дерматоз чаще выявляют у мужчин с длительным течением СД. Субъективные симптомы отсутствуют, элементы могут исчезать самостоятельно в течении 1–2 лет. И.Б. Мерцалова и соавт. [4] считают, что развитие дерматоза связано с избыточным гликированием белков и мукополисахаридов, а также микроциркуляторными нарушениями вследствие диабетической ангиопатии. Установлена зависимость между выраженностью диабетической дерматопатии и тяжестью микрососудистых изменений СД (диабетической ретинопатии и нефропатии) [27]. Специфическое лечение дерматоза отсутствует.

2) Диабетический буллез – невоспалительная ДАД. Проявляется безболезненными, поверхностными буллами, возникающими внезапно, чаще на пальцах кистей и стоп, предплечьях. Исход – заживают без рубцевания через 2–6 недели, иногда осложняются вторичной бактериальной инфекцией или геморрагией. В отсутствие инфицирования специфического лечения не требуется. При присоединении бактериальной инфекции возможно местное использование антисептиков [15].

3) Эруптивные ксантомы – представлены бляшками желтоватого цвета, с преимущественной локализацией на коже лица, сгибательных поверхностях конечностей, груди, шеи [32]. Дерматоз развивается на фоне гиперлипидемии и обусловлен отложением триглицеридов и скоплением гистиоцитов в дерме. Чаще бывают при СД 2-го типа [18]. В биоптате пораженной кожи в

дерме обнаруживают инфильтраты, состоящие из пенистых макрофагов, лимфоцитов и нейтрофилов. Лечение направлено на коррекцию гиперлипидемии [20].

4) Черный акантоз (*acanthosis nigricans*) – характеризуется темно-коричневыми бархатистыми ворсинчатыми разрастаниями кожи с преимущественным поражением крупных складок (шейных, подмышечных, паховых) [12]. Часто сочетается с инсулинорезистентностью (ИР) [11], выявляют при СД 2-го или гиперинсулинемии. Предполагают, что избыток циркулирующего инсулина связывается с эпидермальными рецепторами инсулиноподобных ростовых факторов (IGF), что вызывает пролиферацию кератиноцитов, акантоз и гиперкератоз [33]. В ряде случаев черный акантоз может быть симптомом злокачественных заболеваний (аденокарциномы желудка и кишечника, лимфомы и некоторых других) [7].

5) Частой ДАД, особенно при неудовлетворительном контроле течения СД, являются грибковые поражения кожи. Чаще всего встречается кандидоз – хроническое рецидивирующее заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*, с преимущественным поражением слизистых, области гениталий и крупных складок кожи, межпальцевых складок кистей и стоп [6]. Достаточно часто регистрируют онихомикоз кистей и стоп. Диагноз микоза основывается на характерной клинической картине, подтверждается бактериоскопическими и бактериологическими исследованиями.

6) Липоидный некробиоз (ЛН) – хронический дерматоз, в основе которого лежат метаболические и микроциркуляторные нарушения, проявляющиеся дегенерацией коллагена в дерме. Первое описание дерматоза сделано Морисом Оппенгеймом в 1929 г. У пациента, продемонстрированного на заседании Венского дерматологического общества, имелись очаги на вентральной и дорсальной поверхностях голени, туловище и лице. Заболевание получило название «*dermatitis atrophicans lipoidica diabetica*». В 1960 г. T. Rollins и R. Winkelmann показали,

что ЛН может развиваться и у пациентов с нормальным углеводным обменом, в связи с чем авторами было предложено исключить слово «диабетический» из названия, на данный момент общепринятым считают термин «necrobiosis lipoidica» [5]. В России ЛН впервые описан в 1940 г. А.В. Устиновским. Данные о распространенности заболевания неоднозначны. Чаще возникает у пациентов с СД 1-го типа (6,5%) и MODY-диабетом (2,8%) [39], по сравнению с больными СД 2-го типа (0,4%) [25]. Считают, что женщины болеют в 3 раза чаще, чем мужчины [23]. Первые симптомы обычно возникают в возрасте от 20 до 60 лет [39]. В 10–50% случаев ЛН встречается как самостоятельное заболевание без СД. Описаны его возможные ассоциации с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы, болезнью Крона и язвенным колитом, саркоидозом, витилиго, псориазом, что может объясняться фенотипическими и функциональными дефектами клеточного иммунитета [26, 28, 39].

Генез ЛН недостаточно изучен, его возникновение и прогрессирование мультифакториальны. В связи с тем, что заболевание наиболее тесно ассоциировано с СД, ведущей причиной патологии признается нарушение углеводного обмена. Изучение экспрессии транспортера глюкозы GLUT-1 выявило ее нарушение в фибробластах. Это может приводить к дегенерации коллагена и прогрессирующей потере чувствительности ткани к действию инсулина, а также к структурным изменениям дермы [21]. В генезе дерматоза признается значимость нарушений нервной трофики, вследствие автономной нейропатии. Результаты гистохимических исследований демонстрируют значительное снижение плотности расположения интрадермальных нервных волокон в центральной части некробиотического участка и на его периферии, что может объяснять снижение периферической чувствительности, обнаруживаемое у многих пациентов [19]. Значимым патогенетическим фактором является и диабетическая микроангиопатия со снижением перфузии и нарушением оксиге-

нации кожи [17]. В качестве основной причины этих нарушений считают отложения иммуноглобулинов, С3-компонента комплемента и фибриногена в стенках артериол, а также высказывается предположение, что некробиоз коллагена может быть спровоцирован аутоиммунным васкулитом [31]. Определенную роль может играть нарушение венозного оттока, что объясняет характерную локализацию очагов на голених [38]. В генезе дерматоза принимает участие и нарушение структуры коллагена. Регистрируемое повышение уровня лизилоксидазы у ряда пациентов с ЛН – возможная причина избыточного образования перекрестных сшивок коллагена, что может являться причиной утолщения базальной мембраны [7].

Описаны семейные случаи данного дерматоза [34]. К настоящему моменту не удалось установить связь заболевания с наличием определенных антигенов системы гистосовместимости или выявить конкретные гены, ответственные за предрасположенность к нему. Значение генетических факторов в развитии заболевания остается спорным. Предполагается, что генетическая предрасположенность реализуется при воздействии неблагоприятных экзогенных факторов: инфекционных, физических (травма), медицинских.

Выделяют 2 клинические формы ЛН: классическую и атипичную, с 2 клиническими вариантами – склеродермоподобным и поверхностно-бляшечным. Как правило, очаги ЛН на голених, и у 85% пациентов с СД поражение ограничивается данной областью [37]. В некоторых случаях ЛН локализуется на локтевой поверхности предплечья, кистях, туловище, стопах, лице, волосистой части головы. Диссеминированное поражение встречается крайне редко. Нарушения целостности кожи в очагах ЛН развиваются у 25–33% пациентов, чему чаще всего предшествуют травмы [14]. Среди всех дерматозов, ассоциированных с СД, именно ЛН чаще всего вызывает трудности у врачей различных специальностей (эндокринологов, хирургов, дерматологов) в диагностике,

дифференциальной диагностике и выборе терапевтической тактики, особенно при наличии хронических трофических язв.

Классическая форма ЛН начинается с появления небольших розово-синюшных пятен или плоских узелков округлой формы, склонных к периферическому росту. В дальнейшем формируются четко отграниченные овальной формы бляшки от 1 до 10 см и более в диаметре. Весь очаг поражения возвышается над уровнем окружающей кожи. Границы четкие, цвет от желтовато-красного до бурого. На поверхности может наблюдаться легкое шелушение, в основании при пальпации определяется небольшая инфильтрация. Уже в этой стадии узелки, расположенные по краю очага, приобретают фиолетовый оттенок, возвышаются над уровнем его центральной части. В результате периферического роста элементы постепенно сливаются. После длительного существования (от нескольких месяцев до 2–3 лет) заболевание переходит в заключительную стадию, которая характеризуется образованием округлых бляшек с блестящей поверхностью, запавшим желтовато-бурым центром. С течением времени кожа в центральной зоне становится атрофичной, на ее поверхности видны телеангиэктазии. Очаги поражения обычно не вызывают субъективных ощущений, кроме легкого зуда и стягивания, лишь при изъязвлении могут появляться умеренная болезненность, жжение. Однако косметологические дефекты, обусловленные дерматозом, могут представлять значимую психологическую проблему, особенно у молодых пациентов [7].

Диагноз ЛН ставится на основании характерной клинической картины. При атипичных поражениях необходимо гистологическое исследование. Чаще всего изменения кожи при ЛН дифференцируют с кольцевидной гранулемой, склеродермией и саркоидозом. Ранние проявления ЛН трудно дифференцировать с кольцевидной гранулемой, так как патоморфологические изменения в дерме могут иметь сходные признаки [37]. Локализованная кольцевидная гранулема

характеризуется появлением мелких (0,1–0,5 см в диаметре), плотных, гладких полушаровидных, слегка уплощенных блестящих узелков розоватого или цвета нормальной кожи, расположенных кольцевидно или группами в виде полукольца на тыльной поверхности кистей, стоп, голеней, предплечий. Диаметр очагов постепенно увеличивается, составляя 1–5 см и более, в центральной части очага кожа нормальная или слегка синюшная. Периферический край очага составляют соприкасающиеся узелки. Субъективные ощущения отсутствуют. При папулезной форме узелки расположены изолированно друг от друга [1].

Для глубокой кольцевидной гранулемы характерно подкожное расположение узелков. Данный вид дерматоза наблюдается чаще у детей младше 6 лет в виде единичных или множественных клинически не выраженных глубоких дермальных или подкожных узлов на голенях, предплечьях, локтях, тыльной стороне кистей, пальцах и особенно на волосистой части головы. Узлы на конечностях обычно подвижные, хотя могут быть связаны с фасциями, на волосистой части головы – всегда плотно соединены с надкостницей. Наиболее сложна дифференциальная диагностика ЛН и диссеминированной кольцевидной гранулемы, которая проявляется множественными очагами высыпаний на различных участках тела. Такие очаги чаще встречаются у пациентов с СД, в большинстве случаев у лиц старше 50 лет. При гистологическом исследовании кольцевидной гранулемы, в отличие от ЛН, регистрируются хронические инфильтраты и гранулематозное воспаление в верхнем и среднем слоях дермы, отложения гликозаминогликанов в очагах дистрофии коллагена. Отсутствуют сосудистые изменения, отложения липидов, гигантские клетки, изъязвление эпидермиса [7].

На определенных стадиях развития процесса отмечают клиническое сходство склеродермоподобного ЛН и бляшечной склеродермии. Ограниченная склеродермия проявляется склеротическими бляшками на



коже, имеющими лиловые края и гипопигментацию в центре. При гистологическом исследовании выявляется различная степень воспаления и склероз дермы. Коллагеновые пучки не разрываются, очагов некробиоза не наблюдается, липоидные зерна или их скопления не определяются [9].

Кольцевидные очаги саркоидоза могут имитировать диссеминированные пятнистые очаги ЛН у пациентов без СД, при этом для саркоидоза специфичны округлая или полушаровидная форма узелков и их синюшно-бурая окраска. Наряду с кожными проявлениями для заболевания характерны поражение легких, лимфаденопатия средостения, поражение костей, печени. При ги-

стологическом исследовании обнаруживаются ограниченные и сливающиеся между собой гранулемы без некротических изменений, состоящие из гистиоцитарных и эпителиоидных клеточных элементов с примесью гигантских многоядерных клеток типа Пирогова – Лангханса [2].

Довольно часто СД сопровождают различные аллергодерматозы: экзема и атопический дерматит, которые наблюдают у 8,1% больных СД [35].

Таким образом, многообразие ДАД определяют настороженность врачей различных специальностей для раннего выявления СД и оптимизации лечебно-реабилитационной тактики, как дерматоза, так и СД.

## Список литературы

1. Дерматовенерология [Текст] / под ред. А. А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 352 с.
2. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней [Текст] / под ред. А. Д. Кацам-Баса, Т. М. Лотти. – М.: МЕДпресс, 2009. – 630 с.
3. Калус, А.А. Сахарный диабет и другие эндокринные заболевания [Текст] / А.А. Калус, Э.Д. Чин, Д.Е. Олеруд // Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. / под ред. А. А. Кубановой, О. Л. Иванова, А. А. Кубанова, А. Н. Львова; пер. с англ. – М.: Бином, 2012. – С. 1594–1604.
4. Мерцалова, И. Б. Болезни кожи при сахарном диабете [Текст] / И. Б. Мерцалова // Лечащий врач. – 2007. – № 10. – С. 56–59.
5. Семенова, Д. А. Липоидный некробиоз у больных сахарным диабетом: патогенетические и клинические особенности [Текст] / Д. А. Семенова, А. Ю. Токмакова // Сахарный диабет. – 2011. – Т. 14, № 4. – С. 51–54.
6. Сергеев, А. Ю. Грибковые инфекции. Руководство для врачей [Текст] / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. – М.: БИНОМ-Пресс, 2003. – 480 с.
7. Токмакова, А. Ю. Поражения кожи при сахарном диабете: клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, особенности лечения [Текст] / А. Ю. Токмакова, Д. А. Семенова, Е. Л. Зайцева // Consilium Medicum. – 2020. – Т. 22, № 7. – С. 64–68.
8. Хлебникова, А. Н. Особенности наружной терапии патологии кожи у больных сахарным диабетом [Текст] / А. Н. Хлебникова, Н. В. Марычева // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – № 6. – С. 52–58.
9. Хэбиф, Т.П. Кожные болезни. Диагностика и лечение [Текст] / Т. П. Хэбиф; под общ. ред. А. А. Кубановой; пер. с англ. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 578 с.
10. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021 [Текст] / И. И. Дедов [и др.] // Сахарный диабет. – 2021. – Т. 24, № 3. – С. 204–221.
11. Acanthosis nigricans and insulin resistance in overweight children and adolescents [Text] / С. Е. Kluczyk [et al.] // An. Bras. Dermatol. – 2012. – Vol. 87, N 4. – P. 531–537.
12. Acanthosis nigricans: high prevalence and association with diabetes in a practicebased research network consortium – a Primary care Multi-Ethnic Network (PRIME Net) study [Text] / A. S. Kong [et al.] // J. Am. Board. Fam. Med. – 2010. – Vol. 23. – P. 476–485.
13. Bhat, Y. J. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus [Text] / Y. J. Bhat, V. Gupta, R. P. Kudyar // Int. J. Diab. Dev. Ctries. – 2006. – Vol. 26. – P. 152–155.
14. Bub, J. L. Diabetes mellitus [Text] / J.L. Bub, J.E. Olerud // Fitzpatrick's dermatology in general medicine / ed. by I. M. Freedberg [et al.] – New York, NY: McGraw-hill,

2003. – P. 1656–1657.
15. *Bullosis diabeticorum associated with a prediabetic state* [Text] / P. R. Lopez [et al.] // *South Med. J.* – 2009. – Vol. 102, N 6. – P. 643–644.
  16. *Dermoscopy in the Diagnosis of Inflammatory Dermatoses. Systematic Review Findings Reported for Psoriasis, Lupus and Lichen Planus* [Text] / L.C. Cook [et al.] // *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* – 2018. – Vol. 11, N 4. – P. 41–42.
  17. *Eberle, F. C. Fumaric Acid Esters in Severe Ulcerative Necrobiosis Lipoidica: A Case Report and Evaluation of Current Therapies* [Text] / F. C. Eberle, K. Ghoreschi, M. Hertl // *Acta Derm. Venereol.* – 2010. – Vol. 90. – P. 104–106.
  18. *Eruptive xanthomas as a cutaneous manifestation of hypertriglyceridemia: a case report* [Text] / M. Digby [et al.] // *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* – 2011. – Vol. 4, N 1. – P. 44–46.
  19. *Fernandez-Flores, A. Necrobiosis lipoidica and cutaneous anaesthesia: immunohistochemical study of neural fibres* [Text] / A. Fernandez-Flores // *Folia Neuropathol.* – 2008. – Vol. 46, N 2. – P. 154–157.
  20. *Henning, J. S. Yellowish papules on a middle-aged man. Eruptive xanthoma* [Text] / J. S. Henning, M. G. Fazio // *Am. Fam. Physician.* – 2011. – Vol. 83, N 1. – P. 73–74.
  21. *Holland, C. Expression of the human erythrocyte glucose transporter Glut-1 in areas of sclerotic collagen in necrobiosis lipoidica* [Text] / C. Holland, V. Givens, B. R. Smoller // *J. Cutan. Pathol.* – 2001. – Vol. 28, N 6. – P. 287–290.
  22. *IDF Diabetes Atlas* [Electronic res.]. – Tenth edit. – [Б.м.], 2021. – URL: <https://diabetesatlas.org/>
  23. *Lynch, J. M. Collagenolytic (necrobiotic) granulomas: part II – the "red" granulomas* [Text] / J. M. Lynch, T. L. Barrett // *J. Cutan. Pathol.* – 2004. – Vol. 31, N 6. – P. 409–418.
  24. *Mahajan, S. Cutaneous manifestation of diabetes mellitus* [Text] / S. Mahajan, R. V. Karanne, S. K. Sharma // *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol.* – 2003. – Vol. 69. – P. 105–108.
  25. *Maturity-onset diabetes of the young with necrobiosis lipoidica and granuloma annulare* [Text] / F. Marchetti [et al.] // *Pediatr. Dermatol.* – 2006. – Vol. 23, N 3. – P. 247–250.
  26. *Miescher's granulomatosis (granulomatosis disciformis chronica et progressiva) in a non-diabetic patient - case report* [Text] / B. Bergler-Czop [et al.] // *Diagn. Pathol.* – 2009. – № 4. – P. 28.
  27. *Morgan, A. J. Diabetic dermopathy: A subtle sign with grave implications* [Text] / A. J. Morgan, R. A. Schwartz // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2008. – Vol. 58, N 3. – P. 447–451.
  28. *Necrobiosis lipoidica-like skin lesions in systemic sarcoidosis* [Text] / K. Igawa [et al.] // *J. Dermatol.* – 1998. – Vol. 25, N 10. – P. 653–656.
  29. *Patch test reactions through the lens of dermoscopy: Further insights, particularly on weak allergic reactions* [Text] / Monica Corazza [et al.] // *Contact Dermatitis.* – 2019. – Vol. 81, N 6. – P. 417–425.
  30. *Pattern of cutaneous manifestations in diabetes mellitus* [Text] / A. Goyal [et al.] // *Indian J. Dermatol.* – 2010. – Vol. 55, N 1. – P. 39–41.
  31. *Periorbital necrobiosis lipoidica diabeticorum: case report* [Text] / S. Sizmaz [et al.] // *Int. Ophthalmol.* – 2008. – Vol. 28. – P. 307–309.
  32. *Pickens, S. Eruptive xanthoma: a case report* [Text] / S. Pickens, G. Farber, M. Mosadegh // *Cutis.* – 2012. – Vol. 89, N 3. – P. 141–144.
  33. *Prevalence and determinants of insulin resistance among U.S. adolescents: a population-based study* [Text] / J.M. Lee [et al.] // *Diabetes Care* – 2006. – Vol. 29. – P. 2427–2432.
  34. *Roche-Gamón, E. Familial Necrobiosis lipoidica not associated with diabetes* [Text] / E. Roche-Gamón, J. J. Vilata-Corell, M. Velasco-Pastor // *Dermatol. Online J.* – 2007. – Vol. 13, N 3. – P. 26.
  35. *The Cross-Talk Between Atopic Dermatitis and Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis Monitoring Editor: A. Muacevic and J.R Adler* [Text] / H.O. Mirghani [et al.] // *Cureus.* – 2021. – Vol.13, N 3. – e13750.
  36. *The Prevalence of Skin Disorders in Type-2 Diabetic Patients* [Text] / S. Sasmaz [et al.] // *The Internet Journal of Dermatology.* – 2004. – Vol. 3, Issue 1. – P. 2.
  37. *Vasiliana, M. S. Correlation of diabetes mellitus with necrobiosis lipoidica and granuloma annulare* [Text] / M. S. Vasiliana, A. Kouris, N. Stavrianeas // *Dermattikon, Greece.* – 2010. – N.5-7. – P. 73–78.
  38. *Venous insufficiency in patients with necrobiosis lipoidica* [Text] / T. Nakajima [et al.] // *J. Dermatol.* – 2009. – Vol. 36, N 3. – P. 166–169.
  39. *Wee, S. A. Necrobiosis lipoidica* [Text] / S. A. Wee, P. Possick // *Dermatol. Online J.* – 2004. – № 30. – P. 18.



*Logunov P.V.*

## CLINICAL AND PATHOGENETIC FEATURES OF SKIN LESIONS IN DIABETES MELLITUS

*G.V. Bondar Republican Cancer Center MH DPR*

### *Summary*

The article systematizes data on dermatological diseases associated with diabetes mellitus, discusses the features of complexity, course, diagnosis and differential diagnosis. Peculiarities of dermatological treatment of patients with disorders of carbohydrate metabolism are noted.

**Key words:** *diabetes mellitus, skin lesions, pathogenesis, diagnostics, treatment.*

### Авторская справка

**Логунов П.В.** врач-дерматовенеролог высшей категории, Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР; тел.: +380713615399

УДК 616.314+089.87-022.6:616.311-002.155]-085

*Комаревская Е.В., Чайковская И.В., Деньгина Е.Б., Павленко М.Ю.*

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НА МИКРОБНУЮ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА ПРИ СЕРОЗНОМ АЛЬВЕОЛИТЕ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

### **Резюме**

В ходе работы проведена оценка эффективности лечебных мероприятий и их влияние на микробную обсемененность слизистой оболочки лунки удаленного зуба у пациентов с серозным альвеолитом. Стойкий результат местных воздействий, приведший к быстрому купированию болевого синдрома, снятию воспалительного процесса и сокращению сроков заживления лунки удаленного зуба, подтверждается клиническими, рентгенологическими и микробиологическими исследованиями.

**Ключевые слова:** *слизистая оболочка полости рта, микробная обсемененность, серозный альвеолит.*

---

Операция удаления зуба является одной из самых распространенных операций в стоматологической практике. При этом количество возникающих осложнений значительно [1]. Одна из основных причин развития воспалительных осложнений, возникающих после удаления зуба – повышение вирулентности патогенной микрофлоры на фоне снижения резистентности тканей ротовой полости [3].

Принимая во внимание все вышесказанное, очевидно, что разработка эффективного метода лечения альвеолита, который способствовал бы профилактике, купированию воспалительных явлений и снижению болевого синдрома остается на сегодняшний день актуальной проблемой современной амбулаторной хирургической стоматологии [2, 4].

### **Цель работы**

Оценить эффективность и влияние лечебных мероприятий на микробную об-

семененность слизистой оболочки лунки удаленного зуба у пациентов с серозным альвеолитом.

### **Материал и методы**

Перед обследованием и лечением все пациенты подписали добровольное информированное согласие.

В зависимости от используемых методов лечения были отобраны пациенты с серозной формой альвеолита на фоне сопутствующей патологии и разделены на 2 рандомизированные группы: I группа – 30 пациентов, с использованием разработанной схемы лечения, и II группа – 30 пациентов, которым проводилось традиционное лечение согласно протоколам оказания стоматологической помощи.

На каждого обследуемого заполнялась амбулаторная карта стоматологического больного (форма 043/У). Диагноз альвеолит сухая лунка устанавливался на основании клинических данных и изучения в ротовой

жидкости (РЖ) показателей воспаления. Обследование проводили по обычной схеме: жалобы, сбор анамнеза (как стоматологического, так и соматического); объективный осмотр.

При сборе жалоб уточняли характер боли (периодическая, постоянная, наличие иррадиации, изменение интенсивности болевых ощущений в зависимости от времени суток); функциональные нарушения (затрудненное открывание рта; болезненное глотание, нарушение функции приема пищи и речи); состояние общего самочувствия; температурную реакцию.

При сборе анамнеза заболевания выясняли, когда была проведена операция удаления зуба, какое было удаление (простое или сложное), по поводу чего было предпринято данное вмешательство, наличие ранних постэкстракционных осложнений (кровотечение, гематома и т.п.), когда начала беспокоить лунка удаленного зуба и на какие сутки обратились от начала заболевания. Особое внимание обращали на наличие сопутствующей патологии, которая была выявлена у пациентов смежными специалистами.

При объективном осмотре отмечали наличие отека мягких тканей, изменение окраски кожных покровов, реакцию региональных лимфоузлов, степень открывания рта. В полости рта - состояние лунки удаленного зуба: наличие кровяного сгустка в лунке (заполнена полностью, частично, кровяной сгусток в лунке отсутствует); состояние сгустка (гнойное расплавление; некротический распад); наличие визуально определяемых инородных тел (костных включений, фрагментов зуба), при отсутствии сгустка оценивали состояние костных стенок альвеолы (наличие фибринозного налета, изменение цвета, структуры). Затем определяли состояние окружающей слизистой оболочки: степень отека, гиперемии, травматические повреждения (с дефектом и без дефекта тканей), реакцию со стороны переходной складки, ее отечность, болезненность при пальпации.

Состояние костной ткани в обла-

сти удаленного зуба оценивали с помощью рентгенологических методов исследования: определение наличия или отсутствия мелких костных фрагментов, осколков зубов, а также наличие острых краев лунки, дефектов в стенках альвеол.

Для изучения аэробной (факультативно-анаэробной) и анаэробной микрофлоры лунки зуба производили забор материала с помощью оригинальных стерильных квачей и дальше культивировали с последующей идентификацией. Собранный материал у кресла пациента вносили в регенерированную полужидкую транспортную среду для культивирования анаэробов. Далее осуществлялось культивирование среды на протяжении 3-7 суток при  $t=37^{\circ}\text{C}$ .

Одновременно с посевом на транспортную среду другим квачем выполняли посев исследуемого материала на чашки с обогащенным кровяным агаром. Наиболее оптимальной считали тиогликолевую питательную среду производства Института вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, в которую добавляли 1,5% агара «Дифко», 5% крови и 0,5-1% дрожжевого гидролизата в качестве стимулятора роста микроорганизмов. При идентификации патогенности (аэробы, факультативные анаэробы) целесообразно выращивать в анаэробных условиях при 5-6%  $\text{CO}_2$ . Чашки с посевами исследуемого материала инкубировали при  $t=37^{\circ}\text{C}$  в течение 18-27 часов для выделения чистых культур аэробных и факультативно-анаэробных бактерий с последующей идентификацией.

Из транспортной среды в течение 7-суточной инкубации с интервалом в 2 дня готовили мазки, окрашивали их по Грамму, следили за появлением признаков роста по изменению внешнего вида среды (помутнение, газообразование, наличие колоний в глубине транспортной полужидкой среды).

Для оценки количества аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, вегетирующих в лунке зуба, использовалась методика стерильных бумажных дисков Н.Ф. Клемпарской и Г.А. Шальной.

Для определения чувствительности

выделенных культур микроорганизмов к антимикробным препаратам использовали метод стандартных бумажных дисков с использованием агара (или бульона) Мюллера-Хинтона и среды, на ее основе.

Всем пациентам комплекс лечебных мероприятий проводили преимущественно в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи. Лечебный процесс был направлен в первую очередь на ликвидацию острых воспалительных явлений.

Лечение альвеолита, с использованием традиционных методов лечения включало в себя: ревизию и при необходимости кюретаж лунки; общую терапию (антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, физиолечение); местную терапию (обезболивание, антисептическая обработка лунки и введение различных лекарственных препаратов).

Комплексное хирургическое лечение, с использованием разработанной композиции содержало базовую терапию в зависимости от выраженности воспалительных явлений, общей и местной картины заболевания, а также данных медицинской визуализации.

Для уменьшения болевых ощущений применяли блокаду местными анестетиками. Для очищения альвеолы промывали лунку раствором Октенидина (промывание со шприца, через тупую иглу). Если струей раствора удавалось очистить от свободно лежащих костных и зубных отломков, тканей *locus morbi* подвергшихся распаду, то кюретаж лунки не проводили. В случае выявления некротических тканей, острой кюретажной ложкой выскабливали содержимое и осторожно помещали в лунку поликомпонентную пасту на основе кальция гидроксипатита, алюминия гидроксида, магния трисиликата, димедрола, раствора сульфамида под повязку без ее замены. Предложенный состав для лечения альвеолита готовился экстенпорально в аптечных условиях и представлял собой состав плотной консистенции, который свободно вводится в лунку зуба при помощи гладилки хирургической.

Все манипуляции по изготовлению лекарственного средства производились в стерильных условиях, с дальнейшим помещением состава в банку из темного стекла с притертой крышкой.

Разработанный состав, предложенный и внедренный в практическое здравоохранение, наиболее эффективный за счет: во-первых, 10% водного раствора сульфамида натрия как антимикробного препарата, действующего на грамположительные (стрептококки, стафилококки и т.д.) и грамотрицательные (кишечная палочка и т.д.) микроорганизмы, во-вторых, алюминия гидроксида и магния трисиликат – адсорбентов, с выраженными свойствами и соответствующей буферной средой, которые несколько смягчают щелочность гидроксипатита кальция, то есть и гидроокись алюминия, и магния трисиликат характеризуются определенным некротическим действием (воспалительная гидратированная ткань требует некоторого «осушения», более того, фон воспаления – кислая среда). Поэтому для купирования патологического процесса адекватным, на наш взгляд, является нейтрализация кислой реакции, что, собственно, и происходит под влиянием щелочных растворов. Изменения pH улучшают состояние *locus morbi*. Указанные вещества обладают также и обволакивающими свойствами, обеспечивающими в какой-то степени анальгезирующий эффект в связи с влиянием на чувствительные нервные окончания. Димедрол, включенный в данный состав, – антигистаминный препарат местноанестезирующего действия, обладает обезболивающим эффектом и дезактивацией части биологически активных веществ, вырабатываемых в очаге воспаления. Он частично снимает спазмы, уменьшает проницаемость капилляров, предотвращает развитие отека тканей, обладает противоаллергическим, противовоспалительным действием. Гидроксипатит кальция биосовместимый наполнитель, неспособный к резорбции, ингибирует костеобразование, в том числе и за счет сорбции костного морфогенетического белка.

Применение предложенной авторами лекарственной композиции в виде пасты не требует участия врача в периодической замене повязки.

### Результаты и обсуждение

Результаты проведенного лечения оценивались на основании клинико-лабораторных исследований, проводимых до лечения, после, а также через 10 дней. Анализ результатов, полученных после лечения свидетельствует о положительной динамике ( $p < 0,001$ ) в основной группе пациентов с серозным альвеолитом.

Под «значительным улучшением» понимали исчезновение жалоб пациентов (неприятного запаха изо рта, чувство дискомфорта, боли, отека, гиперемии, температуры, нормализации сна и аппетита). Состояние «улучшения» в основной группе, было отмечено у 27 из 30 пациентов и составило  $90,0 \pm 5,5$ , ( $p < 0,001$ ). В группе сравнения, состояние улучшения было зафиксировано только у 12 пациентов, что составило  $40,0 \pm 8,9$ .

Состояние «незначительного улучшения» и «отсутствия изменений или ухудшение состояния» было зафиксировано только у пациентов в группе с традиционным лечением ( $p < 0,001$ ): незначительное улучшение выявлено у 6 пациентов (жалобы на гиперемию и боли при пальпации, отек, лунка грязно-серого цвета, повышением температуры тела, увеличенными подчелюстными лимфатическими узлами, запахом изо рта, затрудненным глотанием, нарушением сна и аппетита), что составило  $20,2 \pm 7,3$  отсутствие изменений у 12 пациентов, что составило  $40,0 \pm 8,9$ .

Анализ результатов определения микробного пейзажа лунки удаленного зуба до лечения позволил выявить особенности дисбиотических изменений, которые свидетельствуют о более высоком проценте заселения данной экониши различными микроорганизмами, оказывающими влияние на ход заживления лунки зуба.

Обсемененность лунки удаленного зуба в основной группе характеризова-

лась снижением удельного веса представителей аэробной флоры, а именно: грибов рода *Candida*  $7,7 \pm 2,5$  ( $p < 0,05$ ), коринебактерий  $10,3 \pm 2,8$  ( $p < 0,05$ ), превотелл  $18,8 \pm 3,6$  ( $p < 0,05$ ), стафилококков  $22,2 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ), стрептококков  $33,3 \pm 4,4$  ( $p < 0,05$ ), энтерококков  $7,7 \pm 2,5$  ( $p < 0,05$ ). Снижается удельный вес анаэробной флоры, а именно: актиномицет  $36,6 \pm 7,5$ , пептострептококков  $46,3 \pm 7,8$ , а также фузобактерий  $17,1 \pm 5,7$  ( $p < 0,05$ ). Тогда как в группе сравнения из лунки удаленного зуба продолжал нарастать удельный вес превотелл  $17,2 \pm 2,7$ , стрептококков  $37,5 \pm 3,5$  ( $p < 0,05$ ), на фоне незначительного снижения энтерококков  $8,9 \pm 2,1$  ( $p < 0,05$ ), который является виновником развития гнойно-воспалительного процесса.

Анализ результатов выделенных из лунки удаленного зуба микроорганизмов в группе сравнения – 30 пациентов показал, что явного восстановления и приближения к состоянию эубиоза даже не наблюдается. Хотя мы понимаем, что восстановление данного состояния – процесс длительный, однако, полученные результаты, свидетельствуют не о положительной динамике, а наоборот, о состоянии пограничной зоны с превалированием данного процесса в отрицательную сторону.

Через 10 дней после проведенной терапии, у пациентов с серозным альвеолитом основной группы, отмечается стойкое улучшение эубиотического равновесия. Так, удельный вес персистирующих резидентов: *Candida* ( $7,0 \pm 3,0^{\#}$ ), коринебактерий ( $11,3 \pm 3,8^{\#}$ ), протея ( $18,3 \pm 4,6^{\#}$ ), стафилококков ( $23,9 \pm 5,1^{\#}$ ), стрептококков ( $31,0 \pm 5,5^{\#}$ ), энтерококков ( $8,5 \pm 3,3^{\#}$ ), существенно изменяется ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что и представители анаэробной флоры, имеют также динамику: актиномицеты ( $40,0 \pm 8,9^{\#}$ ), пептострептококки ( $50,0 \pm 9,1^{\#}$ ), фузобактерии ( $10,0 \pm 5,5^{\#}$ ).

В группе сравнения, изменения также были выявлены, однако, имели противоположное значение: увеличилось число пациентов с видовым полиморфизмом за счет резидентных обитателей: значительно уве-



личилась *Candid* ( $10,7 \pm 2,8$ ), стрептококки ( $36,9 \pm 4,4$ ), фузобактерии ( $17,9 \pm 4,7$ ).

Оценивая эффективность лечебных мероприятий у пациентов двух групп через 10 дней, установлено, что при использовании разработанной схемы лечения нами было достигнуто значительное улучшение в 29 наблюдениях ( $96,7 \pm 3,3$ ), чего нельзя сказать о группе с традиционным лечением, где результат отрицателен.

Таким образом, выявленные дисбиотические нарушения микробной обсемененности в лунке удаленного зуба характеризуются появлением и увеличением удельного веса таких патогенных микроорганизмов как, грибы рода кандиды, стафилококки,

стрептококки, энтерококки, актиномицеты, бактероиды, пептострептококки, фузобактерии, а также угнетением количества бифидобактерий, пропионибактерий, отражающих состояние зубиотического равновесия ( $p < 0,001$ ).

### Выводы

Клинико-лабораторными методами исследования обоснована целесообразность комплексного лечения пациентов с серозным альвеолитом с применением антисептического раствора и лекарственной пасты, что позволило снизить показатели цитокинов, микробную обсемененность и обеспечить более быстрое заживление лунки удаленного зуба.

## Список литературы

1. Маланчук, В. О. Местное применение препарата альвостаз в амбулаторной практике хирургической стоматологии [Текст] / В. О. Маланчук, Н. Ю. Платонова // Вестник стоматологии. – 2012. – № 4 (81). – С. 49–51.
2. Федоров, В. П. Комплексное лечение больных альвеолитом [Текст] / В. П. Федоров // Стоматология. – 2005. – № 3. – С. 56–57.
3. Чергеитов, Ю. И. Клинико-биохимическая оценка
- лечения одонтогенного альвеолита челюстей с применением озонотерапии и светодиодного лазера [Текст] / Ю. И. Чергеитов, Т. П. Вавилова, Д. А. Маланчук // Институт стоматологии. – 2016. – № 70. – С. 74–75.
4. Chlorhexidine for prevention of alveolar osteitis: a randomised clinical trial [Text] / Diego Halabi [et al.] // J Appl Oral Sci. – 2018. – Vol. 26. – e20170245.

*Komarevskaya, E.V., Chaikovskaya, I. V., Dengina E.V., Pavlenko M.Y.*

### STUDY OF THE TREATMENT REGIMEN INFLUENCE ON THE BACTERIAL CONTENT OF THE MUCOUS MEMBRANE OF ALVEOLAR SOCKET OF THE EXTRACTED TOOTH IN CASES OF SEROUS ALVEOLITIS

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

#### **Summary**

In the course of the research, the effectiveness of therapeutic measures as well as their influence on the bacterial content of the mucous membrane of the alveolar socket of the extracted tooth in patients with serous alveolitis has been evaluated. The stable result of local action, which led to the rapid relief of pain, the removal of the inflammatory process and the reduction in the healing time of the socket of the extracted tooth, has been confirmed by clinical, radiological and microbiological studies.

**Keywords:** *oral mucosa, bacterial content, serous alveolitis.*

#### **Авторская справка и доленое участие**

- Комаревская Е.В.** к.мед.н., доц., доцент кафедры стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (проведение анализа и интерпретация микробного статуса, описание микробного статуса).
- Чайковская И.В.** д.мед.н., проф., профессор кафедры стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +380-71-352-45-31 (концепция работы, научное редактирование статьи).
- Денгина Е.Б.** главный врач ГБУ «Городская клиническая стоматологическая поликлиника №6 г. Донецка», +380-71-320-47-82 (анализ данных литературы, написание обзора литературы).
- Павленко М.Ю.** к.мед.н., доц., доцент кафедры стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (статистическая обработка материала, написание текста статьи).

*Митрофанов В.А.*

## ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ДОНБАССА

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

### **Резюме**

**Цель.** Сравнительный анализ динамики уровней заболеваемости и распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки и выявление наиболее восприимчивой группы населения индустриального региона в условиях последствий стресс-индуцированных состояний.

**Материалы и методы.** Рассмотрены гендерные различия распространенности и заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в основных возрастных группах населения: взрослые, подростки (возраст 14-17 лет), дети (возраст 0-14 лет) по всем районам города Донецка, в сравнении со среднероссийскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (2010-2013 гг.), переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного (2017-2019 гг.). Для расчета интенсивных показателей были использованы официальные учетно-статистические документы и показатели среднегодовой численности населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения. Межрайонные различия оценивались методом множественных сравнений Шеффе, рассчитывали коэффициенты парной корреляции Пирсона ( $p < 0,05$ ) между исследованными показателями указанных групп населения и максимальной кратностью превышения концентрации тяжелых металлов в почве каждого района.

**Результаты.** При оценке динамики уровней заболеваемости и распространенности болезнями кожи и подкожной клетчатки выявлены достоверные закономерности их развития за исследуемые периоды, достоверные корреляционные связи и наиболее восприимчивые группы населения к данной патологии. При оценке распространенности более восприимчивой группой населения за исследуемые периоды стали дети, а при оценке заболеваемости – подростки.

**Выводы.** Для предупреждения негативного влияния токсических металлов на население эко-кризисного региона в условиях военного конфликта целесообразно внедрение превентивного питания.

**Ключевые слова:** *болезни кожи, тяжелые металлы, риск, здоровье населения, почва.*

---

В индустриальных регионах загрязнение окружающей среды химическими веществами может достигать таких уровней, которые можно классифицировать как искусственно созданные биогеохимические

провинции. На таких территориях наблюдаются опосредованное негативное влияние на организм человека, что в последующем приводит к росту уровней заболеваемости и распространенности различных нозоло-

гий [1,2,3,4]. Особое значение представляет накопление в почвах солей тяжелых металлов (ТМ) [5,6], которые с учетом накопленного стресса у человека являются триггерным фактором развития патологий. В связи с этим население индустриального Донбасса в период локального военного конфликта сталкивается с ростом уровней таких патологий как: инфекционные болезни, болезни пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки и др. [7, 8, 9].

**Цель** данной работы – сравнительный анализ динамики уровней заболеваемости и распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки и выявление наиболее восприимчивой группы населения индустриального региона в условиях последствий стресс-индуцированных состояний.

### **Материалы и методы**

За основу показателя загрязнения окружающей среды была выбрана концентрация в почве, так как она не обладает свойством быстрого самоочищения и восстановления, а химические вещества, адсорбированные в ней, сохраняются десятилетиями [10]. Показатели загрязнения почвы минимально переменчивы, а от концентрации ТМ в почве зависит степень загрязненности воды и пищевых продуктов. За основу аналитического исследования, по гигиенической оценке, загрязнения почвы были взяты материалы Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, а также Института минеральных ресурсов по ранее выполненному картированию всей территории г. Донецка с отбором усредненной пробы почвы в квадратах 200\*200 метров, в случае отклонения от фоновых показателей – в квадратах 100\*100 метров, в случае значительных превышений – в квадратах 50\*50 метров. При сравнительной гигиенической оценке (ранжировании) районов г. Донецка учитывалась концентрация 8 ТМ и металлоидов (свинец, цинк, кадмий, медь, марганец, фосфор, мышьяк, таллий), рассчитывалась

кратность превышения ПДК (в случае отсутствия таковой – кратность превышения фоновых показателей) и суммарная площадь загрязнения.

Для исследования были выбраны основные возрастные группы: взрослое население, подростки (возраст 14-17 лет), дети (возраст 0-14 лет). Также изучены гендерные различия в каждой группе. Выполнен анализ распространенности и заболеваемости в указанных группах болезнями кожи и подкожной клетчатки по всем районам города Донецка, в сравнении со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (2010-2013 гг.), переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного (2017-2019 гг.). Для расчета интенсивных показателей были использованы официальные учетно-статистические документы и показатели среднегодовой численности населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения. Межрайонные различия оценивались методом множественных сравнений Шеффе. Также рассчитывались коэффициенты парной корреляции Пирсона ( $p < 0,05$ ) между исследованными показателями указанных групп населения и максимальной кратностью превышения концентрации ТМ в почве каждого района. Статистическая обработка проведена общепринятыми параметрическими методами с помощью лицензионного пакета прикладных программ MedStat.

### **Результаты и обсуждение**

Оценивая среднегородские показатели распространенности среди сравниваемых групп наблюдаем общую тенденцию: превышение уровня распространенности в 2 раза у детей по сравнению с взрослыми в исследуемых периодах. У взрослых наблюдается снижение уровня распространенности в третьем периоде. В то же время у подростков с началом боевых действий наблюдается снижение, а в военный стабильный период – рост исследуемых показателей. У детей выявляется похожая тенденция: начало военного конфликта – уменьшение, а в последующем увеличение показателей с превыше-

нием довоенного периода.

При рассмотрении различий у взрослых по всем районам отмечается снижение восприимчивости нозологиями во втором и третьем периоде по сравнению с первым периодом. В то же время у подростков данные во всех районах выше во втором и третьем периоде по сравнению с довоенным. Обращают на себя внимание Буденновский и Петровский районы, в которых с началом боевых действий достоверно ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) увеличились уровни распространенности нозологиями.

У детей наблюдается с началом конфликта снижение показателей по всем районам, а в третьем периоде значительное увеличение уровней распространенности болезни. В Петровском районе во всех периодах наблюдается достоверное ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) превышение уровня по сравнению с остальными районами. Кроме того наблюдается достоверное ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) увеличение уровня распространенности в Пролетарском районе: в 2 раза в военный переходный и в 3 раза в военный стабильный периоды по сравнению с довоенным.

При оценке гендерных различий наблюдается максимальный уровень распространенности среди анализируемых возрастных групп у детей – как мальчиков, так и девочек – во всех оцениваемых периодах. К ведущим районам можно отнести: у подростков – Петровский, у детей – Петровский и Пролетарский. Прослеживаются общие тенденции: в довоенный период у всех исследуемых групп распространенность выше у мужского населения, а в военные периоды выше у женского населения.

При анализе среднегородских уровней заболеваемости в исследуемых группах выявили, что в первом и втором периоде интенсивные показатели выше у подростков, а в третьем – у детей. В то же время у взрослых с началом боевых действий заболеваемость снижается. У подростков и детей отмечено резкое снижение заболеваемости во втором периоде и приближение к довоенному уровню в третьем периоде.

При оценке межрайонных различий следует отметить, что в военные периоды у подростков и детей в Петровском районе заболеваемость болезнями кожи достоверно ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) выше по сравнению с остальными районами, а у детей выше еще и в сравнении со среднегородскими показателями.

При рассмотрении гендерных различий установлено, что предыдущая тенденция сохранилась: у взрослых мужское население болеет больше во всех трех периодах, у подростков в первом периоде чаще болеют юноши, а в остальных – девушки. У детей тенденция изменилась: во всех трех периодах чаще болеют мальчики. У детей мужского и женского пола в каждом исследуемом периоде в Петровском районе заболеваемость достоверно ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) выше, чем во всех остальных районах.

В военный стабильный период отмечается средней силы связь распространенности патологии кожи и подкожной клетчатки у юношей с содержанием таллия ( $R=0,708$ ,  $p < 0,022$ ). В аналогичный период выявляется средней силы связь заболеваемости исследуемой патологией у подростков ( $R=0,657$ ,  $p < 0,05$ ) и сильная связь у юношей ( $R=0,813$ ,  $p < 0,008$ ) с концентрацией таллия.

У детей в целом в довоенном периоде выявлена средней силы связь заболеваемости ( $R=0,780$ ,  $p < 0,013$ ) с концентрацией мышьяка. Также связь с концентрацией мышьяка присутствует у мальчиков ( $R=0,776$ ,  $p < 0,014$ ) и девочек ( $R=0,783$ ,  $p < 0,013$ ). Во втором периоде выявлены похожие результаты: средней силы связь заболеваемости у детей ( $R=0,761$ ,  $p < 0,017$ ), мальчиков ( $R=0,761$ ,  $p < 0,017$ ) и девочек ( $R=0,756$ ,  $p < 0,018$ ) с концентрацией мышьяка. В третьем периоде также присутствует средней силы связь заболеваемости у детей ( $R=0,701$ ,  $p < 0,035$ ), мальчиков ( $R=0,721$ ,  $p < 0,029$ ) и девочек ( $R=0,657$ ,  $p < 0,05$ ) с концентрацией мышьяка.

Для предупреждения неблагоприятного влияния ТМ на подростков и детей наиболее перспективным путем с нашей точки зрения представляется внедрение пре-



вентивного питания в меню дошкольных, а также школьных образовательных организаций [11].

Таким образом, показано, что при оценке распространенности патологиями кожи и подкожной клетчатки в Донецком регионе более восприимчивой группой населения за исследуемые периоды стали дети, а при оценке заболеваемости – подростки. Это подтверждается корреляционными

связями с концентрациями ТМ (мышьяк, таллий) в почвах в периоды последствий стресс-индуцированных состояний у населения, которые усугубляют действие ксенобиотиков.

### Выводы

Для предупреждения негативного влияния ТМ на население эко-кризисного региона в условиях военного конфликта целесообразно внедрение превентивного питания.

## Список литературы

1. Березин, И.И. Влияние загрязнения почвы на формирование риска здоровью населения [Текст] / И.И. Березин, В.В. Сучков // Санитарный врач. – 2014. – № 1. – С. 10-13.
2. Игнатенко, Г.А. О целесообразности использования продуктов, обогащенных пектином, в лечебно-профилактическом питании на промышленных предприятиях Донецкого региона [Текст] / Г.А. Игнатенко [и др.] // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2019. – Т.23, №3. – С.208-213.
3. Луцевич, И.Н. Влияние климатогеографических факторов на распределение тяжелых металлов в окружающей среде и здоровье детей [Текст] / И.Н. Луцевич. // Гигиена и санитария. – 2010. – № 3. – С. 63-66
4. Митрофанов, В.А. Взаимосвязь показателей почвенных поллютантов экокризисного региона и распространенности заболеваний органов пищеварения: динамика наблюдения [Текст] / В.А. Митрофанов, А.Д. Бакалова // Материалы VI международной научной конференции Донецкие чтения 2021: образование, наука, инновации, культура и вызовы современности. – 2021. – Том 3: Биологические и медицинские науки, экология. – С.274-276.
5. Митрофанов, В.А. Особенности распространенности болезней кожи у подростков Донбасса в современных условиях [Текст] / В.А. Митрофанов, Д.О. Ластков // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2021. – Т.25, №2. – С.219-220
6. Осипова Н.А. Тяжелые металлы в почве и овощах как фактор риска для здоровья человека [Текст] / Н.А. Осипова, Е.Г. Язиков, Е.П. Янкович // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 8-3. – С. 681-686.
7. Остренко, В.В. Принцип влияния локального военного конфликта на распространенность инфекционных заболеваний среди населения Донбасса [Текст] / В.В. Остренко // Материалы VI международной научной конференции Донецкие чтения 2021: образование, наука, инновации, культура и вызовы современности. – 2021. – Том 3: Биологические и медицинские науки, экология. – С. 286-288
8. Петров, И.В. Эколого-гигиеническая оценка влияния загрязнения почвы на здоровье населения [Текст] / И.В. Петров, Е.А. Тафеева // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4.
9. Репрезентативность результатов эколого-гигиенической оценки почвы и риски здоровью населения Самарской области [Текст] / О.В. Сазонова [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т. 14. – № 5-3. – С. 635-640.
10. Тяжелые металлы как загрязнители окружающей среды: оценка риска здоровью населения [Текст] / Д. О. Ластков [и др.] // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2019. – Т.28, №2. – С. 180-183.
11. Assessment of exposure to heavy metals and health risks among residents near Tonglushan mine in Hubei, China [Text] / L.M. Cai [et al.] // Chemosphere. – 2015. – № 127. – P. 127-135.

*Mitrofanov V.A.*

**DYNAMICS OF THE INCIDENCE AND PREVALENCE  
OF DISEASES OF THE SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE AMONG THE  
POPULATION OF MODERN DONBASS**

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

**Summary**

**The aim.** Comparative analysis of the dynamics of the incidence and prevalence of diseases of the skin and subcutaneous tissue and identification of the most susceptible group of the population of the industrial region in the context of the consequences of stress-induced conditions.

**Materials and methods.** In this study, the main age groups of the population were selected: adults, adolescents (age 14-17 years old), children (age 0-14 years old) and considered gender differences in each group. The analysis of the prevalence and incidence of diseases of the skin and subcutaneous tissue in the indicated groups in all districts of the city of Donetsk was carried out in comparison with the average city indicators for 3 time periods: pre-war (2010-2013), transitional - the beginning of hostilities (2014-2016) and stable military (2017-2019). To calculate the intensive indicators, official accounting and statistical documents and indicators of the average annual population served by health care institutions were used. Interregional differences were assessed by the Scheffe multiple comparison method. The coefficients of the Pearson pair correlation ( $p < 0.05$ ) were also calculated between the studied indicators of the indicated groups of the population and the maximum frequency of excess of the HM concentration in the soil of each district.

**Results.** When assessing the dynamics of the incidence and prevalence of diseases of the skin and subcutaneous tissue, reliable patterns of their development for the periods under study, reliable correlations and the most susceptible groups of the population to this pathology were revealed. When assessing the prevalence, children became the more susceptible group of the population for the study periods, and when assessing the incidence rate, adolescents.

**Conclusions.** To prevent the negative impact of TM on the population of an eco-crisis region in a military conflict, it is advisable to introduce preventive nutrition.

**Key words:** *skin diseases, heavy metals, risk, public health, soil.*

**Авторская справка**

**Митрофанов В. А.** преподаватель-стажер кафедры гигиены и экологии им. проф. О.А. Ласткова ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРОКОГО, +380713790873, vladislav041995@gmail.com

*Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Семендяева А.В., Кондратюк Р.Б.*

## РЕСПИРАТОРНЫЙ БРОНХИОЛИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАЗОМ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

### **Резюме**

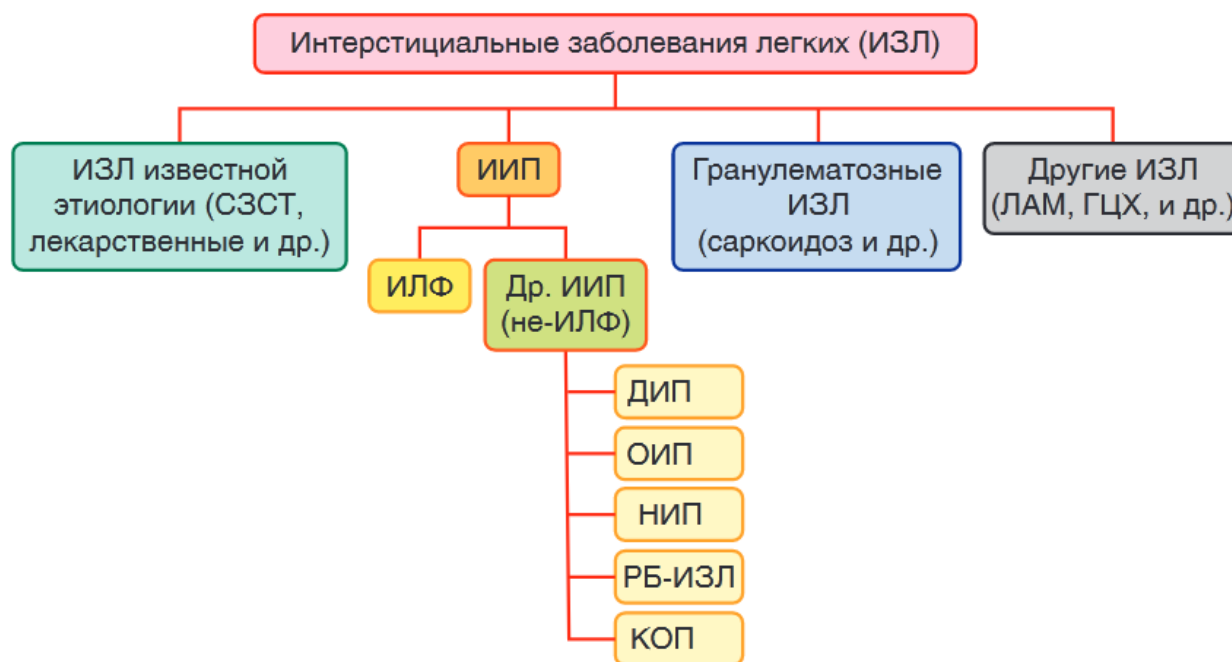
Курение является фактором, способствующим развитию воспаления мелких дыхательных путей. В большинстве случаев эти изменения минимально или умеренно выражены, что позволяет говорить о субклиническом бронхиолите. Если же речь идет о тяжелом воспалительном процессе с клинически значимым интерстициальным компонентом, диагноз будет звучать, как респираторный бронхиолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких (РБ-ИЗЛ). В данной статье описан клинический случай сочетания РБ-ИЗЛ у пациента с псориазом.

**Ключевые слова:** *псориаз, респираторный бронхиолит, интерстициальное заболевание легких.*

---

РБ-ИЗЛ входит в группу интерстициальных заболеваний легких (ИЗЛ), в подгруппу идиопатических интерстициальных пневмоний (ИПП), несмотря на уже доказанную роль курения в процессе его этиопатогенеза [4, 10] (рис. 1). В целом на сегодняшний день ученые выделяют ряд факторов, которые могут способствовать развитию ИЗЛ. К наиболее изученным из них относятся: генетическая предрасположенность (усиленная экспрессия генов, ответственных за синтез провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли альфа,

полиморфные мутации генов сурфактантных белков: SFTPB, SFTPC, ABCA3 и NKX2.1, а также дефект гена – стимулятора интерферонового ответа (STING1)), системные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, ревматоидный артрит и др.), вирусные и грибковые инфекции, воздействие ряда внешних факторов (пыль, табачный дым, тяжелые металлы и др.), прием лекарственных препаратов (метотрексат, амиодарон, блемифенин, фурадонин, циклофосфамид и др.) [1, 3, 4, 8].



**Рисунок 1.** Классификация диффузных паренхиматозных заболеваний легких (Американское торакальное общество / Европейское респираторное общество, 2013. Адаптировано С.Н. Авдеевым, 2017) [4]

Примечание: ИЛФ – идиопатический легочный фиброз; ДИП – десквамативная интерстициальная пневмония; РБ-ИЗЛ – респираторный бронхолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких; ОИП – острая интерстициальная пневмония; НИП – неспецифическая интерстициальная пневмония; СЗСТ – системные заболевания соединительной ткани; ЛАМ – лимфангиолейомиоматоз; ГЦХ – гистоцитоз X

Как следует из названия, при РБ-ИЗЛ имеет место сочетание РБ с поражением альвеол и легочного интерстиция. Первый компонент данной формы заболевания – РБ – был описан в 1974 г. D.E. Niewoehner с соавт. как случайная находка при гистопатологическом исследовании биоптатов легких курильщиков. Речь шла о пациентах молодого возраста со стажем курения, но без клинических признаков поражения бронхолегочной системы, которые умерли от заболеваний, не связанных с патологией органов дыхания. Патоморфологические изменения включали накопление пигментированных, светло-коричневого или коричневого цвета, макрофагов («макрофаги курильщиков») в просветах респираторных бронхиол и перибронхиолярных пространствах в сочетании с минимальными признаками воспалительного процесса в легочном интерстиции. Описанная пигментация макрофагов обу-

словлена воздействием компонентов сигаретного дыма, в первую очередь каолинита (силикат алюминия). В 1987 г. J. Myers и соавт. на примере клинических случаев шести пациентов описали характерные для РБ изменения в сочетании с выраженным интерстициальным компонентом, подчеркнув необходимость выделения новой нозологической формы – РБ-ИЗЛ [6, 9].

РБ-ИЗЛ встречается у лиц с индексом курения  $\geq 30$  пачко-лет, средний возраст пациентов составляет 30–40 лет. В отличие от изолированного РБ, не сопровождающегося клинической симптоматикой, РБ-ИЗЛ протекает с наличием респираторных симптомов (одышка, кашель, продукция мокроты). При этом при физикальном обследовании патологические изменения в легких часто отсутствуют, иногда аускультативно определяется крепитация [2, 4].

Функциональные легочные тесты

при РБ-ИЗЛ практически всегда выявляют снижение диффузионной способности легких по оксиду углерода. Именно для данного варианта ИЗЛ характерно наличие не только рестриктивных, но и обструктивных нарушений легочной вентиляции с увеличением остаточного объема легких. При анализе газового состава и кислотно-основного состояния крови определяются гипоксемия и гипокапния с дыхательным алкалозом. Компьютерная томография с высоким разрешением (КТВР) дает возможность обнаружить плохо контурированные центролобулярные очаги. Также могут визуализироваться мелкие участки затемнений по типу «матового стекла» и зоны мозаичной олигэмии (так называемые «воздушные ловушки»). Как правило, перечисленные изменения при РБ-ИЗЛ локализуются в верхних отделах легких. В редких случаях при поражении терминальных отделов бронхиального дерева имеет место радиологический симптом «дерева в почках» (Y-образные центрилобулярные узелки) [2, 5, 7].

Постановка диагноза РБ-ИЗЛ требует наличия определенной клинической картины, анамнестической связи с курением (особенно – курение в течение предшествующих 6 мес.), рентгенологических и патоморфологических данных, свидетельствующих в пользу РБ-ИЗЛ и позволяющих исключить более агрессивные формы диффузных ИЗЛ [4].

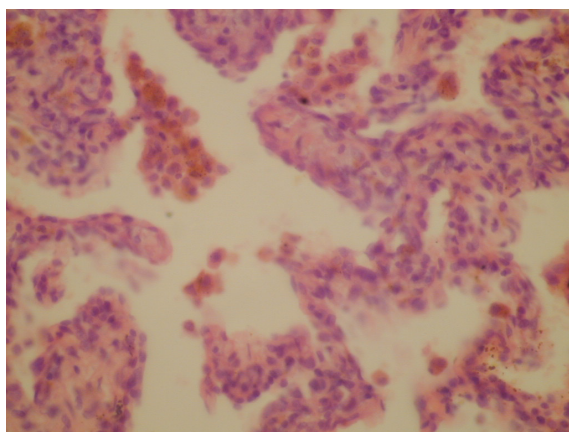
Для РБ-ИЗЛ характерно воспаление подслизистого слоя мембранозных и респираторных бронхиол с наличием темно-коричневых пигментированных макрофагов, застоем слизи и метаплазией кубического эпителия в бронхиолах и альвеолах в сочетании с фиброзом межальвеолярных перегородок. Гистологически РБ-ИЗЛ напоми-

нает десквамативную интерстициальную пневмонию (ДИП), но в отличие от нее сопровождается менее обширным воспалением. В частности, поэтому «золотым стандартом» диагностики РБ-ИЗЛ является открытая или торакоскопическая биопсия легких – трансбронхиальная биопсия не дает возможности провести дифференциальный диагноз между ДИП и РБ-ИЗЛ.

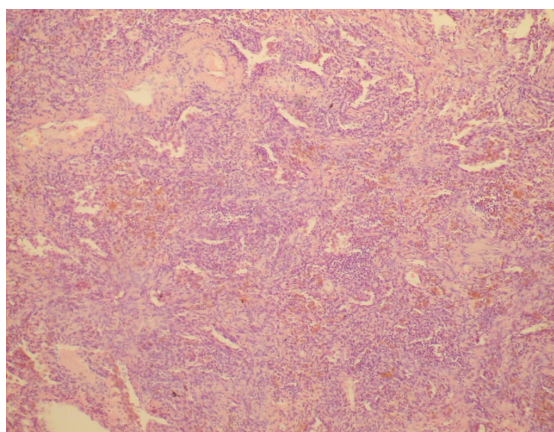
**Клинический случай.** Пациент К., 59 лет, считает себя больным с декабря 2015 г., когда стал отмечать одышку и малопродуктивный кашель, усиливающиеся при физической нагрузке. С данными жалобами он обратился к участковому терапевту. Тогда же отмечалось повышение температуры тела до 39,0 °С. В ЛПУ по месту жительства в рамках лечения пневмонии пациент получал антибиотикотерапию (азитромицин, левофлоксацин и цефтриаксон). На фоне данного лечения бронхолегочная симптоматика начала регрессировать, однако спустя несколько дней клиника вновь выросла, и пациент в тяжелом состоянии был переведен в отделение интенсивной терапии. После стабилизации состояния дальнейшее лечение он проходил в терапевтическом отделении Республиканской клинической туберкулезной больницы. Из анамнеза известно: пациент имеет большой стаж курения (индекс курения – 32 пачко-года), в течение 25 лет страдает псориазом, по поводу которого периодически принимает метотрексат.

В феврале 2016 г. с диагностической целью ему была выполнена открытая биопсия левого легкого (резекция S9 10.02.2016 г.). Результат гистопатологического исследования: респираторный бронхиолит, ассоциированный с интерстициальным заболеванием легких (рис. 2 – 5).

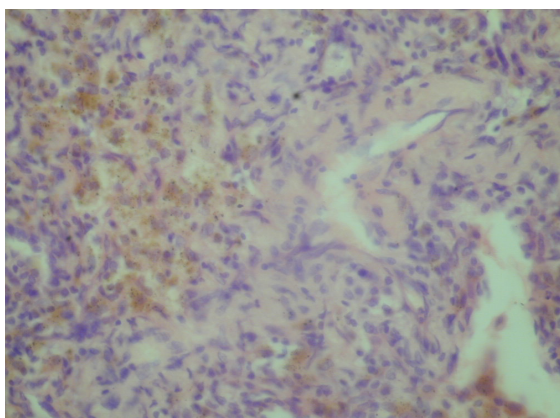




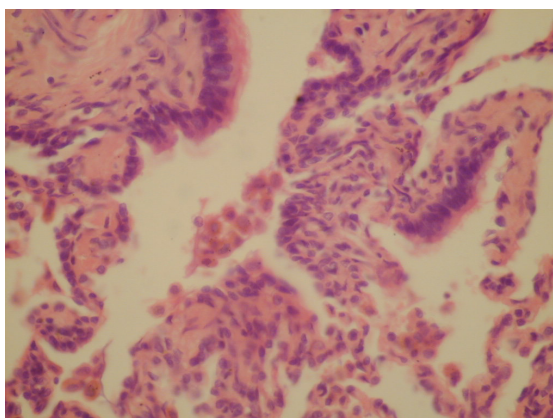
**Рисунок 2.** Гистологическое исследование биоптата ткани левого легкого пациента К., 2016 г. (собственное наблюдение). Утолщение межальвеолярных перегородок с разрастанием соединительной ткани и лимфоцитарной инфильтрацией в них. Наличие макрофагов с коричневатой цитоплазмой. Окраска гематоксилином и эозином, x400.



**Рисунок 3.** Гистологическое исследование биоптата ткани левого легкого пациента К., 2016 г. (собственное наблюдение). Резчайшее утолщение межальвеолярных перегородок с уменьшением количества альвеол и формированием поля пневмосклероза. Окраска гематоксилином и эозином, x100.



**Рисунок 4.** Гистологическое исследование биоптата ткани левого легкого пациента К., 2016 г. (собственное наблюдение). Наличие крупного скопления альвеолярных макрофагов с коричневатой цитоплазмой. Окраска гематоксилином и эозином, x400.



**Рисунок 5.** Гистологическое исследование биоптата ткани левого легкого пациента К., 2016 г. (собственное наблюдение). В стенке бронхиолы слабо выраженный склероз с лимфоцитарной инфильтрацией, наличие в просвете бронхиолы макрофагов с коричневатой цитоплазмой. Окраска гематоксилином и эозином, x400.

22.02.2016 г. пациент был госпитализирован в пульмонологическое отделение ДОКТМО, где находился на лечении с диагнозом: Идиопатическая интерстициальная пневмония (респираторный бронхиолит) гистологически + впервые выявленная; ХОБЛ-1ст. в фазе обострения, ЛН

II ст. Был выписан с улучшением, в дальнейшем соблюдал рекомендации, отказался от курения, принимал базисную терапию (медрол). В июне 2017 г. была выполнена КТВР органов грудной клетки: участки сетчатого и линейного фиброза на фоне выраженного интерстициального компонента,

в средостении – немногочисленные параортальные, паратрахеальные и бифуркационные лимфатические узлы размером от 0,8 см. до 1,2 см. Корни легких не расширены. Плевральные полости с обеих сторон свободны. Дополнительных образований в легких с обеих сторон и деструктивных изменений в костных структурах на уровне исследования не выявлено.

Пациент чувствовал себя относительно удовлетворительно вплоть до января 2018 г., когда вновь отметил выраженное нарастание вышеописанной

симптоматики и в связи с этим был госпитализирован в пульмонологическое отделение ДОКТМО. На момент поступления в стационар: состояние средней тяжести, дыхание везикулярное, несколько ослабленное, в нижне-боковых отделах с обеих сторон – крепитирующие хрипы. 24.01.2018 г. была выполнена КТВР органов грудной клетки, согласно результатам которой распространенность пневмофиброза, количество и размеры лимфатических узлов по сравнению с исследованием от июня 2017 г. остались прежними (рис. 6).



**Рисунок 6.** Спиральная компьютерная томография органов грудной клетки пациента К., 2018 г. (собственное наблюдение).

При исследовании функции внешнего дыхания выявлено нарушение легочной вентиляции по смешанному типу, умеренное снижение диффузионной способности легких, признаки ЛН I–II ст., при фибро-бронхоскопии – катарально-слизистый эндобронхит II ст.

Клиническая ситуация потребовала пересмотра базисной терапии. В условиях пульмонологического отделения (29.01.18 г. – 08.02.18 г.) пациент получал комплексное лечение по поводу респираторного бронхиолита, ассоциированного с интерстициальным заболеванием легких, хронической

обструктивной болезни легких второй стадии в фазе обострения, ЛН I–II ст. – с положительным эффектом. В дальнейшем было рекомендовано продолжать прием медрола в дозе 4 мг в сутки. При контрольных исследованиях (КТВР, спирография, бодиплетизмография) отрицательная динамика не выявлена. На сегодняшний день пациент наблюдается в амбулаторном порядке, принимает базисную терапию.

### Выводы

На современном этапе РБ-ИЗЛ считается заболеванием с крайне плохим ответом на проводимую терапию, и, следовательно,

неблагоприятным прогнозом. Ввиду того, что РБ-ИЗЛ чаще всего диагностируется на стадии развития в бронхиолах грубых фиброзных изменений, используемые препараты не могут обеспечить обратное развитие процесса, что подчеркивает необходимость своевременного и полноценного обследо-

вания пациентов с симптомами поражения бронхолегочной системы. Как показывает практика, некоторые пациенты с РБ-ИЗЛ положительно реагируют на лечение кортикостероидами и отказ от курения, но достаточно часто заболевание прогрессирует, несмотря на адекватно проводимую терапию.

### Список литературы

1. Мизерницкий, Ю.Л. Современные проблемы интерстициальных болезней легких у детей [Текст] / Ю.Л. Мизерницкий, Н.С. Лев // *Российский Вестник Перинатологии и Педиатрии*. – 2021. – № 66 (3). – С. 5–11. DOI: 10.21508/1027-4065-2021-66-3-5-11.
2. Татевосов, В.Р. Клинический случай респираторного бронхоолита, ассоциированного с интерстициальным заболеванием легких [Текст] / В.Р. Татевосов [и др.] // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология*. – 2012. – № 1. – С. 52–55.
3. Шостак, Н.А. Интерстициальные заболевания легких: ключевые мишени для терапии [Текст] / Н.А. Шостак, А.А. Клименко, А.А. Кондрашов // *Клиницист*. – 2017. – №11 (3–4). – С. 10–16. DOI: 10.17650/1818-8338-2017-11-3-4-10-16.
4. Чучалин, А.Г. Респираторная медицина. Том 3. [Текст] / А.Г. Чучалин – М.: Литтерра. – 2017. – 464 с. – ISBN 978-5-4235-0272-0.
5. Myers, J.L. Respiratory bronchiolitis causing interstitial lung disease: a clinicopathological study of six cases [Text] / J.L. Myers [et al.] // *Am. Rev. Respir. Dis.* – 1987. – Vol. 135. – P. 880–884.
6. Pipavath, S.J. Radiologic and pathologic features of bronchiolitis [Text] / S.J. Pipavath [et al.] // *Am. J. Radiology*. – 2005. – Vol. 185. – P. 354–363.
7. Shao, T. Interstitial Lung Disease in Connective Tissue Disease: A Common Lesion With Heterogeneous Mechanisms and Treatment Considerations [Text] / T. Shao [et al.] // *Front. Immunol.* – 2021. – Vol.12. – DOI: 10.3389/fimmu.2021.684699.
8. Sieminska, A. Respiratory bronchiolitis-interstitial lung disease [Text] / A. Sieminska, K. Kuziemski // *Orphanet. J. Rare. Dis.* – 2014. – Vol. 9. – DOI: 10.1186/s13023-014-0106-8.
9. Travis, W.D. An official American Thoracic Society / European Respiratory Society statement: Update of the international multidisciplinary classification of the idiopathic interstitial pneumonias [Text] / W.D. Travis [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2013. – Vol. 188 (6). – P. 733–748. – DOI: 10.1164/rccm.201308-1483ST.
10. What every radiologist should know about idiopathic interstitial pneumonias [Text] / C. Mueller-Mang [et al.] // *Radiographics*. – 2007. – 27. – P. 595–615.

*Monogarova N.E., Borodiy K.N., Semendyaeva A.V., Kondratyuk R.B.*

### RESPIRATORY BRONCHIOLITIS-ASSOCIATED INTERSTITIAL LUNG DISEASE FOR PATIENT WITH CONCOMITANT PSORIASIS

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

#### **Summary**

Smoking is a factor assisting development of inflammation of shallow respiratory tracts. In most cases these changes minimum or mildly expressed, that allows to talk about a subclinical bronchiolitis. If the question is about a heavy inflammatory process with a clinically meaningful interstitial component, a diagnosis will sound, as the respiratory bronchiolitis-associated interstitial disease of lungs (RB-ILD). In this article the clinical case of combination of RB-ILD is described for a patient with psoriasis.

**Key words:** *psoriasis, respiratory bronchiolitis, interstitial lung disease.*

#### **Авторская справка и доленое участие**

- Моногарова Н.Е.** д.мед.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, kaf\_vnutr\_med@mail.ru (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).
- Бородий К.Н.** к.мед.н., доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (подбор и анализ литературы, написание текста статьи).
- Семендяева А.В.** к.мед.н., доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (сбор и обработка литературных данных, динамическое наблюдение пациента).
- Кондратюк Р.Б.** к.мед.н., доцент, зав. кафедрой патологической анатомии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (консультирование гистологических препаратов, анализ результатов гистологического исследования).



УДК 616.663- 616.5-006.6

Тахташов И.Р.<sup>1,2</sup>, Проценко О.А.<sup>1</sup>

## ЭРИТРОПЛАЗИЯ КЕЙРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА- ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»<sup>1</sup>,

Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР<sup>2</sup>

### Резюме

Описан случай эритроплазии Кейра у мужчины 46 лет, выделены факторы риска развития заболевания, особенности течения и оперативного лечения пациента. Отмечена необходимость настороженности врачей урологов и дерматовенерологов в диагностике предопухолевых и опухолевых процессов области гениталий.

**Ключевые слова:** эритроплазия Кейра, клинический случай.

---

Предраковые поражения составляют примерно 10% всех новообразований полового члена при первичной диагностике, причем подавляющее большинство из них возникает на головке полового члена [5]. Особое значение в этих случаях имеет дифференциальная диагностика с воспалением головки полового члена (баланитом) и внутреннего листка крайней плоти (баланопоститом) – самыми распространенными воспалительными заболеваниями полового члена у мужчин, которые выявляются у 11% пациентов, обращающихся в венерологические или урологические кабинеты поликлиник [1,2].

Эритроплазия Кейра (Erithroplasia Queyrat), синонимы: болезнь Кейра, epithelioma velveticum – бархатистая эпителиома, язвенно-мембранозный баланит, эритроплазия сосочковая, доброкачественная сифилоподобная эпителиома, представляет собой внутриэпителиальный спиноцеллюлярный рак, или карциному in situ. Первое описание заболевания дали А. Фурнье и Ж. Дарье в 1893 г. Термин «эритроплазия» был предложен в 1911 г. французским дерматологом L. Queyrat (1856-1933 гг.) [4].

Первые клинические проявления бо-

лезни Кейра у мужчин могут напоминать воспалительные баланопоститы, однако отличаются длительным течением без ремиссий, в 30% случаев может быть трансформация в плоскоклеточный рак. В такой ситуации могут возникать очаги изъязвления, с характерными «мясистыми» узлами. Возможно появление уплотнений или бородавчатых разрастаний. В 20% случаев может быть метастазирование. Считают, что способность к метастазированию является характерной чертой данного заболевания [3,4].

Выделяют следующие факторы риска развития заболевания [2-4]:

- Недостаточная гигиена половых органов, в результате чего проявляется токсическое воздействие смегмы, скапливающейся между головкой полового члена и крайней плотью.

- Инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ).

- Хронические воспалительные заболевания половых органов.

- Постоянное механическое раздражение головки полового члена (ношение тесной одежды и др.).

- Рецидивирующий генитальный



герпес.

- Частая смена половых партнеров.
- Иммуносупрессивные состояния (ВИЧ-инфекция и др.).

Дифференциальный диагноз проводят со следующими заболеваниями: хроническим кандидозным баланопоститом; склероатрофическим лихеном; болезнью Боуэна; раком головки полового члена; баланитом Зуна (*Zoona*); красным плоским лишаем головки полового члена; сифилисом; псориазом.

Учитывая редкость патологии, приводим наше клиническое наблюдение.

Больной А.В., 1976 г. р., был направлен на консультацию с диагнозом рецидивирующий баланопостит.

При обращении больной предъявлял жалобы на зуд и жжение в области полового члена, кровянистые выделения на коже головки полового члена, незначительное серозно-слизистое отделяемое из уретры.

Из анамнеза: медикаментозной и пищевой аллергии не отмечает. Болеет в течение 1,5 лет, проходил неоднократно лечение у урологов и дерматовенерологов городской больницы по месту жительства. Получал антигистаминные препараты, витамины группы В (В6 и В12), 10% хлористый кальций по 10,0 мл внутривенно, дипроспан по 8 мг внутримышечно. Местная терапия включала примочки фурацилина, танина, эктерицид, топические антибиотики, противогрибковые препараты, метиленовый синий и фиксированные комбинации кортикостероидов с антибактериальными и противогрибковыми компонентами – с временным незначительным улучшением, полного регресса высыпаний в течение 1,5 лет не было.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые вне очагов поражения обычной окраски. Сердце, легкие в пределах физиологической нормы, отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При осмотре на коже головки полового

члена с переходом на внутренний листок крайней плоти – обширный, четко отграниченный от здоровой кожи одиночный эрозированный очаг округлой формы с резко очерченными границами, размерами 1,5 x 2,0 см, розово-красного цвета, со слегка отёчной, лоснящейся блестящей «лаковой» поверхностью, при пальпации слегка болезненный и кровоточащий. Паховые и периферические лимфатические узлы до 0,1 см в диаметре, безболезненные при пальпации, не спаянные друг с другом и подкожной клетчаткой.

Обследован на урогенитальные и инфекции, передающиеся половым путем: реакции связывания комплемента (РСК) с тропонемным и кардиолипновым антигенами, микрореакция преципитации (МРП), РИФ-200, РИФ-абс. – отрицательные, антитела к ВИЧ методом ИФА не обнаружены. В мазках из уретры: лейкоциты 5-10 в поле зрения; эпителиальные клетки 4-8 в поле зрения; флора смешанная; гонококки, трихомонады, ключевые клетки, дрожжевые грибы не обнаружены, слизь – нет. В ПЦР-соскобе хламидии трахоматис, микопlasма гоминис, микопlasма гениталиум, уреapлазма уреалитикум, гарднереллы не обнаружены. В ПЦР-соскобах из уретры ВПЧ 16,18 типа не обнаружены. Вирус герпеса 1/2, 6 типа – не обнаружены. Антитела IgM к вирусу герпеса 1/2 типа 0,03 (<0,90 – отрицательные). Антитела IgG к вирусу герпеса 1/2 типа 6,04 (>1,1 – положительные).

Результаты цитологического исследования: эпителиальный покров тонкий, легко травмируется, слабо кровоточит. В цитологическом материале определяются, преимущественно, вытянутые эпителиальные клетки. Много митозов. Умеренное количество лимфоцитов, гистиоцитов, плазматических клеток, нейтрофилов.

При гистологическом исследовании определяется гиперкератоз, паракератоз, акантоз, исключительная атипия шиповидных клеток, митозы и гиперхромные ядра, вакуолизация протоплазмы и кератинизация больших, круглых клеток с эозинофильной протоплазмой и большим гиперхром-

ным почкообразным или овальным ядром. Ближе к поверхности поражения определяются «зерна». В строме – значительный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток. Капилляры расширены, выявляются отложения гемосидерина.

Пациенту установлен диагноз эритроплазии Кейра.

Больной направлен на лечение в онкологический диспансер к врачу-онкологу, где было проведено оперативное лечение - лазерная деструкция опухоли в пределах здоровой ткани (с повторным гистологическим исследованием). В послеоперационном периоде производилась обработка раны 10% раствором бетадина до полной эпителизации очага.

При гистологическом исследовании операционного материала: выявлены гиперкератоз, акантоз, паракератоз, атипия щиповидных клеток с митозами и гиперхромными ядрами и вакуолизацией цитоплазмы. В строме определялся выраженный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток, капилляры расширены. Атипичных

разрастаний эпителия не наблюдалось. Гистологическая картина соответствовала таковой при эритроплазии Кейра

Таким образом, особенностью данного клинического случая была поздняя диагностика предракового заболевания и нерациональная предшествующая терапия.

Эритроплазия Кейра чаще бывает в области головки полового члена, препуциального мешка и тогда требует дифференциации с баланитами и баланопоститами. Реже процесс может быть в области женских наружных половых органов, слизистой оболочки полости рта, что сопряжено со значительными диагностическими трудностями. Настораживать врача должна длительность течения и отсутствие ремиссии при проводимой стандартной терапии. Онконастороженность у врачей дерматовенерологов, урологов, гинекологов, стоматологов и своевременная диагностика специфического процесса у пациента позволит выявить заболевание на более ранней стадии, провести адекватное лечение, что приведет к полному излечению пациента.

## Список литературы

1. Забиров, К.И. Современные аспекты проблемы баланопостита [Текст] / К.И. Забиров, В.Ю. Мусаков // *Дерматология*. – 2012. – №3-4. – С.46-49.
2. Джабаров, Ф.Р. Рентгенотерапия в лечении распространенной формы эритроплазии Кейра [Текст] / Ф.Р. Джабаров, А.Б. Альникин // *Вестник урологии*. – 2021. – № 9(1). – С.118-123.
3. Backes, D.M. Systematic review of human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer [Text] / D.M. Backes, R.J. Kurman // *Cancer Causes Control*. – 2009. – №20 (4). – P.449-457. – <https://doi.org/10.1007/s10552-008-9276>
4. Brown, C.T. Conservative surgery for penile cancer: subtotal glans excision without grafting [Text] / C.T. Brown [et al.] // *BJU Int*. – 2005. – № 96(6). – P.911- 922. – <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2005.05751.x>
5. Gerber, G.S. Carcinoma in situ of the penis [Text] / G.S. Gerber [et al.] // *J. Urol*. – 1994. – № 151(4). – P. 829-33. – [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)35099-1](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)35099-1)

Takhtashov I.R.<sup>1,2</sup>, Protsenko O.A.<sup>1</sup>

## ERYTHROPLASIA OF KEYRA IN THE PRACTICE OF A DERMATOVENEROLOGIST

*State educational organization of higher professional education  
"Donetsk National Medical University M. Gorky»<sup>1</sup>,  
Republican Clinical Dermatovenerological Center the MH DPR<sup>2</sup>*

### **Summary**

A case of Keyr's erythroplasia in a 46-year-old man is described, risk factors for the development of the disease, the features of the course and surgical treatment of the patient are identified. The necessity of vigilance of urologists and dermatovenerologists in the diagnosis of precancerous and neoplastic processes in the genital area was noted.

**Key words:** *Keyr's erythroplasia, clinical case.*

### **Авторская справка и доленое участие**

**Тахташов И.Р.** к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, врач-дерматовенеролог высшей категории РКДВД МЗ ДНР (ведение больного, описание клинического случая, написание текста статьи, сбор литературных данных).

**Проценко О.А.** д.мед.н., проф., зав. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (научное редактирование статьи, анализ обзора литературы).

Шелякова И.П., Чайковская И.В.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФИБРОМАТОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСЕН

Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького»

### Резюме

Проведено наблюдение клинического случая фиброматоза у женщины 60 лет; представлены данные об этиопатогенезе, клинике и лечении фиброматоза.

**Ключевые слова:** фиброматоз слизистой оболочки десны, клиника, лечение.

---

Согласно современным представлениям, фиброматоз десен (гипертрофия десны МКБ 10/К 06.1 Гипертрофия десны – фиброматоз десны) – неконтролируемое разрастание фиброзной ткани в области десен и пародонта.

Впервые о таком случае было сказано в 2004 году Casavechia. До 2004 ни об одном подобном случае не упоминалось. Исторически фиброматоз десен был всегда связан с различными другими синдромами и расстройствами и никогда прежде не описывался в ассоциации с агрессивным пародонтитом. Был проведен генетический анализ, а также анализ функции нейтрофилов, но установить единого механизма не удалось [1,2].

После Casavechia было описано еще три таких случая, где происходило бессиндромное идиопатическое десневое разрастание, ассоциированное с генерализованным агрессивным пародонтитом [3].

Агрессивный пародонтит типично характеризуется наследственным характером, что было установлено при сегрегационном анализе больных семей. Установлено наследование по Менделю, в связи с чем предложено аутосомное (доминантное и рецессивное), а также X-сцепленное наследование

[1,5].

Фиброматоз десен может быть как наследственным (приобретенным) с прогрессирующим характером и требующий хирургической коррекции, так и лекарственным (на фоне применения лекарственных препаратов типа фенитон, циклоспорин и нифедипин) [1,7].

Фиброматоз десен часто ассоциирован с различными синдромами, например, синдромом Рутенфорда, Лабанда, Кросса, Муррей-Пуретик-Дресчера, Джонса, гипертрихозом и эпилепсией. Также причинами могут являться множество факторов, включая воспаление, лейкоцитарную инфильтрацию, прием медикаментов типа фенитон, циклоспорин и нифедипин [4].

В отсутствие лечения разрастание тканей неминуемо приводит к развитию сопутствующих патологий с образованием пародонтальных карманов, атрофией костной ткани, утратой здоровых зубов, что в конечном итоге приводит к нарушению жевательной функции. У детей наблюдается нарушение роста зубов и выраженное искажение прикуса.

Чаще всего фиброматоз десен встречается у взрослых. Если имеет наследственную форму, то чаще проявляется на первом и де-

сятом годах жизни [1].

Фиброматозная ткань содержит фибробласты, которые растут медленнее, чем нормальные, но образуют больше коллагена и других элементов внеклеточного матрикса. Разрастание десен обычно генерализованное, не связано с воспалительным процессом и затрагивает щёчную или язычную поверхность одной или обеих челюстей.

Десневой край, межзубные сосочки и свободная поверхность десны гипертрофированы, имеют однородный розовый цвет, плотную консистенцию, часто модулярную структуру и не кровоточат.

Десневой фиброматоз, гингивоматоз, диффузная фиброма, элифантиаз, идиопатический фиброматоз, наследственная гиперплазия десны, гигантизм десны и гипертрофия десны – это варианты медленно развивающихся фиброзных разрастаний десны как на верхней, так и нижней челюсти.

Одним из распространенных факторов, влияющих на появление фибромы, является привычка прикусывать губу или язык. Десна чаще всего травмируется заостренным краем частично разрушенного

зуба, или же не качественно изготовленным съёмным протезом. Часто у пациентов в анамнезе присутствуют хронический воспалительный процесс, гингивиты, стоматиты, пародонтоз, глосситы различного происхождения и т.д.

Основные симптомы патологии:

- частичное или полное зарастание коронок в области фиброматоза;
- гладкий округлый край разрастаний;
- повышенная плотность гипертрофированных тканей;
- ровный розовый оттенок десны и отсутствие кровоточивости.

Интенсивность проявления симптомов определяет стадию заболевания. При этом гипертрофия десен может быть генерализованной или очаговой. Разница заключается в том, что если при очаговом формируется только единичный очаг поражения, то при генерализованной форме несколько патологических участков сливаются между собой. В тяжелых случаях проявления болезни фиброматоз может сочетаться с изменением черт лица, характерным для акромегалии (рис.1).

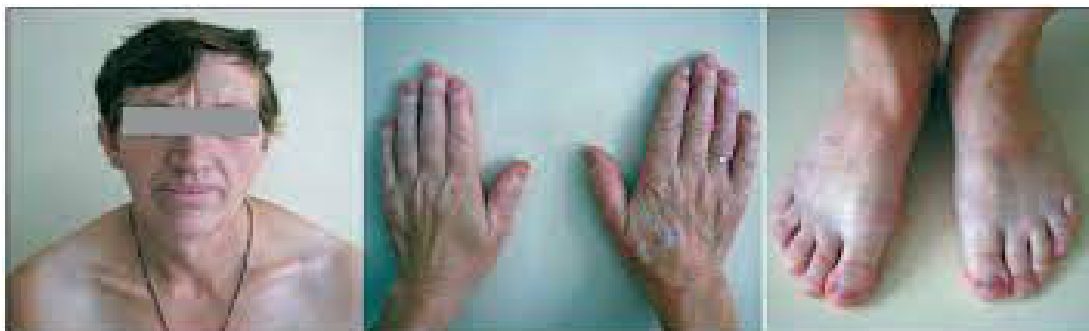


Рисунок 1. Акромегалия.

Приводим наше **клиническое наблюдение**.

Пациентка С, 60 лет, явилась на приём к врачу-стоматологу с жалобами на болезненность и кровоточивость дёсен. Из анамнеза: пациентки 7 лет назад был изготовлен цельнолитой мостовидный протез с облицовкой из пластмассы Синма-М.

Объективно: лицо симметричное, в полости рта слизистая оболочка в проекции

фронтальной группы зубов на нижней челюсти отёчна, гиперемирована, гипертрофирована, кровоточит при дотрагивании зондом. На верхней челюсти – полная вторичная адентия зубов.

На рентгенографии: каналы зубов запломбированы до верхушек, изменения в периапикальных тканях отсутствуют.

После обследования поставлен предварительный диагноз – генерализованный фи-



броматоз слизистой оболочки десен.

Принято решение о снятии ортопедической конструкции, для проведения хирургического лечения с дальнейшим рациональным протезированием (рис. 2).



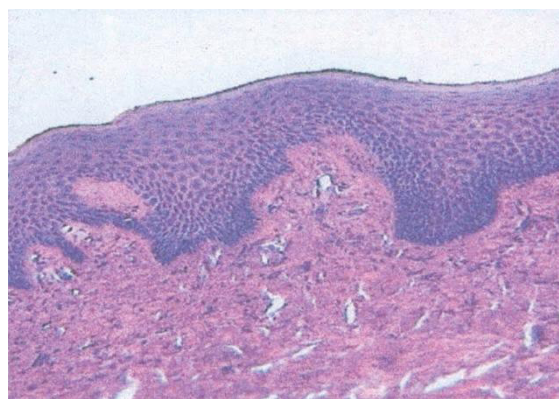
**Рисунок 2.** Внешний вид зубного ряда после снятия ортопедической конструкции.

Хирургический этап заключался в следующем: под инфильтрационной анестезией Sol. Ultracaini 0,5% – 8,0 ml, проведено иссечение слизистой оболочки в области десневого края. Раневая поверхность частично ушита шелком (рис. 3). Иссеченные ткани отправлены на гистологическое исследование.



**Рисунок 3.** Внешний вид после наложения швов.

Результаты гистологического исследования: в среде препарата имеются участки многослойного плоского эпителия, обнаружены лейкоциты, эритроциты, разрастание фибринозной ткани. Фиброматоз. ПГЗ № 5143 от 09.09.2021 года (рис. 4).



**Рисунок 4.** Результаты гистологического исследования.

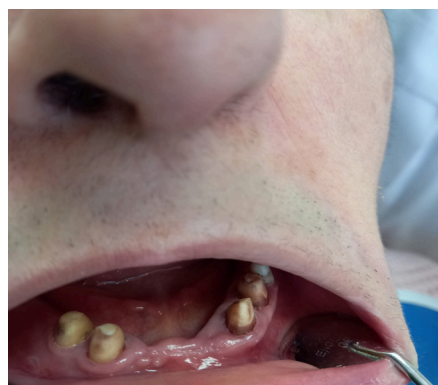
В исследовании крови не выявлено патологии. Клинические и гистологические признаки, а также системное обследование позволили исключить неопластический рост. Десневая гиперплазия не выявлена.

Поставлен окончательный диагноз: генерализованный фиброматоз слизистой оболочки десен.

После хирургического вмешательства рекомендован курс антибактериальной терапии: ципролет (500 мг) по 1 табл. 2 раза в день, курс лечения 5 дней.

Ротовые ванночки с нимесилом, щадящая диета, гигиена полости рта. Рекомендовано снятие швов на 7 суток. Слизистая оболочка десневого края после снятия швов не изменена, бледно-розового цвета. Эпителизация раневой поверхности протекает без патологических изменений.

Через 1 месяц рекомендовано проведение ортопедического лечения (рис.5).



**Рисунок 5.** Через месяц после хирургического вмешательства.

Пациенту было проведено протезирование, заключающееся в изготовлении металлокерамических коронок на 33, 34, 35, 42, 44 (рис. 6), с последующим изготовлением частичного съемного протеза на нижнюю челюсть с опорой кламера на 44, 45.



Рисунок 6. Фиксация коронок на цемент Fudqi.

На верхнюю челюсть установлен полный съемный протез (рис. 7).



Рисунок 7. Припасовка протезов в полости рта, индивидуальная коррекция, сдача работы.

Пациентке даны рекомендации по уходу за ортопедическими конструкциями и полостью рта. Рекомендовано диспансерное наблюдение 1-2 раза в год.

## Список литературы

1. Аутосомно-рецессивное наследование наследственного фиброматоза десен [Текст] / П. Маджумдер [и др.] // Отчеты о случаях в Стоматологии. – 2013. – Vol. 2013. – ID articl.432864. – 4 p. doi: 10.1155 / 2013/432864
2. Бутчи, К. П. Наследственный фиброматоз десен - описание случая и лечение с использованием новой хирургической техники [Текст] / К.П. Бутчи, Б. Р. Анурадха, Н. Аора // Revista Sul-Brasileira de Odontologia. – 2011. – Vol. 8, Вып. 4. – С. 453–458.
3. Диагностика и лечение наследственного фиброматоза десен [Текст] / У. Хан [и др.] // Пакистанский устный и стоматологический журнал. – 2012. – Vol. 32, N 2. – С. 226–231.
4. Наследственный фиброматоз десен с рецессивным типом наследования. Отчеты о клинических случаях [Текст] / С. Л. Сингер [и др.] // Австралийский стоматологический журнал. – 1993. – Vol. 38, N 6. – P. 427–432
5. Терапевтическая стоматология. Заболевания пародонта [Текст] / М. Ф. Данилевский [и др.] // – Киев: Медицина, 2008. – Т. 3. – 596 с.
6. Scannapieco, F. A. Position paper of The American Academy of Periodontology: periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases [Text] / F. A. Scannapieco // J. Periodontol. – 1998. – Vol. 69, N 7. – P. 841–850.

*Shelyakova I.P., Chaikovskaya I.V.*

## CLINICAL CASE OF FIBROMATOSIS OF THE GINGI MUCOSA

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

### **Summary**

A clinical case of fibromatosis was observed in a 60-year-old woman; data on the etiopathogenesis, clinic and treatment of fibromatosis are presented.

**Key words:** *fibromatosis of the gingival mucosa, clinic, treatment.*

### **Авторская справка и доленое участие**

**Шелякова И.П.** к.мед.н., доцент кафедры стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО (обзор литературы по теме, написание статьи).

**Чайковская И.В.** д.мед.н., профессор кафедры стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО, телефон + 38071-352-45-31, e-mail: anna.lukashuk@mail.ru (научное редактирование статьи)

*Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А., Кухто А.П.*

## ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

### **Резюме**

Работа основана на ретроспективном анализе результатов лечений 274 пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) с IV стадией хронической артериальной недостаточности по классификации Покровского-Фонтейна, имеющих трофические язвы, которым была проведена реконструктивно-восстановительная операция с различными вариантами послеоперационной консервативной терапии. Обоснована необходимость поиска наиболее эффективного способа послеоперационного консервативного лечения пациентов с трофическими язвами с обеспечением восстановления кровотока в микроциркуляторном русле.

**Ключевые слова:** *трофические язвы, реваскуляризация, эстетические аспекты, консервативное лечение.*

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей занимают особое место в сосудистой хирургии, наряду с сопутствующими диагнозами сахарного диабета, мультифокального атеросклероза [5,2]. С течением времени прогрессирующая ишемия, ненадлежащий уход за конечностью, экстремальные физические факторы (переохлаждение, перегревание) приводят к стойкой декомпенсации кровообращения в конечности – наступает стадия критической ишемии конечности. В короткие сроки это приводит к появлению трофонекротических изменений – язв, некрозов, локализующихся преимущественно в дистальных отделах конечности. Естественное течение такого заболевания неизбежно приводит к системному инфицированию организма продуктами распада локального не-

кротического дефекта и смерти больного. Применение этапных реконструктивно-восстановительных операций (РВО) у такой категории пациентов повсеместно признанный метод выбора [1,2]. В случае успешно проведенной реваскуляризации конечности, пациентам проводят консервативную послеоперационную терапию с целью сохранения перфузии тканей и уменьшения вероятности возможного рецидива. Появления новых разработок в сфере фармакологии, а также новых методик послеоперационного ведения делает актуальным вопрос о поиске оптимальной методики ведения пациентов с критической ишемией нижней конечности (КИНК). В настоящее время пациентам после РВО выполняется курс стандартной спазмолитической и антикоагулянтной терапии в дозировках, соответствующих реко-



мендованным актуальными клиническими рекомендациями Европейского общества сосудистых хирургов [2,4,6].

### **Цель работы**

Показать варианты и обосновать возможность консервативного лечения пациентов с трофическими язвами и КИНК после реконструктивно-восстановительных операций на сосудах.

### **Материал и методы исследования**

В клинике Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе отделения сосудистой хирургии с 2013 по 2020 гг. проведен анализ результатов лечения 274 пациентов с КИНК с IV стадией хронической артериальной недостаточности по классификации Покровского-Фонтейна, имеющих дефекты кожных покровов в виде некрозов и трофических язв, которым была проведена реконструктивно-восстановительная операция с различными вариантами послеоперационной консервативной терапии. По половому признаку пациенты распределились следующим образом: женщин – 68 (24,82%), мужчин – 206 (75,18%). Возраст пациентов колебался в пределах от 38 до 90 лет, средний возраст составил 65,53 года. Помимо основной патологии у большинства пациентов имелись сопутствующие заболевания, необходимость лечения которых также влияла на выбор тактики медикаментозного лечения после оперативного вмешательства. Среди патологий, приведших к расстройству кровообращения, облитерирующий атеросклероз отмечен у 210 (76,64%) пациентов, сахарный диабет в 64 (23,36%) случаях. Перед оперативным вмешательством использовались физикальные, лабораторные и инструментальные методы диагностики для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения. Из инструментальных методов диагностики использовались: ультразвуковая доплерография, рентгенконтрастная аортография, рентгенконтрастная ангиография, компьютерная томография с контрастированием.

Пациенты были разделены на группы соответственно выбранным тактикам медикаментозного лечения после РВО. С целью предотвращения нежелательного эффекта от отмены стандартного рекомендованного лечения, использование препаратов с меньшим уровнем доказательной эффективности проводилось в комбинации с устоявшейся медикаментозной терапией. В контрольной группе выполнялся курс стандартной спазмолитической и антикоагулянтной терапии в дозировках, соответствующих рекомендованным клиническими рекомендациями Европейского общества сосудистых хирургов (ESVS). В группе 1 выполнялся курс стандартной спазмолитической и антикоагулянтной терапии в дозировках, соответствующих рекомендованным актуальными клиническими рекомендациями ESVS, дополнительно использовались препараты протаноидов и VAC-терапия, в группе 2 выполнялся курс стандартной спазмолитической и антикоагулянтной терапии в дозировках, соответствующих рекомендованным актуальными клиническими рекомендациями ESVS, дополнительно использовались внутриаартериальное введение вазодилаторов в комбинации с антипротеолитическими препаратами.

### **Результаты и обсуждение**

Для оценки состояния больного и дальнейшего выбора метода послеоперационного консервативного лечения анализировались: возраст, пол, давность заболевания до обращения в клинику, наличие сопутствующих заболеваний: ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклеротический кардиосклероз (а/с к/с), постинфарктный кардиосклероз (п/и к/с), гипертоническая болезнь (ГБ), сердечная недостаточность (СН), наличие сахарного диабета (СД), размер кожных дефектов (продольный, поперечный), вызванных нарушением трофики тканей, анатомия поражения.

Данные параметры отображены в табл.1 отдельно для каждой группы.



Параметры, влияющие на выбор тактики консервативной терапии

Исследуемые параметры	Контрольная группа	Исследуемая группа 1	Исследуемая группа 2
Количество пациентов	174	64	36
Пол, абс.,относит %	м -124 (71,26%)	м - 56 ( 87,5%)	м - 28 (77,78%)
	ж -50 ( 28,74%)	ж -8 ( 12,5%)	ж - 8 (22,22%)
Средний возраст	65,47	63,87	67,61
Давность заболевания, дни	903,45	843,38	869,87
ИБС., абс.,относит %	142 (81,61%)	42 (65,62%)	33 ( 91,67%)
А/с к/с ., абс.,относит %	123 ( 70,68%)	31 (48,43%)	26 ( 72,22%)
П/и к/с ., абс.,относит %	14 ( 8,05%)	11 ( 17,18%)	3 (8,33%)
ГБ ., абс.,относит %	59 ( 33,91%)	33 ( 51,56%)	23 ( 64,12%)
СН., абс.,относит %	73 ( 41,95%)	35 ( 54,69%)	21 (58,33)
СД., абс.,относит %	39 ( 22,41%)	16 ( 25%)	9 (25%)
Размер кожного дефекта, см	1,73x1,64	2,88x1,97	2,51x1,33

Реваскуляризация выполнялась всем пациентам в исследуемых группах с учетом основного заболевания и его сегментарной локализации.

В исследуемых группах по результатам инструментальных исследований были выделены заболевания: атеросклеротическая окклюзия (а/с окклюзия), неатероген-

ная окклюзия (оккл), постромботическая окклюзия (п/т оккл.), синдром Лериша (с-м Лериша), критический стеноз (крит. стен.), стеноз-окклюзия (стен-оккл).

Данные о характере основного диагноза и локализации патологического процесса отображены в рис. 1 и 2.

Эффективность лечения оценивалась

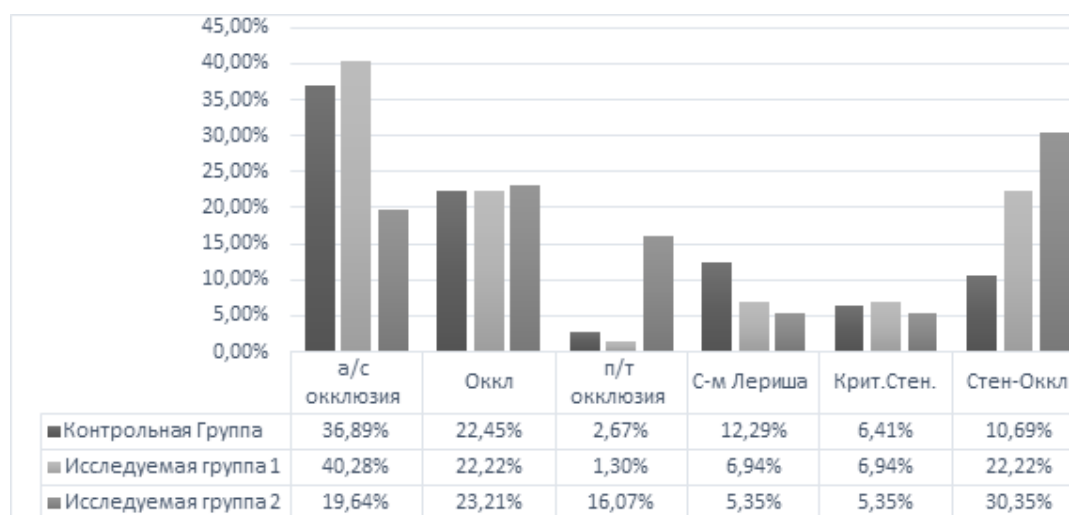


Рисунок 1. Данные о характере основного диагноза в изучаемых группах.

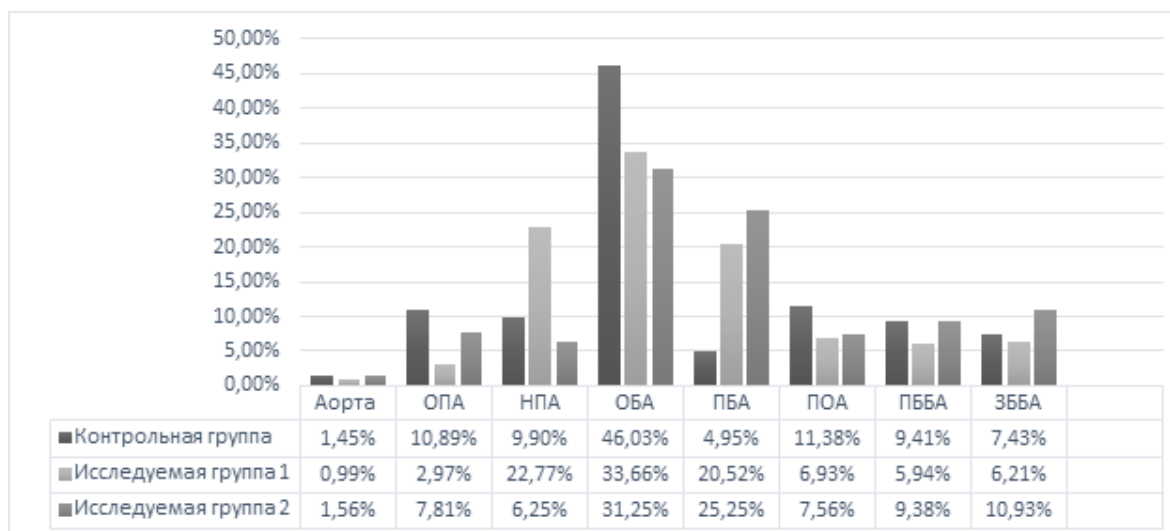


Рисунок 2. Место локализации патологического процесса в изучаемых группах.

по степени заживления трофических дефектов кожных покровов, а также по регрессу симптоматики хронической артериальной недостаточности. Данные об этом отображены на рис. 3.

Для оценки отдаленных результатов, были определены критерии успешности лечения по таким показателям как:

1. Остановка прогрессирования заболевания, уменьшение болевых ощущений с сохранением трофических дефектов кожных

покровов.

2. Заживление трофических кожных дефектов, уменьшение болевых ощущений и заживление кожного дефекта без выполнения повторных операций по реваскуляризации.

3. Ампутация при отсутствии положительной динамики, выполнение повторных операций и их неэффективность, в результате чего было принято решение об ампутации.

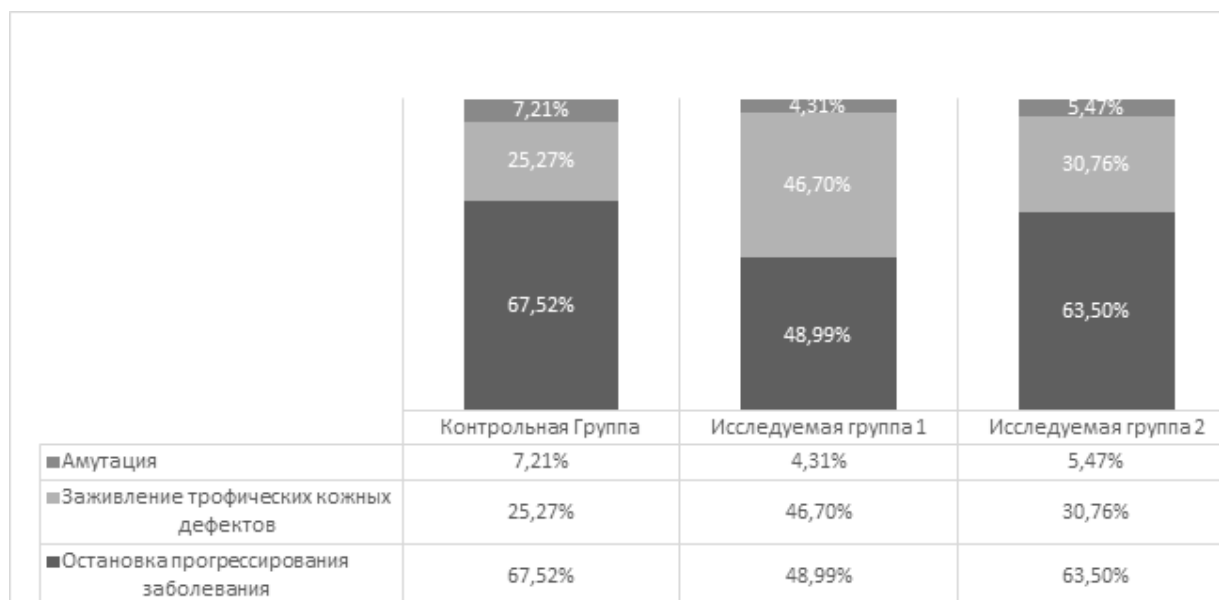


Рисунок 3. Отдаленные результаты лечения через 90 дней после лечения.

Добавление к стандартной схеме лечения комбинации VАС-терапии с простаноидами, а также внутриартериального введения вазодилататоров с антипротеолитическими средствами положительно влияет на результат лечения. Наиболее выраженный положительный эффект имела комбинация VАС-терапии с простаноидами. Это можно объяснить действием простаноидов, подавляющих активацию тромбоцитов и лейкоцитов путем адгезии и агрегации тромбоцитов, а также стимулирующих вазодилатацию и васкулярную эндотелиальную протекцию посредством антитромбоцитарного и профибринолитического действия. Посредством данной комбинации методов воздействия на раневую поверхность происходит активное удаление раневого экссудата, содержащего цитокины, сохранение и

поддержание влажной раневой среды, усиливающей ангиогенез и фибринолиз и способствующей нормальному функционированию факторов роста, стимуляция краевой эпителизации; ускорение бактериальной деконтаминации тканей раны; усиление местного кровообращения в ране и снижение локального интерстициального отека тканей; уменьшение площади раневой поверхности.

### Выводы

Все описанные механизмы способствуют ускорению репаративных процессов и улучшению трофики тканей. VАС-терапия в комбинации с простаноидами является высокоэффективным методом консервативного послеоперационного лечения пациентов с КИНК при наличии дефектов кожных покровов, вызванных трофическими нарушениями.

## Список литературы

1. Бокерия, Л.А. *Здоровье населения Российской Федерации и хирургическое лечение болезней сердца и сосудов в 1998 году [Текст]* / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова // – М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 1999 – С. 41-46.
2. Бокерия, Л.А. *Сердечно-сосудистая хирургия 2000 [Текст]* / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова // — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2000. – С.17-21.
3. Бокерия, Л.А. *Микрохирургия при поражении артерий дистального русла нижних конечностей [Текст]* / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2004. – 56 с.
4. Бурлева, Е.П. *Пятилетние результаты реконструктивно-восстановительной хирургии при критической ишемии нижних конечностей [Текст]* / Е.П. Бурлева, А.А. Фокин // *Ангиология и сосудистая хирургия.* –2005. – Т.11, №2. – С.115-122.
5. *Выбор варианта реваскуляризации при облитерирующих заболеваниях терминального отдела аорты [Текст]* / В.И. Булынин [и др.] // *Хирургия.* – 1997. – №7. – С. 13-15.
6. *Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца [Текст]* / Л.А. Бокерия [и др.] // – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2002. – С. 14-17, 29, 40, 156.

*Baziyan-Kukhto N.K., Ivanenko A.A., Kukhto A.P.*

**POSSIBILITIES OF CONSERVATIVE MANAGEMENT OF TROPHIC WOUNDS IN PATIENTS AFTER RECONSTRUCTIVE AND RECOVERY SURGERY ON VESSELS OF THE LOWER LIMB**

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

**Summary**

The work is based on a retrospective analysis of the results of treatment of 274 patients with critical lower limb ischemia (CLLI) with stage IV chronic arterial insufficiency according to the Pokrovsky-Fontein classification, with trophic ulcers, who underwent reconstructive and restorative surgery with various options for postoperative conservative therapy. The necessity of finding the most effective method of postoperative conservative treatment of patients with trophic ulcers with restoration of blood flow in the microvasculature is substantiated.

**Keywords:** *trophic ulcers, revascularization, aesthetic aspects, conservative treatment.*

**Авторская справка и доленое участие**

- Базиян-Кухто Н.К.** к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (написание текста статьи).
- Иваненко А.А.** к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (концепция и дизайн исследования).
- Кухто А.П.** д.мед.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (обзор и анализ публикаций, научное редактирование статьи).

*Базиян-Кухто Н.К., Кухто А.П., Костямин Ю.Д.*

## ОСОБЕННОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ И АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

### **Резюме**

Актуальность данной статьи обусловлена текущими боевыми действиями, при которых концепция обучения и ее специфика направлена на создание комфортных, а главное безопасных условий получения информации с использованием как очных видов обучения в период снижения активности боевых действий, так и заочных видов в связи с высокой угрозой жизни ввиду перехода действий в активную фазу. В данной статье приведены примеры организации занятий по различным дисциплинам, а также условия, при которых обучение переходит в самообразовательный процесс ввиду специфических факторов военного времени. Производится оценка данного вида образовательного процесса в условиях военного времени.

**Ключевые слова:** учебный процесс, условия военного времени, заочные формы обучения, интернет.

---

Условия военного времени накладывают специфические трудности на процесс обучения и использование стандартных методов преподавания. Использование только очных занятий возможно в условиях снижения активности боевых действий и снижения рисков для обучающегося и преподавательского коллектива. Для этого создаются специальные условия и учебный процесс проходит под постоянным контролем ситуации. В случае опасности жизни очное обучение на время приостанавливается и используются только лишь дистанционные формы. В условиях военного времени полноценно функционируют как теоретические, так и практические базы, ведь вопрос образования молодого поколения занимает лидирующие позиции, так как это гарантирует успешное развитие разных отраслей и бесперебойное функционирование произ-

водства и подготовки медицинского персонала. Подготовка медицинского персонала имеет свои особенности ввиду изучения, как базиса в теории, так и подготовка специалистов к специфике лечения пациентов в условиях военного времени. Педагогический процесс необходимо постоянно развивать и совершенствовать, ведь будущее специалистов зависит от правильного и грамотного составленного учебного плана [1].

На протяжении всего периода военного времени при условии снижения активности боевых действий, очное обучение проводится на высшем уровне, важным аспектом всегда являлась практическая деятельность и следование современным методам преподавания с использованием актуальной информации. Так же организовывались конференции, олимпиады, собрания различных кружков и другие научные мероприятия.



Качество обучения ввиду данных условий не ухудшается, так как желание и стремление получения знаний превозмогает и дает толчок к прогрессу в учебе. Ввиду условий военного времени препятствием может послужить ухудшение работы общественного транспорта, перебои электроснабжения, а также перебои в работе сети интернет, что влияет на своевременное изучение информации и подготовку к занятиям, а также влияет на своевременность приезда на занятия.

Внедрение цифровых технологий в процесс обучения позволяет проводить дистанционное преподавание, а также дает возможность комплексно подходить к процессу изучения материала в очном формате и применять заочные формы обучения в совершенствовании и получении дополнительной информации, что положительно влияет на учебный процесс в целом [3]. Самыми популярными формами дистанционного обучения являются:

- Вебинары
- Видеолекции
- Видеоконференции
- Информационно образовательные среды

Данные формы обучения проводятся в таких программах как: Zoom, Skype, мессенджерах. Занятия проводятся в различных формах с предварительным устным опросом и дальнейшим разбором темы для закрепления знаний и уточнения информации у преподавателя. Использование данного метода обучения требует обязательное подключение к сети интернет, что может осложниться в связи с активным ведением боевых действий и вследствие этого доступ может быть затруднен. Данная форма обучения использует так же методы самообразования и поиска информации в различных источниках, тем самым расширяя кругозор и улучшая качество полученных знаний [4]. Студенты в процессе обучения проходят обязательные тестовые задания, а также пишут практические задания: задачи либо лабораторные работы, которые в последующем проверяют преподаватели и выставляют итоговую

оценку. Использование данного метода в условиях боевых действий, а именно в активную фазу существенно снижают риск для жизни, а также снижается фактор эмоционального напряжения, который накапливается за день обучения в условиях повышенной опасности. Ведь усвоение информации напрямую зависит от состояния психического здоровья и уровня стресса, нахождение на дому в данных условиях частично нивелирует данное и улучшает показатели обучения. Однако существенным минусом является отсутствие прямого контакта с преподавателем в обучении, уменьшается внимание, наличие проблем с подключением сети интернет, существенная нагрузка на органы зрения и состояние опорно-двигательного аппарата. Одним из главных минусов дистанционного обучения является отсутствие практических занятий, а в отношении медиков – клинической практики, ведь отработка навыков и манипуляций существенно ограничена в домашних условиях [2].

Главной задачей, помимо проведения занятий и следования учебного плана, является оказание психологической помощи и создание благоприятной обстановки, в которой возможно снижение тревоги [5]. В свою очередь сохранение учебного процесса позволяет не концентрировать внимание на происходящем и перевести внимание на изучение любимого дела, что в будущем даст положительный результат.

В условиях ведения активных боевых действий возможна приостановка обучения, в следствии факторов риска жизни, а также ухудшении работы сети интернет и отсутствия электроснабжения. В связи с этим студенты находятся на самообразовании. В данной ситуации вся система образовательная находится на совести и желании студента обучаться и получать информацию, как с электронных носителей, так и с использованием литературы. Полагаться лишь на знания, полученные в период очного обучения, не стоит, ведь необходимо постоянно самосовершенствоваться для достижения достойного результата, что в будущем помо-

жет самореализоваться и достичь вершин.

В период приостановки обучения студенты имеют возможность посещать онлайн вебинары, которые транслируются ведущими клиническими центрами, тем самым углубляться в свою специальность. Появляется возможность больше времени уделять изучению профильной литературы и написанию различных научных статей и тезисов. Также работающие студенты могут больше времени проводить в практике и отрабатывать навыки и узнавать новые способы лечения пациентов, оказывать специализированную помощь. Обучающийся сам выбирает для себя комфортный график обучения, использует различные источники получения информации [6].

Таким образом, обучение в условиях военного времени накладывает на педагогический состав определенные трудности

ввиду перестройки учебного плана, составления лекционного материала и подготовкой к проведению видеоконференций в условиях повышенной психологической нагрузки и опасности жизни. В связи с этим внедрение дистанционной формы обучения значительно облегчает проведение занятий в условиях повышенной опасности. Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького успешно преодолел многие проблемы, вызванные военными действиями, обеспечивая бесперебойный процесс обучения, совмещая методы очного и заочного обучения. Данные виды обучения ввиду сложившейся обстановки показали себя на достаточно высоком уровне, получение знаний всегда было основополагающим компонентом в подготовке специалистов, несмотря на все трудности, с которыми пришлось столкнуться ввиду активных боевых действий.

### Список литературы

1. Андриянова, М.В. *Внутрифирменное обучение пер-сонала в России: тенденции и перспективы [Текст] / М.В. Андриянова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7, № 2 (23). – С. 27-30.*
2. Глазнева, С.Е. *Положительные и отрицательные стороны дистанционного обучения [Текст] / С.Е. Глазнева, Е.А. Коняева // Актуальные проблемы образования: позиция молодых: материалы Всерос. студен. научно-практич. конференции 2016 г. Челябинск: Золотой феникс, 2016. – С. 57–59.*
3. Глыбочко, В. *Обеспечение инновационного характера непрерывного медицинского образования качественно нового уровня [Текст] / В. Глыбочко // Медицинское образование и вузовская наука. – 2012. – № 2. – С. 4–7*
4. Горишнуова, Н.К. *Инновационные технологии в подготовке врача в системе непрерывного профессионального образования [Текст] / Н.К. Горишнуова // Фундаментальные исследования. – 2009. – № 2. – С. 86–88*
5. Калабалина Г.К. *Педагогические размышления [Текст]: сб. – Изд. 2-е, испр. и доп. / Г.К. Калабалина; сост. и ред. Л.В. Мардахаев // – М.: Группа МДВ, 2018. – С.310–312.*
6. Меликян, А.В. *Международная образовательная деятельность российских вузов [Текст] / А.В. Меликян // Университетское управление: практика и анализ. – 2017. – Т. 21, № 1. – С.52-62.*

*Baziyan-Kukhto N.K., Kukhto A.P., Kostyamin Yu.D.*

### FEATURES OF THE PEDAGOGICAL PROCESS IN THE CONDITIONS OF WAR TIME AND ACTIVE COMBAT ACTIONS

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

#### **Summary**

The relevance of this article is due to the current hostilities, in which the concept of training and its specificity is aimed at creating comfortable, and most importantly, safe conditions for obtaining information using both full-time types of training during the period of reduced activity of hostilities, and correspondence types due to a high threat to life. Due to the transition of actions to the active phase. This article provides examples of the organization of classes in various disciplines. As well as the conditions under which training turns into a self-educational process due to the specific factors of wartime. This type of educational process is assessed in wartime conditions.

**Key words:** *educational process, wartime conditions, correspondence forms of education, internet.*

#### **Авторская справка и доленое участие**

**Базиян-Кухто Н.К.**

к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (написание текста статьи).

**Кухто А.П.**

д.мед.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (обзор и анализ публикаций, научное редактирование статьи).

**Костямин Ю.Д.**

к.мед.н., зав.каф. сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (концепция и дизайн исследования).

Базиян-Кухто Н.К., Кухто А.П.

## ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ПЕДАГОГОВ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»

### Резюме

Понимание целей и задач, стоящих перед высшей школой, дает возможность конкретизировать их на уровне педагогической работы. Высокий уровень научной компетентности в сочетании с педагогическим мастерством, культурой преподавателей, а также внедрение психологической науки в педагогическую практику – реальная реализация эффективности учебного процесса в высшей школе, принципов демократизации и гуманизации высшего образования.

**Ключевые слова:** педагог высшей школы, психология, научная компетентность.

---

Подготовка квалифицированных кадров, способных к творческому труду, росту как профессионалов, освоиванию и введению высоконаучных и информационных технологий, которые составят конкуренцию на трудовом рынке, является первым в приоритете направлением политики государства по развитию высшего образования.

Высокий уровень научной компетентности в сочетании с педагогическим мастерством и культурой преподавателей, внедрение психологической науки в педагогическую практику – реальная цель эффективности учебного процесса в высшей школе, реализация принципов демократизации и гуманизации высшего образования [2].

Педагогика высшей школы – наука о структуре обучения и взращивания студентов, а также об их подготовке в научной и профессиональной сферах, как специалиста в согласовании с условиями государства. Педагогика высшей школы анализирует правила поведения, принципы организации педагогического процесса, предусматривает определение задач, фабул, форм, методов,

способов привлечения студентов к овладению общественным опытом человечества, его культурными ценностями, создание для этого приемлемых условий в различных направлениях деятельности личности с целью обеспечения ее положительных изменений, формирования и развития, а также анализ исходов процесса и его корректировки по мере необходимости.

Научная и прикладная отрасль психологии высшей школы разрешает ряд практических, научно-познавательных и диагностико-коррекционных вопросов. К важнейшим задачам психологии высшей школы относят:

- разработку научной психолого-методической базы для контролирования процесса, полноценности и среды психического развития студентов, их ростом личностей и становлением как профессионалов;
- доказательство оптимизированных форм учебно-профессиональной деятельности и коммуникации студентов, что способствует уяснению ими множества профессиональных функций и важных социальных ролей;
- разработку личностно-ориентиро-

ванных технологий обучения студентов, психологическое обоснование новейших дидактических проектов и педагогических исследований в высшей школе;

- поиск результативных путей (методов и средств) основательной психологической подготовки студентов, повышения уровня их общей культуры и психологической осведомленности, как предпосылки демократизации, гуманитаризации и гуманизации образования;

- психологическая помощь и поддержка участников педагогического процесса, особенно в период личностных переломов и профессионального самоутверждения [3].

Главными категориями педагогики высшей школы выделяют: преподавание, образование и воспитание. С помощью воспитания студенческой молодежи формируют в обучении заведении высшего образования этически-психологическую готовность самоотверженно работать по намеченной специальности. Образование – процесс и результат усвоения индивидом опыта, достижения им значительного образовательного уровня, приобщение к культурным ценностям. Педагогика использует и междисциплинарные понятия: человек, личность, формирование, особенности, социализация и др.

Понятийный аппарат психологии высшей школы составляют такие понятия, как «профессиональная направленность», «профессиональная социализация», «профессиональная идентичность», «Я концепция-студента», «адаптация», «профессиональная готовность» и др. [1].

Педагогика высшей школы выполняет следующие функции:

- аналитическую (теоретическое изучение, описание, анализ педагогических процессов и причинно-следственных связей, анализирование, обобщение и интерпретация оценки педагогического опыта);

- прогностическую (обеспечение научного обоснования целей, планирование педагогического процесса, продуктивного руководства образовательной политикой);

- проективно-конструктивная (разработка современных технологий и внедрения достижений экспериментов) [4].

Среди животрепещущих научно-исследовательских задач психологии высшей школы выделяют:

1. Психологическая аргументация профессиональной программы современного специалиста высшей квалификации (педагога, психолога, врача, менеджера, инженера и т.д.), на основе которой разрабатываются стандарты государства по векторам и специальностям подготовки профессионалов в системе многоуровневого высшего образования.

2. Выявление социокультурных, общественно-психологических и дидактических факторов социализации личности будущего специалиста для проектирования специфической траектории становления каждого студента в течение всех курсов его обучения.

3. Разработка психологических базисов комплектования у студентов и преподавателей национального самосознания, активного расположения, и расширения общеобразовательного участка.

4. Ознакомление с психологическими закономерностями диалога студента и компьютера, разработка психологических основ компьютеризации научно-учебного процесса в высшей школе.

5. Исследование психологических тонкостей приготовления научно-педагогических кадров, становление будущих преподавателей на протяжении обучения в магистратуре и аспирантуре.

6. Изучение психологических базисов научного творчества, совершенствование профессионализма и повышение педагогического искусства преподавателей.

К диагностически-коррекционным задачам психологии высшей школы класса относят:

- разработка методов профессиональной ориентации старшеклассников (особенно тех, кто имеет профессиональную подготовку по педагогическим направлениям) и обоснование системы профессионального отбора молодежи в высших учебных заве-



дениях (особенно к тем, кто осуществляет профессиональную подготовку по педагогическим направлениям);

- диагностика установок личности самого себя для формирования положительной «Я-концепции» – ядро будущего специалиста;

- определение уровня психологической готовности первокурсников к обучению в высшей школе и разработка предпосылок успешной их адаптации;

- формирование состояния взаимодействия преподавателей и студентов, для налаживания оптимального педагогического взаимодействия, для конструктивного решения возможных межличностных конфликтов [5].

Педагогика высшей школы является теоретической и прикладной наукой. Как теоретическая наука она отражает причинно-следственные отношения в воспитании, обучении и подготовке будущих специалистов. Такая теория представляет собой систему идей, действующая на их размеще-

ние и руководство. Она показывает, что использование этой системы высшей школы, направляет работу школы в сторону желаемой цели, показывает, как наилучшим образом соответствует поставленным целям. [6].

Понимание целей и задач, стоящих перед высшей школой, дает возможность конкретизировать их на уровне педагогической работы, то есть в процессе учебной и воспитательной работы преподавателей высшей школы.

Предпосылками достижения этой цели являются:

а) усвоение теоретических положений (принципов) психологии высшей школы, на основе которых можно выполнять функции по каждой научной дисциплине;

б) овладение, развитие навыков педагогического поведения преподавателя и студента;

в) конкретизация содержания самовоспитания будущего преподавателя высшей школы и др.

## Список литературы

1. Глузман, Н.А. Проблема формирования профессионального имиджа будущего социального педагога в процессе подготовки в высшем учебном заведении [Текст] / Н.А. Глузман // Проблемы современного педагогического образования. - 2016. - № 53-1. - С. 74-79.
2. Красноперова, Н. А. Межличностные отношения и коммуникации [Текст]: учеб. пособие / Н. А. Красноперова // СибГТУ. – Красноярск, 2015. – 146 с.
3. Психология и педагогика высшей школы: краткий курс лекций для аспирантов, магистров, слушателей системы повышения квалификации и преподавателей [Текст] / сост.: И. В. Рыжкова, Н. А. Щербакова // Саратов. ГАУ. – Саратов, 2014. – 134 с.
4. Романов, В. А. Подготовка выпускников педагогических вузов к реализации ФГОС [Текст] / В. А. Романов, В. В. Коритчук // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). - 2016. - № 2 (64). - С. 346-352.
5. Чухров, А. С. Роль воспитательного компонента в профессионально-личностном становлении студентов технического университета [Текст] / А. С. Чухров // Сиб. пед. журн. – 2015. – № 1. – С. 27-31.
6. Fiorilli, C. The effect of teachers' emotional intensity and social support on burnout syndrome. A comparison between Italy and Switzerland. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* [Text] / C. Fiorilli [et al.] // *European Review of Applied Psychology*. - 2015.- № 65. - P. 275-283. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eap.2015.10.00>.

*Baziyan-Kuhto N.K., Kuhto A.P.*

### FUNDAMENTALS OF PSYCHOLOGY IN PRACTICE HIGHER SCHOOL TEACHERS

*State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

#### **Summary**

Understanding the goals and objectives of higher education makes it possible to concretize them at the level of pedagogical work. A high level of scientific competence combined with pedagogical skill and culture of teachers, the introduction of psychological science into pedagogical practice is a real implementation of the effectiveness of the educational process in higher education, the implementation of the principles of democratization and humanization of higher education.

**Key words:** *higher education teacher, psychology, scientific competence.*

#### **Авторская справка и доленое участие**

**Базиан-Кухто Н.К.**

к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (написание текста статьи).

**Кухто А.П.**

д.мед.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (обзор и анализ публикаций, научное редактирование статьи).

В первом полугодии 2022 г. в рамках реализации программы непрерывного последипломного образования кафедрами факультета интернатуры и последипломного образования Государственной образовательной организацией высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» под патронатом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, были проведены дистанционно четыре междисциплинарные научно-практические конференции по актуальным проблемам клинической медицины (согласно Реестра внутри- и межвузовских научно-практических конференций в рамках непрерывного медицинского образования ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в 2022 г., приказ №35 от 01.02.2022 г.) и один симпозиум по эстетической медицине с международным участием (реестр проведения в 2022 г. Республиканских конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций, МЗ ДНР). Презентации докладов были размещены и доступны к ознакомлению на сайте ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

---

12 января 2022 г. на конференции «Клиническая значимость поражения ногтевых пластинок в дерматологической и общеклинической практике» были представлены доклады: проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром «желтых ногтей»; проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности изменения ногтевых пластинок при различных причинных факторах»; проф. Дубовой А.В., доц. Тонких Н.А., доц. Бордюговой Е.В. (кафедра педиатрии №3) «Особенности клинического осмотра ребенка»; доц. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Витамин Д и рост ногтевых пластин»; доц. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Полированные ногти»: о чем они говорят»; асп. Гаруст Ю.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Псориазические ониходистрофии: стандартизованные методы оценки степени поражения»; асс. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности строения и роста ногтевых пластинок у детей и взрослых»; асс. Бойченко А.А. (кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья) «Техника обратной связи в общении «врач-пациент».

9 февраля 2022 г. на конференции «Симптомы и синдромы в дерматовенеро-

логии» были представлены доклады проф. Проценко О.А., проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Симптомы и синдромы в дерматологии как ключ к ранней диагностике системной патологии»; проф. Дубовой А.В., доц. Бордюговой Е.В. «Сочетание кожной и неврологической симптоматики у подростков с нейрофиброматозом 2 типа»; ординатора Погребняк Т.И. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром Алезандрини. Синдром Фогта-Коянаги»; ординатора Курдыбаха А.И. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром Турена. Синдром Кейцюта-Римиона-Конигемарка. Синдром Пеутц-Егерса-Турена»; ординатора Шаталюк М.П. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром Лешке-Вебера. Синдром Олбрайта»; ординатора Бондаренко Ю.Д. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром Блоха-Сульцбергера. Синдром Франческетти-Ядассона. Синдром Асбо-Хансена»; ординатора Коноваловой А.О. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром Луи-Бар. Синдром Фелти. Синдром Блума»; ординатора Румынской К.И. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром Берлина. Синдром Ван-Богарта-Озе»; ординатора Пеньковской А.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром Цинссера-Коула-Энгмана. Синдром Томпсона. Синдром Ротмунда»; к.мед.н. асс. Горбенко А.С. (ка-

федра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Синдром Фишера. Синдром Бека»; доц. Смирновой А.Ф. асс. Котлубей Г.В., ординатора Морозовой М.С. (кафедра офтальмологии ФИПО) «Междисциплинарный подход к диагностике и лечению синдрома Рейтера»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., ординатора Коваленко А.И. (кафедра офтальмологии ФИПО) «Особенности офтальмологической патологии при синдроме Шегрена»; к.фарм.н. Полищука И.И., Мартинсон Ю.Н. (Green Laboratory, ООО «Центр управления качеством больничной гигиены») «Продукция Green Laboratory в дерматологической практике».

13 апреля 2022 г. на конференции «Вирусные поражения кожи и слизистых» были представлены доклады проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Иммуномодуляторы в дерматовенерологической практике»; проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Индивидуализация и стандартизация подходов к ведению герпесвирусных дерматозов»; проф. Дубовой А.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии №3) «Особенности ведения детей с герпесвирусной инфекцией и атопическим дерматитом»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФИПО) «Поражения глаз вирусом герпеса зостер»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФИПО) «Диагностика и профилактика вторичного сухого глаза у больных герпетическим кератоконъюнктивитом»; доц. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Встречаемость вирусных дерматозов у больных с атопическим дерматитом (по результатам анализа наблюдения за 230 больными)»; доц. Провизиона А.Н., асп. Зубаревской О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Роль витамина Д в противовирусной устойчивости кожи»; к.мед.н. асс. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Случай рецидивизирующего течения герпеса у больного

с тяжелым течением атопического дерматита»; к.фарм.н. Полищука И.И., Мартинсон Ю.Н. (Green Laboratory, ООО «Центр управления качеством больничной гигиены») «Возможности продукция Green Laboratory в лечении герпесвирусной дерматологической патологии».

8 июня 2022 г. на конференции «Актуальные вопросы инфекций, передающихся половым путем» были представлены доклады проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Некоторые аспекты преподавания венерологии при профессиональной переподготовке по косметологии»; проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности преподавания венерологии врачам различных специальностей»; проф. Ряполовой Т.Л., доц. Бойченко А.А. (кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья) «Неврологические и психопатологические изменения при сифилисе»; проф. Дубовой А.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии №3) «Современные подходы к ведению детей с герпетической инфекцией»; д.мед.н. Золото Е.В. (НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи) «Аспекты междисциплинарного взаимодействия при ведении детей и подростков с урогенитальными заболеваниями»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФИПО) «Поражение глаз при сифилисе»; доц. Голубова К.Э., доц. Смирновой А.Ф., асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФИПО) «Офтальмологические поражения при хламидиозе»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Лямблиоз мочеполовых органов»; доц. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Контагиозный моллюск с локализацией в области гениталий: особенности обследования, лечения и профилактики»; асс. к.мед.н. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Острая язва вульвы Чапина-Липшютца: особенности диагностики, обследования и лечения больных».

20 мая 2022 г. в дистанционном режиме состоялся VI междисциплинарный Anti-age симпозиум с международным участием «Особенности косметологической помощи пациентам с полиморбидностью». 24 доклада из Донецкой и Луганской Народных Республик, Российской Федерации в виде презентаций были размещены на сайте ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО и (dnmu.ru). Были представлены презентации зав.каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО проф. Проценко О.А., проф. Проценко Т.В., главного специалиста по дерматовенерологии МЗ ДНР Темкина В.В. (г. Донецк, ДНР) «Особенности оказания косметологической помощи населению»; проф. Киосевой Е.В., доц. Пацканя И.И., д.мед.н. доц. Бешуля О.А., к.м.н. Киосева Н.В. (г. Донецк, ДНР) «Особенности оказания косметологической помощи лицам с табакокурением»; проф. Проценко Т.В. (г. Донецк, ДНР), проф. Волошина Р.Н. (г. Ростов-на Дону, РФ), д.мед.н. доц. Безуглого А.П. (г. Москва, РФ) «Практические аспекты применения высокочастотной ультразвуковой визуализации кожи в косметологии»; проф. Ряполовой Т.Л., асс. к.мед.н. Бойченко А.А. (г. Донецк, ДНР) «Терапевтический альянс как основа взаимоотношений «врач-пациент» в косметологии»; доц. Томаш Л.А., доц. Поважной Е.С. (г. Донецк, ДНР) «Физиотерапевтические методы в anti-age медицине»; доц. Провизион Л.Н., доц. Шатилова А.В., Игнатъевой Т.П. (г. Луганск, ЛНР) «Псевдосаркома Капоши. Патоморфология, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика»; Гринчука В.И., доц. Бесединой Е.И., Темкина В.В. (г. Донецк, ДНР) «Надзор за соблюдением лицензионных условий. Контроль качества оказания медицинской помощи»; д.мед.н. Золото Е.В. (г. Донецк, ДНР) «Эстетические проблемы женщин перименопаузального возраста»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Евтушенко В.А., доц. Голубова К.Э., асс. Котлубей Г.В. (г. Донецк, ДНР) «Наш опыт хирургического исправления птоза у взрослых»; доц. Зориной М.Б.,

доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., асс. Котлубей Г.В. (г. Донецк, ДНР) «Эстетические аспекты пластики посттравматических изменений периорбитальной области»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Сухиной И.В., асс. Котлубей Г.В. (г. Донецк, ДНР) «Возрастные особенности изменений периорбитальной области и передней поверхности глаза»; доц. Боряк С.А., доц. Милус И.Е. (г. Донецк, ДНР) «Особенности оказания косметологической помощи лицам с atopическим анамнезом»; Небесной Л.В. (г. Донецк, ДНР) «Лабораторный скрининг перед проведением косметологических процедур»; доц. Провизиона А.Н., асп. Зубаревской О.А. (г. Донецк, ДНР) «Озонотерапия в комплексном лечении гнездной алопеции на фоне хронической вирусной инфекции»; проф. Дубовой А.В., доц. Тонких Н.А., доц. Бордюговой (г. Донецк, ДНР) «Здоровье-сберегающие технологии с раннего детства»; проф. Власовой В.Н., проф. Волошина Р.Н., Власова С.Н. (г. Ростов-на Дону, РФ), доц. Меховой Г.А., Проценко Я.О. (г. Донецк, ДНР) «Роль поведенческих реакций в формировании эстетического здоровья»; проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В., Жарикова В.Ю. (г. Донецк, ДНР) «Особенности оказания косметологической помощи лицам с ВИЧ-позитивным статусом»; доц. Лукьянченко Е.Н. (г. Донецк, ДНР) «Герпесвирусная инфекция как осложнение после косметологических манипуляций»; проф. Проценко Т.В., асп. Гаруст Ю.В., Проценко О.И. (г. Донецк, ДНР) «Особенности оказания косметологической помощи лицам с псориазом»; проф. Проценко Т.В., Шпатусько М.Н. (г. Донецк, ДНР) «Постковидные алопеции: клинико-эпидемиологические особенности и тактика ведения»; к.фарм.н. Полищука И.Н., Мартисон Ю.Н. (г. Донецк, ДНР) «Дерматокосметологическая продукция для лица от отечественного производителя», доц. Ковалевой И.С. (г. Луганск, ЛНР) «Применение ботулинотерапии в эстетической медицине».

Материал подготовил проф. Проценко О.А.





## **ТЕЗИСЫ**

**VI МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ANTI-AGE СИМПОЗИУМА С**

**МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«ОСОБЕННОСТИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**ПАЦИЕНТАМ С ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ»**

**(РЕЕСТР РЕСПУБЛИКАНСКИХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ**

**КОНФЕРЕНЦИЙ МЗ ДНР)**

**20 МАЯ 2022 г.**

Боряк С.А.

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С АТОПИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

---

Распространенность атопического дерматита (АтД) у детей составляет 15-30%, у взрослых, по данным разных авторов – 0,3-14,3%. Дерматоз имеет хроническое рецидивирующее течение. Взрослые пациенты могут обратиться к врачу-косметологу в период длительной ремиссии, «мнимого» выздоровления. У 45% сохраняется склонность к различным аллергическим реакциям, так как одним из основных механизмов патогенеза АтД являются генетически детерминированные нарушения функции эпидермального барьера (мутации генов филагрина, дефекты корнеодесмосом и плотных контактов, изменение состава гидролипидной мантии и pH поверхности кожи) и иммунозависимое воспаление в дерме. Может развиваться синдром чувствительной кожи.

Поэтому кожа у лиц с атопическим анамнезом нуждается не только в базовом (бережное очищение, увлажнение и смягчение), но и в специфическом уходе. Врачу-косметологу необходимо знать, что для таких пациентов характерны высокий риск гиперчувствительности к применяемым средствам, замедленная репарация кожи после проведенных косметологических процедур. Виды косметического ухода зависят от стадии, формы АтД, так как многие косметические средства и косметологические процедуры могут быть триггерами дерматоза. Все процедуры проводят только в стадии стойкой ремиссии дерматоза. Любое вещество, входящее в косметические средства,

может быть аллергеном для определенного человека.

Высокой степенью аллергенности обладают поликомпонентные смеси, ингредиенты косметических средств с высоким риском сенсibilизации кожи (утвержденные Комиссией по Регуляции Безопасности Косметических Препаратов (SCCNFP)), алергоопасные отдушки (согласно действующей Европейской косметической директиве, EU Cosmetics Directive 76/768/ЕЕС) и ореховые экстракты.

Косметические, особенно инвазивные, процедуры можно проводить только в период устойчивой ремиссии АтД. Следует с осторожностью применять косметологические процедуры и средства, ослабляющие роговой слой: химические пилинги, микронидлинг, механическая и лазерная дермабразия, фракционные аблятивные процедуры (RF-термолиз, фототермолиз, плазменная сублимация), косметические средства с ретинолом и косметические скрабы.

**Выводы.** Пациенты с атопическим анамнезом требуют особого внимания врача-косметолога. При выборе тактики для профилактики аллергических реакций необходим тщательный сбор анамнеза, выбор наиболее безопасного метода косметического ухода. Врач-косметолог должен уметь и быть готовым оказать неотложную помощь при развитии анафилактической реакции, а также формировать у пациента ответственное отношение к своему здоровью.

Волошин Р.Н., Власова В.Н., Власов С. Н.

## РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южный Федеральный Университет», г. Ростов-на-Дону, РФ

---

Эстетическое состояние кожи нередко отражает состояние соматического здоровья и может служить фактором к мотивации изменения поведенческих реакций у молодежи.

**Цель исследования.** Изучить гендерные особенности поведенческих реакций у студенческой молодежи и оценить их влияние на эстетическое состояние кожи.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов анкетирования 219 студентов в возрасте от 17 лет до 21 года, в том числе 144 девушек и 75 юношей. Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, статистический.

**Результаты.** Эстетические проблемы кожи (жирность, воспалительная сыпь на лице, рубцы постакне) были у 114 (75%) респондентов, в том числе у 68 (59,6%) девушек и у 46 (40,4%) юношей. Каждая вторая девочка ухудшение состояния кожи связывала с фазой менструального цикла – 34 (50%). Нарушения менструального цикла отмечали 58 (40,3%) девушек. Знали о наличии хронических заболеваний у себя 57 (26%) респондентов, в том числе 37 (25,7%) девушек и 20

(26,7%) юношей. 147 (67,1%) респондентов курили, в том числе 91 (63,2%) девушка и 56 (74,7%) юношей. Периодически употребляли напитки, содержащие алкоголь, 92 (42%) респондентов, в том числе 39 (27,1%) девушек и 53 (70,7%) юношей. Осознавали негативное влияние курения и алкоголя на репродуктивное здоровье 68 (31,1%) респондентов, в том числе 48 (33,3%) девушек и 20 (26,7%) юношей. Занимались регулярно спортом лишь 69 (31,5%) студентов, в том числе 30 (20,8%) девушек и 39 (52%) юношей. Более 4 часов в сутки проводили с гаджетами 197 (89,9%) респондентов, в том числе 126 (87,5%) девушек и 71 (94,7%) юноша. Особый интерес представлял факт, что 69 (31,5%) респондентов хотели бы заниматься волонтерской деятельностью по популяризации различных аспектов здорового образа жизни, в том числе 51 (35,4%) девушка и 18 (24%) юношей.

**Выводы.** Полученные данные могут быть использованы при планировании и проведении информационно-образовательных мероприятий в студенческой среде.

*Гринчук В.И., Беседина Е.И., Темкин В.В.*

## ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЛИЦЕНЗИОННЫХ УСЛОВИЙ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

---

Одними из основных функций любого государства являются определение перечня видов хозяйственной деятельности, подлежащих лицензированию, организация процесса выдачи лицензий и осуществление последующего контроля (надзора) за их использованием. Все выше перечисленное входит в понятие государственного контроля. Функции государственного контроля передаются профильным министерствам. Силами специальных отделов разрабатываются нормативные документы, определяющие порядок проведения процедуры государственного контроля качества. До 2020 года Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики функция государственного контроля сводилась только к выдаче соответствующих лицензий на медицинскую деятельность, а вот контрольные мероприятия не проводились по причине отсутствия порядка проведения контроля (надзора) за соблюдением лицензионных условий. В апреле 2020 года приказом был утвержден Порядок контроля (надзора) за соблюдением лицензионных условий, что позволило начать осуществлять надзорные мероприятия.

**Цель исследования.** Обосновать необходимость и целесообразность организации методической помощи по подготовке к надзорным мероприятиям субъектам хозяйствования, имеющим или претендующим на получение лицензии на медицинскую дея-

тельность по косметологии.

**Анализ исследований и публикаций.** Вопросы государственного администрирования или контроля различных видов хозяйственной деятельности, как правило, изложены в нормативных и правовых документах разного уровня, начиная от законов и заканчивая приказами профильных министерств и ведомств. Однако каких-либо исследований и публикаций с целью подготовки субъектов хозяйствования к надзорным мероприятиям по медицинской деятельности не проводилось. Наряду с лицензированием, контрольные (надзорные) мероприятия являются одной из форм государственного контроля качества осуществления медицинской деятельности вообще и косметологии в частности. Традиционно считается, что соискатель лицензии или лицензиат самостоятельно изучает нормативные и правовые документы, после чего выполняет лицензионные требования и условия.

Проведенный анализ позволяет утверждать, что процесс соблюдения лицензионных условий в виде соответствующего документооборота является трудной задачей для лицензиата. Кроме этого, исследование показало острую необходимость освещения вопросов, связанных с деятельностью лицензиата, после получения лицензии и готовности к проведению плановых проверок соблюдения лицензионных условий осуществления медицинской деятельности по

косметологии.

Особенно остро он стоит в учреждениях здравоохранения частных форм собственности и у физических лиц-предпринимателей. Корректный документооборот после получения лицензии является зоной ответственности лицензиата, но специфика документации и количество необходимых форм и дел, предусмотренных при осуществлении медицинской деятельности не всегда под силу лицензиатам. Кроме этого, несмотря на наличие у лицензиатов согласованной «номенклатуры дел», часто необходимость того или иного дела вызывает у лицензиатов массу вопросов. Обобщив, можно сказать, что в среде лицензиатов с соответствующей лицензией имеется запрос на оказание высо-

коквалифицированной организационной и методической помощи по следующим основным направлениям: 1) Соблюдение лицензионных условий осуществления медицинской деятельности в общем и по косметологии, в частности. 2) Подготовка к плановым контрольным (надзорным) мероприятиям.

**Выводы.** В рамках деятельности профильных кафедр Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького необходимо усовершенствовать курс по подготовке соискателей лицензии и лицензиатов по косметологии, переместив акцент с подготовки к лицензированию на соблюдение лицензионных условий и готовность к проведению контрольных (надзорных) мероприятий.



Зубаревская О.А.

## РОЛЬ ВИТАМИНА Д ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

*Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР*

---

**Цель исследования.** Оценить взаимосвязь содержания витамина Д с особенностями клинических проявлений гнездной алопеции у детей и взрослых.

**Материал и методы.** Под наблюдением было 68 больных в возрасте от 5 до 42 лет, в том числе 20 мужчин и 48 женщин с различными формами алопеции. Клинико-лабораторное и инструментальное обследование проводили в соответствии с унифицированными клиническими протоколами медицинской помощи. У всех больных в сыворотке крови 25-ОН витамин Д определяли по стандартной методике с выделением его дефицита, недостаточности или нормальным содержанием. Уровень витамина Д сопоставляли с клиническими особенностями алопеции.

**Результаты.** Анализ клинических форм дерматоза показал, что в наших наблюдениях преобладала гнездная алопеция, установленная у 30 (44,1%) больных, в том числе у 22 женщин и у 8 мужчин. Андрогенетическая алопеция была у 14 (20,6%) пациентов, в том числе у 10 женщин и у 4 мужчин. Диффузная телогеновая алопеция установлена у 24 (35,3%) больных, в том числе у 16 женщин и у 8 муж-

чин. Недостаточное содержание витамина Д было у 58 (85,3%) больных, в том числе дефицит витамина Д – у 20 (29,4%) больных, недостаточность – у 38 (55,9%) больных. При анализе содержания витамина Д в зависимости от формы алопеции установлено, что у 28 (93,3%) больных гнездной алопецией было измененное содержание витамина Д, в том числе дефицит – у 10 (33,3%), недостаточность – у 18 (60%). У 10 (71,4%) больных андрогенетической алопецией было нарушенное содержание витамина Д, в том числе дефицит витамина Д – у 6 (42,9%), недостаточность – у 4 (28,6%). При диффузной телогеновой алопеции у 20 (83,3%) больных отмечено нарушение содержания витамина Д, в том числе его дефицит – у 4 (20%), недостаточность – у 16 (66,7%). У всех обследованных пациентов с различными формами алопеции на момент обследования была прогрессирующая стадия заболевания.

**Выводы.** Выявленные изменения обосновывают целесообразность обследования больных различными формами алопеции на содержание витамина Д в периферической крови и коррекции лечения с учетом выявленных изменений (дефицит или недостаточность витамина Д).

*Киосева Е.В., Бешуля О.А., Пацкань И.И., Киосев Н.В.*

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

---

Эстетические представления и требования к образу человеческой красоты выражают вкусы, интересы, стиль жизни и стремления своей исторической эпохи, включают в себя социальную характеристику и индивидуальные особенности личности. Психическое здоровье студенческой молодежи, в том числе с табакокурением, в значительной степени отражает общее состояние общества и является важным индикатором социального благополучия населения любой страны мира.

**Цель исследования.** Установить взаимосвязь между социально-психологическими факторами субъективного благополучия (удовлетворенности жизнью и счастья), жизнестойкостью, уровнем психологического дистресса, степенью проявления адаптационных нарушений и сопутствующих психопатологических радикалов у исследуемого контингента для определения мишеней их медико-психологической поддержки при оказании косметологической помощи лицам с табакокурением.

**Материал и методы.** С соблюдением норм биоэтики и деонтологии, проведен скрининг психического статуса 479-и студентов, в т.ч. 335 (69,9%) девушек и 144 (30,1%) юноши 1-3 курсов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО медицинского факультета в возрасте от 17 до 21 года. Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, психодиагностический, статистический.

Для исследования психосоциального фактора социокультурного феномена сча-

стья был проведен опрос при помощи разработанной нами унифицированной «Карты обследования». Далее оценивали связь с уровнем психологического дистресса, степенью проявления адаптационных нарушений и сопутствующих психопатологических радикалов по шкале SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001), уровнем развития жизнестойкости молодежи по методике «Тест жизнестойкости» («Hardiness Survey» Maddi et al., 1984, в адаптации Е. Н. Осина, 2013), уровнем удовлетворенности жизнью по шкале «Satisfaction with Life Scale» (SWLS Diener E. et al., 1985, в адаптации Д.А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008), оценку аддиктивного статуса проводили при помощи TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака.

**Результаты.** На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, было выполнено распределение контингента на 3 группы, согласно диагностическим критериям МКБ-10. Практически здоровые студенты составили группу 1, n= 241 (50,3%). Лица с признаками нарушения адаптации и табакокурением вошли в группу 2, n= 168 (35,1%). Из студентов с признаками расстройств адаптации и табакокурением сформировано группу 3, n= 70 (14,6%).

Для дальнейшей работы по согласованию были отобраны только девушки группы 2 с признаками нарушения адаптации и та-

бакокурением. Большинство студенток этой группы (52,86%) определили субъективный уровень стресса как средний.

Показано, что 81,3% (109/134) девушек с признаками нарушения адаптации и табакокурением относят себя к категории «достаточно счастливых». Определили себя как «недостаточно счастливыми» 13,4% респондентов.

Установлен низкий уровень удовлетворенности жизнью  $13,22 \pm 3,34$  балла у 13,4% (13/97) «недостаточно счастливых» респондентов с нарушением адаптации, употребляющих табак. Доказано, что сформированная жизнестойкость ( $24,50 \pm 5,55$  балла) поддерживает высокий уровень удовлетворенности жизнью ( $23,34 \pm 5,10$  балла) у «достаточно счастливых» девушек 2-ой группы.

**Выводы.** Ощущение счастья препятствует развитию выраженных психопатологических радикалов, сопутствующих психологическому дистрессу, поддерживает удовлетворенность жизнью, выступая

предикторами психической дезадаптации. Вместе с тем, без дополнительных ресурсов жизнестойкости нельзя направленно влиять на степень проявления адаптационных нарушений. На основании полученных данных и анализа научной литературы был разработан и адаптирован психопреентивно-образовательный интенсивный интерактивный тренинг по методу кейс-стади CBL (анг. case-study или Case Based Learning – основанный на клиническом случае) с интегрированной нейролингвистической технологией «Архетипические энергии», который способствует повышению социально-психологической адаптивности молодежи за счет мобилизации их внутренних резервов, восстановления уверенности в себе, изменения отношения молодых людей к стрессовым ситуациям и поведенческим реакциям, приобретения навыков самоорганизации «self-help», развитию качества «hardiness». Полученные данные легли в основу комплексной медико-социальной помощи лицам с табакокурением.

Ковалева И.С., Ковалев В.Б.

## ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Государственное учреждение  
Луганской Народной Республики  
«Луганский государственный медицинский университет  
им. Святителя Луки»

---

**Цель.** Изучить эффективность применения препаратов ботулотоксина типа А в эстетической медицине в зависимости от индивидуальных анатомических особенностей мышц лица, шеи и декольте.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось на базе кафедры общей врачебной практики и медицинской реабилитации в Центре семейной медицины в 2021 г. Ботулинотерапия была проведена 312 пациентам, из них 21 – мужчина, 291 – женщина.

**Результаты.** Препаратом выбора был инкоботулинотоксин А. Процедуры проводили у пациентов в возрасте от 30 до 60 лет с мимическими морщинами по следующим показаниям: коррекция верхней и средней трети лица – морщины лба, межбровья и переносицы, «гусиные и кроличьи лапки»; коррекция нижней трети лица - периораль-

ная зона («кисетные» морщины, опущенные углы рта), горизонтальная складка подбородка, гравитационный птоз овала лица; коррекция шеи и декольте. В 309 (99,35%) случаях результат был удовлетворительным, у 2 (0,65%) пациентов - мужчин отмечалась резистентность к препарату. 1 (0,3%) пациентка отметила нежелательное явление в виде птоза век. Длительность положительного эффекта составляла 4-6 месяцев. По истечении этого времени 89% пациентам проводилось повторное лечение.

**Выводы.** Таким образом, введение препаратов ботулотоксина типа А является наиболее востребованными малоинвазивными косметологическими процедурами, которые эффективно зарекомендовали себя как нейромодуляторы при эстетической коррекции и гармонизации возрастных изменений лица, шеи и зоны декольте.

*Ковалева И.С., Ковалев В.Б., Бибик В.В.*

## **РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И В ВЫБОРЕ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Государственное учреждение  
Луганской Народной Республики  
«Луганский государственный медицинский университет  
им. Святителя Луки»*

---

**Цель.** Изучить роль дерматоскопии в дифференциальной диагностике новообразований кожи у лиц пожилого и старческого возраста и предложить, с учетом ее результатов, адекватные методы коррекции установленной патологии.

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось на базе кафедры общей врачебной практики и медицинской реабилитации в ГУ «Луганский республиканский госпиталь ветеранов войны им. маршала А.И. Еременко» ЛНР в 2019 г. и 2020 г. За 2019 - 2020 гг. прокурировано 430 (193/237) пациентов пожилого и старческого возраста (65 лет и старше) с дерматологической патологией. Основным инструментальным методом диагностики была дерматоскопия. Мы использовали дерматоскоп HEINE mini 3000 LED.

**Результаты.** По нашим наблюдениям, новообразования кожи являются самой многочисленной группой среди дерматологической патологии у исследуемой возрастной категории: за 2019 год – 173 (89,6 %) случая, за 2020 год – 169 (71,3%) случая от общего количества выявленных заболеваний кожи. Дерматоскопия позволила провести дифференциальную диагностику новообразований кожи и разделить их на три количественные группы.

Первой, наиболее обширной группой

заболеваний оказались доброкачественные новообразования кожи. Они составили 122 (70,5 %) и 147 (87%) случаев, соответственно в 2019 и 2020 гг. и были представлены дерматофибромами, папилломами, себорейными кератомами и старческим лентиго.

Вторая группа была представлена раком кожи, который выявлялся в 20,3% и 10,05% случаев, соответственно, в 2019 и 2020 гг. Отмечалась тенденция увеличения количества клинических случаев с самыми злокачественными новообразованиями кожи – меланомой: в 2019 г. – 28 (16,2%) случаев, в 2020 г. – 12 (7,1%) случаев, в сравнении с базальноклеточным раком кожи: в 2019 г. – 7 (4,05%) случаев, в 2020 г. – 5 (2,95%) случаев.

К третьей группе относились предраковые новообразования кожи, в частности, кожный рог, который в 2019 г. был выявлен в 16 (9,2 %) случаях, в 2020 г. – в 5 (2,9 %) случаях.

**Выводы.** Таким образом, дерматоскопия позволяла провести дифференциальную диагностику и уточнить нозологическую структуру новообразований кожи у лиц пожилого и старческого возраста, а также предложить адекватные дифференцированные подходы к эстетической коррекции выявленной патологии, такие как: криодеструкция, электрокоагуляция, лазерное удаление, радиоволновой и хирургический методы.



Небесная Л.В.

## ЛАБОРАТОРНЫЙ СКРИНИНГ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Клинико-диагностическая лаборатория ООО «БИО-ЛАЙН», г. Донецк, ДНР

---

**Цель.** Представить краткий обзор лабораторных исследований, рекомендуемых перед проведением косметологических процедур.

**Анализ и результаты.** Медицинская косметология стремительно развивается. Назначать пациенту тот или иной метод коррекции возможно только при точном диагнозе и ясном представлении о состоянии здоровья пациента. Лабораторные исследования могут выявлять проблемы, отслеживая все патофизиологические и патохимические процессы, лежащие в основе внешних проявлений, с которыми работают специалисты индустрии красоты.

**Общий анализ крови.** Позволяет оценить уровень гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, СОЭ и ряд других показателей, а также скрыто протекающие инфекционные процессы.

**Общий анализ мочи.** Исследование позволяет оценить функцию почек и других внутренних органов, а также выявить воспалительный процесс в мочевых путях. Изучив только анализ мочи, можно сформировать необходимость направление дальнейшего обследования других систем организма.

**Биохимический анализ.** Биохимические лабораторные тесты отражают функциональное состояние различных органов и систем, дают представление о состоянии обмена веществ. Перечень параметров биохимического анализа определяется специали-

стом индивидуально для каждого пациента

**Гормональные исследования.** Гормоны – биологически активные вещества, осуществляющие гуморальную регуляцию основных процессов жизнедеятельности. От работы эндокринной системы зависит состояние всех внутренних органов. Гормоны регулируют способность тканей к росту и созреванию, обмен веществ, процессы репродукции, состояние иммунной системы. Исследования позволяют определить уровень гормонов и выявить эндокринные нарушения.

**Анализ на маркеры гепатита, сифилиса, ВИЧ.** Положительный результат любого из этих анализов – абсолютное противопоказание к любому косметологическому вмешательству.

**Коагулограмма.** Анализ, позволяющий оценить свертывающую способность крови – совокупность механизмов, обеспечивающих сохранение жидкого состояния крови, предупреждение и остановку кровотечений, а также целостность кровеносных сосудов.

**Выводы.** Следует принять как данность, что медицинская диагностика перестает быть поверхностной и служить только способом определения эстетической проблемы пациента. Приходит пора Большой Медицины, в которой врач оценивает состояние здоровья, проводит комплексное обследование и назначает мотивированный путь лечения.

*Полищук И.Н., Мартинсон Ю.В.*

## ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ ДЛЯ ЛИЦА ОТ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

*Общество с ограниченной ответственностью «Центр управления качеством  
больничной гигиены», г. Донецк, ДНР*

---

«Центр управления качеством больничной гигиены» – производитель и разработчик дерматокосметологических средств Green Laboratory для ежедневного ухода за кожей: дезинфицирующих и стерилизующих средств; кожных антисептиков и дезинфицирующих салфеток; растительных экстрактов; наносептиков для полости рта; натуральных назальных спреев; лечебно-профилактической продукции; дерматокосметологической продукции для лица.

На основании собственных разработок, используя натуральные экстракты, структурированные по типу кожи, Green Laboratory предлагает широкий ассортимент косметических средств, комплексные программы и методики для решения проблем по уходу за кожей в любом возрасте. Уникальные рецептуры продукции с высокой концентрацией действующих веществ базируются на последних научных исследованиях в области дерматокосметологии. Для производства используется экологически чистое сырье, регулярный контроль качества и безопасности в соответствии с высокими стандартами косметологического производства.

Green Laboratory разработала пошаговый алгоритм ухода за всеми типами кожи, направленный на сохранение природного гидробаланса кожи, бережного очищения, освежения и тонизирования, включающего следующие косметические средства: пенку для умывания; гель для умывания с эффектом альгинатной маски; мицеллярную воду «Успокаивающая» (формула очищения с лавандой); тоник для лица с гликолевой кислотой.

Линия Green Laboratory для сухой и чувствительной кожи. Активно увлажняет и питает кожу. Снимает воспаления и раздражения. Деликатно очищает. Включает: пенку для умывания; гель для умывания («Увлажняющий», с глицериновым экстрактом ромашки); мицеллярную воду («Увлажняющая», формула очищения с ромашкой); тоник для лица с гликолевой кислотой.

Линия Green Laboratory для жирной и комбинированной кожи. Глубоко очищает поры. Матирует. Оказывает противовоспалительное действие. Включает: пенку для умывания; гель для умывания («Матирующий», с лауриновой кислотой); мицеллярную воду («Тонизирующая», формула очищения с розой); тоник для лица с гликолевой кислотой.

Производство экстрактов и гидролатов. Алгоритм создания линейки Хлорофиллипт Актив Плюс, природного происхождения, позволяет бороться с бактериальными инфекциями в полости рта, эффективна при пародонтозах, гингивитах вирусной и грибковой этиологии, воспалении после экстракции зубов, при ожогах, при воспалениях, вызванных стафилококком, стрептококком, синегнойной палочкой и вирусами. В составе спреев Хлорофиллипт Актив плюс отсутствует спирт, антибиотики, вещества, вызывающие привыкание, нет консервантов. Общая формула Хлорофиллипт Актив плюс дополняется различными препаратами на основе растительных экстрактов с проверенным фармакологическим действием. Все рабочие концентрации, токсичность и

специфичность исследованы в Институте микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова. Полученные препараты, благодаря их низкой токсичности и природному происхождению, зарегистрированы как антисептики полости рта согласно ГОСТ.

**Выводы.** Таким образом, оригинальная отечественная дерматокосметологическая продукция может способствовать улучшению оказания косметологической помощи населению республики.

*Проценко О.А.*

## ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

---

В условиях бурного развития медицинской косметологии особое значение имеет обучение специалистов (врачей – дерматовенерологов) не только профессиональным навыкам по проведению тех или иных косметологических процедур и манипуляций, но и формирование личности врача-косметолога, врачебной ответственности при оценке состояния здоровья и выборе технологий эстетической коррекции. При этом особое значение имеет кадровый потенциал обучающихся кафедр и особые требования к специалистам, работающим как в бюджетном, так и в частном секторе. Медицинский подход к решению любой дерматологической или косметологической проблемы пациента есть непременное условие в медицинской косметологии, которому нужно уделять постоянное внимание на всех этапах обучения слушателей курсов профессиональной переподготовки. Успех решения этой задачи во многом зависит от личных качеств преподавателя, от его навыков коммуникативного общения как с пациентами, так и с обучающимися.

Предпочтительные стратегии преподавания – акценты на развитии умения

слушать и слышать пациентов, управлять процессом выбора технологий эстетической коррекции, объясняя пациенту свою тактику, а не навязывая свой выбор решение проблемы. При этом слушатели курсов профессиональной переподготовки по косметологии должны быть не просто объектом обучения, а осознавать себя субъектом педагогического процесса, понимая, что его не просто учат, а он обучается сам. И на всех этапах обучения, начиная от исходного контроля уровня знаний, заканчивая итоговой аттестацией, у слушателей нужно формировать принцип личной ответственности за ближайшие и отдаленные результаты косметологической деятельности.

**Выводы.** Таким образом, педагогическое мастерство преподавателей медицинской косметологии, развитие навыков коммуникативного общения в паре преподаватель-врач и пациент-врач, наряду с формированием личной ответственности и медицинской компетентности, может быть важным фактором повышения эффективности оказания косметологической помощи населению.

*Проценко О.А., Проценко Т.В.*

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

---

Даже в условиях военного времени потребность населения в косметологической помощи не уменьшается, что формирует целый ряд проблем. Во-первых, подготовка и организация непрерывного обучения специалистов. Во-вторых, развитие нормативной и законодательной базы оказания медицинских косметологических услуг частным сектором медицины. В-третьих, решение вопросов обеспечения расходным материалом для качественного оказания медицинской косметологической помощи.

В Донецкой Народной Республике, по аналогии с Российской Федерацией, с 2020 г. введена специальность «врач-косметолог», что позволило поднять уровень подготовки специалистов, оказывающих косметологические услуги населению. Получить профессиональную переподготовку по косметологии, продолжительность которой составляет 4 месяца, имеет право лишь сертифицированный врач-дерматовенеролог. По окончании обучения врач получает два документа: диплом о профессиональной переподготовке, который дает право на ведение нового вида профессиональной деятельности с присвоением дополнительной квалификации и имеет регистрационный номер. Приложение

к диплому содержит наименование дисциплин, изученных за время обучения с указанием часов, оценки и результаты итоговой аттестации. Вторым документом является сертификат «врача-специалиста» по специальности «Косметология», который действителен в течение 5 лет. В последующем каждые 5 лет он подлежит подтверждению с предшествующими курсами.

Поскольку косметологическую помощь оказывают только на условиях коммерческой хозяйственной деятельности, для ее проведения необходимо получить медицинскую лицензию в лицензионном отделе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (МЗ ДНР), которая выдается физическому лицу – предпринимателю (ФЛП) либо юридически оформленному медицинскому центру при соблюдении определенных условий. В последующем МЗ ДНР оставляет за собой право контролировать выполнение условий лицензионной деятельности.

**Выводы.** Таким образом, в Донецкой Народной Республике сформирована система подготовки кадров по косметологии и контроля качества оказания косметологической помощи населению.



*Проценко Т.В.<sup>1</sup>, Шпатусько М.Н.<sup>2</sup>*

## ПОСТКОВИДНЫЕ АЛОПЕЦИИ: КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»<sup>1</sup>,*

*Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР<sup>2</sup>*

---

**Цель исследования.** Установить взаимосвязь между перенесенной COVID инфекцией и особенностями клинических проявлений и течения алопеции.

**Материал и методы.** Под наблюдением было 36 больных в возрасте от 18 до 52 лет, в том числе 12 мужчин и 24 женщины. Все пациенты подвергались комплексному клиничко-лабораторному и инструментальному обследованию с определением, наряду с общеклиническими анализами, состояния щитовидной железы (ультразвуковое исследование, гормоны щитовидной железы – ТТГ, Т4 своб., АТ-ТПО), инсулинорезистентности по индексу НОМА, трихограммы. Проводили дерматоскопию пораженной кожи волосистой части головы с определением сосудистого паттерна. По медицинской документации анализировали тяжесть течения перенесенной COVID инфекции (легкая, средне - тяжелая, тяжелая).

**Результаты.** У всех 36 включенных в исследование пациентов была диффузная телогеновая алопеция, которая у 16 (44,4%) больных развилась через 2-3 месяца после перенесенной инфекции, у 14 (38,9%) – сразу после окончания лечения COVID ин-

фекции, у 6 (16,7%) – одновременно с первыми проявлениями инфекции. Тяжелое течение COVID инфекции с поражением легких более 30% было лишь у 2 (5,5%) больных в наших наблюдениях, только у женщин. Средне - тяжелое течение COVID инфекции было у 6 (16,7%) больных, в том числе у 4 женщин и у 2 мужчин. Легкое течение COVID инфекции было у преобладающего числа наблюдаемых нами больных – у 28 (77,8%), в том числе у 18 женщин и у 10 мужчин. Патология щитовидной железы установлена у 29 (80,6%) больных, в том числе у 11 (37,9%) из них – с гипотиреозом, у 14 (48,3%) – с эутиреозом и лишь у 4 (13,8%) – с тиреотоксикозом. Впервые выявленная инсулинорезистентность (при отсутствие сахарного диабета) была у 22 (61,1%) больных, у всех них при дерматоскопии установлен выраженный сосудистый паттерн. Недостаточность витамина Д обнаружена у 12 (33,3%) больных, выраженный дефицит – у 8 (22,2%).

**Выводы.** Выявленные изменения легли в основу разработанной диагностически-лечебной программы для больных с постковидной алопецией.

Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС В КОСМЕТОЛОГИИ

Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»

---

Одной из актуальных проблем современной медицинской науки является изучение психологических факторов лечебно-реабилитационного процесса, которые связаны с индивидуально-психологическими характеристиками врача, пациента и особенностями их взаимодействия. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что характер взаимоотношений между косметологом и больным во многом определяет результативность лечения различных заболеваний.

В современной отечественной системе здравоохранения происходят коренные изменения, связанные с реформированием системы отношений «врач — пациент», внедрением принципа партнерства в их взаимодействие. Проблема сотрудничества, предоставления пациентам роли активного участника терапии и реабилитации широко обсуждается в рамках медицинской психологии с целью оптимизации психологических факторов лечебного процесса. В этом контексте большое внимание уделяется изучению особенностей терапевтического альянса, выделению факторов, которые влияют на его формирование.

Впервые понятие «терапевтический альянс» предложила в 1956 г. психотерапевт Э. Зетцель, которая понимала под этим термином побочный продукт глубоких и ранних интерпретаций переноса, способствующего снижению тревоги пациента и ослабляющего сопротивление лечению. R. Chaplin (2007) определял терапевтический альянс как систему взаимоотношений между врачом и пациентом, которая тесно связана с приверженностью больного лечению. С

целью улучшения качества терапевтического альянса медицинским специалистам R. Chaplin предлагал внимательно выслушивать больных, уделять им больше времени и предоставлять всю необходимую информацию относительно их заболевания и методов лечения.

Успешность лечения в значительной мере определяется характером взаимоотношений между врачом и пациентом. Наиболее значимые (по мнению больных) личностные качества врача, среди которых: ум, внимательность, увлеченность работой, чуткость, тактичность, терпеливость, чувство долга, спокойствие, серьезность, чувство юмора. Образ идеального врача у пациентов меняется в зависимости от заболевания, их пола и возраста. С целью организации эффективного взаимодействия с пациентами врачу необходимо учитывать демографические и клинические особенности больных, а также их ожидания относительно лечения (В.А. Ташлыков, 1984).

Выделяют следующие формы терапевтического альянса:

1. Партнерский альянс – является наиболее благоприятной формой терапевтического альянса. Он основывается на высокой эмпатии, открытости, доверии, сотрудничестве и взаимной ответственности за результат лечения.

2. Эмпатийно-регламентирующий – высокая эмпатийность сопряжена с доминирующей позицией врача и пассивной стратегией взаимодействия больного, который характеризуется низким уровнем ответственности за результат лечения.

3. Нейтрально-регламентирующий

альянс – отличается нейтральным эмоциональным фоном. Врач занимает доминирующую позицию, у пациента превалирует пассивная стратегия взаимодействия и низкий уровень ответственности.

4. Эмпатийно-формальный альянс – основывается на эмпатийности в сочетании с низким уровнем сотрудничества и личной ответственности за результат лечения.

5. Формально-дистантный альянс – является наиболее неблагоприятным. В рамках данного альянса низкая эмпатийность врача и пациента сопряжена с их взаимной отчужденностью и формальным сотрудничеством.

Можно выделить некоторые психологические факторы, которые влияют на функционирование терапевтического альянса. Так, формирование партнерского альянса у врачей сопряжено с широким диапазоном их коммуникативных ресурсов, высокой эмпатией и у части специалистов может сопровождаться развитием симптомов эмоционального выгорания. Часто наблюдаемое в практике доминирование регламентирующих форм терапевтического альянса связано со стереотипностью коммуникативного стиля и негативно коррелирует с истощением эмоциональных ресурсов медицинских специалистов. Установлению партнерского альянса способствует высокий уровень комплайенса пациентов и их удовлетворенность взаимоотношениями с врачами, а затрудняет его формирование дисфорический тип отношения к болезни. Дисфорический тип

отношения к болезни – гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид, зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких, вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других.

Наблюдаемое превалирование в косметологической практике нейтрально-регламентирующих форм терапевтического альянса связано с позитивной репрезентацией врача и лечебного учреждения, интроверсией в сочетании с низкой эмпатией, высоким уровнем субъективного контроля, репрезентацией заболевания как негативного явления. Затрудняет установление данной формы альянса низкий уровень субъективного контроля пациента, тревожный и сенситивный типы отношения к болезни.

**Выводы.** Таким образом, психологическая сторона отношений «врач-больной», а именно – умение устанавливать терапевтический альянс, является важной составляющей медицинского процесса, в отдельных случаях психологические качества врача для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки. Необходимо обеспечить сотрудничество в области косметологии, медицинской психологии, психиатрии, психотерапии в сфере дополнительного профессионального образования и практического взаимодействия в работе с клиентами для повышения качества оказания специализированной косметологической помощи.

*Томаш Л.А., Поважная Е.С., Пеклун И.В.*

## ФИЗИОТЕРАПИЯ В ANTIAGE МЕДИЦИНЕ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»*

---

С биологической точки зрения, старение – естественный процесс, заключающийся в аккумуляции комплекса повреждений на клеточном и молекулярном уровне, что приводит к постепенному уменьшению физиологических резервов организма, к повышенному риску целого ряда заболеваний, к общему спаду индивидуальной жизнеспособности и в конечном счете – к смерти (Всемирная организация здравоохранения, «Всемирный доклад о старении и здоровье»; 2015). Цель антиэйджинг (антивозрастной) медицины – профилактика, раннее выявление, лечение и уменьшение числа возрастных заболеваний и, как следствие – повышение продолжительности жизни и ее качества.

Одной из составляющих антиэйджинг медицины является дерматофункциональная физиотерапия, методики которой широко используются для профилактики старения кожи как одного из наиболее уязвимых в этом плане органа. Возможно использование как аппаратных, так и неаппаратных методов воздействия. К аппаратным методам относятся: ионофорез – сочетанное воздействие постоянного гальванического тока и введенного с его помощью лекарственного вещества; гальванотермофорез – сочетание гальванического тока и инфракрасного излучения; ридолиз – способ борьбы с морщинами с помощью высокочастотного (6 кГц) модулированного низкими частотами (50-200 Гц) электротока, подаваемого в дерму; миолифтинг – мягкая «подтяжка» кожи и мышц с помощью микротоков (сверхмалой амплитуды и небольшой частоты); селективная хромотерапия –

лечебное применение монохроматического видимого излучения (красного, зеленого, желтого, синего, фиолетового диапазона); лазерный пилинг (дермабразия) – применение высокоинтенсивного лазерного излучения для выравнивания рельефа кожи и неоднородности ее цвета; фракционная абляция (аблятивный фракционный фототермолиз) – вапоризация микроучастков кожи лазерным лучом с их последующей контракцией и восстановлением; фотоомоложение – метод коррекции возрастных изменений лица, основанный на действии светового потока на все слои кожи; радиоволновой лифтинг (термаж) – метод подтягивания кожи, основанный на принципе генерирования биполярного радиоизлучения; броссаж (брашинг) – поверхностный механический пилинг кожного покрова с целью выравнивания его цвета и рельефа за счет эксфолиации рогового слоя и стимуляции микроциркуляции; космеханика – аппаратный пульсирующий массаж специальными пластинами, обеспечивающий трехмерную механическую обработку кожи; дермотония – вакуумный рефлексотерапевтический метод лечения кожи. К неаппаратным методам относятся бальнео-, пелоидо-, арома-, СПА-, талассо-, парафинотерапия, глинолечение и другие, доступные в реальной клинической практике и имеющие высокий профиль безопасности.

**Выводы.** Таким образом, изменения, связанные со старением, не являются строго линейными/последовательными и нередко слабо коррелируют с числом прожитых человеком лет. Отчасти это связывают со «случайным» характером многих механиз-

мов старения. Последние при этом могут быть успешно модифицируемы комплексным антиэйдж подходом, в том числе и с ис-

пользованием доказавших свою эффективность на практике разнообразных методик дерматофункциональной физиотерапии.



### Требования к оформлению статей

Текст работы должен быть набран в текстовом редакторе Microsoft Word (95-2016), формат файлов \*.doc или \*.rtf. Рукопись должна быть тщательно проверена и отредактирована автором.

Форматирование: лист – 210×297 мм (формат А4), ориентация книжная, поля со всех сторон по 20 мм; гарнитура «Times New Roman», размер шрифта 14 пт, межстрочный интервал полуторный, абзацный отступ 125 мм.

#### **Структура статьи:**

- УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа

- Резюме с ключевыми словами
- Текст статьи
- Список литературы
- Резюме на английском языке с ключевыми словами

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

- Актуальность
- Цель работы
- Материал и методы
- Результаты и обсуждение
- Выводы.

Текст клинических наблюдений, лекций, обзоров, статей по педагогике и по истории медицины и др. могут оформляться иначе. Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, передовых, обзорных и дискуссионных статей – не более 20 страниц, наблюдений из практики от 5 страниц и рецензий – не более 3 страниц.

**Буквенные обозначения и аббревиатуры.** Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть разъяснены только в тексте статьи. Аббревиатуры включаются в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой: например — герпетический дерматит Дюринга (ГДД). В аббревиатурах используются заглавные буквы.

**Таблицы и рисунки.** Таблицы должны иметь заголовки и сквозную в порядке их первого упоминания в тексте нумерацию, обозначаемую арабскими цифрами без знака номера (например, Таблица 1). В тексте ссылки на таблицы даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (табл. 1.). Если таблица одна, то она не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. табл.). Заголовок таблиц должен отражать ее основное содержание. Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже по центру дается ее название. Сокращения слов в таблицах не допускаются. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Сокращения, использованные в таблице, должны быть пояснены в примечании, расположенном под ней. В десятичных дробях ставится запятая (например: 3,25; 0,5). Таблицы размещают в тексте после цитирования.

Весь **иллюстративный материал** (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками и подаются отдельными файлами. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в файлах формата «JPEG», «PNG» или «TIFF». Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (рис. 1.). Если рисунок один, то он не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. рис.). Рисунки сопровождаются подрисуночными подписями, включающими номер, название иллюстрации и при необходимости условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На осях координат для графиков следует указывать обозначения и единицы измерения

(например: по оси абсцисс – время культивирования ткани, сут., по оси ординат – активность фермента, мл/мин.).

**Библиографические списки и ссылки на литературу.** Список процитированной литературы (Литература) оформляют с учетом требований ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления» и с учетом «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» Международного комитета редакторов медицинских журналов (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals).

**Резюме.** Должно быть структурированным, на русском и английском языках объемом до 250 слов и включать цель, материалы и методы, результаты, выводы. В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры). При написании обзора, лекции, описании клинического случая или наблюдений из практики резюме может быть неструктурированное, объемом не более 150 слов. В резюме на английском языке должен

быть включен полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения.

**Ключевые слова.** После каждого резюме приводят ключевые слова в именительном падеже, не более 7.

**Сведения об авторах.** Оформляются на отдельном листе статьи, должны обязательно содержать следующую информацию:

- Ф.И.О. (полностью);
- Место работы (учебы) (с указанием подразделения), должность;
- Ученая степень;
- Ученое звание;
- Почтовый адрес (с указанием индекса);
- e-mail;
- Телефон (для связи).
- Участие автора в статье

Необходимо указать, с каким автором (если их несколько) следует вести переписку.

Работы принимаются редакционным советом по адресу: 83003, г. Донецк, ул. Калинина 107Б, РКДВД или в электронном варианте на e-mail: [derma.kosmet@yandex.ru](mailto:derma.kosmet@yandex.ru)

### Примеры оформления списка литературы Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 -2003) Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления

Дата введения 01-07-2004

#### Библиографическое описание: новый государственный стандарт

Прежние нормы составления библиографического описания изменились в связи с введением нового государственного стандарта – ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления». Этот ГОСТ утвержден в качестве межгосударственного стандарта для стран – членов СНГ и в качестве национального для РФ. Дата его введения в действие – 1 июля 2004 г.

Таким образом, в настоящее время именно этим документом следует руководствоваться при составлении списков литературы.

Головной организацией по разработке стандарта является Российская книжная палата, Соисполнители – Российская государственная и Российская национальная библиотеки.

#### Книга под фамилией автора

Описание книги начинается с фамилии автора, если книга имеет авторов не более трех.

##### **1 автор:**

**Петушкова, Г.И. Проектирование костюма** [Текст]: учеб. для вузов / Г.И. Петушкова. - М.: Академия, 2004. - 416 с.

**Борисова, Н.В. Мифопоэтика всеединства в философской прозе М.Пришвина** [Текст]: учеб. - метод. пособие / Н.В. Борисова. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - 227 с.

**Краснова, Т.В. Древнерусская топонимия Елецкой земли** [Текст]: монография. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - 157 с.

##### **2 автора:**

**Нуркова, В.В. Психология** [Текст]: учеб. для вузов / В.В. Нуркова, Н.Б. Березанская. - М.: Высш. образование. - 2005. - 464 с.

**Кузовлев, В.П. Философия активности учебной деятельности учащихся** [Текст]: монография / В.П. Кузовлев, А.В. Музалыков. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - 219 с.

##### **3 автора:**

**Максимов, Н.В. Архитектура ЭВМ и вычислительных систем** [Текст]: учеб. для вузов / Н.В. Максимов, Т.Л. Партыка, И.И. Попов. - М.: Инфра - М, 2005.-512 с.

**Душков, Б.А. Психология труда, профессиональной, информационной и организационной деятельности** [Текст]: учеб. пособие для вузов/ Б.А. Душков, А.В. Королев, Б.А. Смирнов. - М: Академический проект, 2005.-848 с.

#### Книга под заглавием

Описание книги дается на заглавие, если книга написана четырьмя и более авторами. На заглавие описываются коллективные монографии, сборники статей и т.п.

**История России** [Текст]: учебник / А.С.Орлов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2005. – 520 с.

**Мировая художественная культура** [Текст]: в 2-х т. / Б.А.Эренграсс [и др.]. - М.: Высшая школа, 2005. - Т.2. - 511 с.

**Комплекс контрольных заданий и тестов по экономическому анализу** [Текст]: учеб.-метод. пособие для вузов / А.А.Сливинская [и др.]. – Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2003. - 73 с.

## **Информация для авторов**

---

**Теория и практика дистанционного обучения** [Текст]: учеб. пособие для студентов пед. вузов / М.Ю.Бухаркина [и др.]; под ред. Е.С.Полат. - М.: Академия, 2004. - 416 с.

**Михаил Пришвин: актуальные вопросы изучения творческого наследия** [Текст]: материалы международ. науч. конференции, посвящ. 130-летию со дня рождения писателя. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2003. - Вып. 2.-292 с.

**Материалы науч.-практ. конференции юридического ф-та Елецкого гос. ун-та им. И.А.Бунина** [Текст]. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2003. - Вып.4. - 138 с.

**Вестник Елецкого гос. ун-та им. И.А.Бунина** [Текст]. Сер. Филология. -Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - Вып.3. - 336 с.

### **Законодательные материалы**

**Конституция Российской Федерации** [Текст]. - М.: Приор, 2001. - 32 с. Гражданский процессуальный кодекс РСФСР [Текст]: [принят третьей сес. Верхов. Совета РСФСР шестого созыва 11 июня 1964 г.]: офиц. текст: по состоянию на 15 нояб. 2001 г. / М-во юстиции Рос. Федерации. - М.: Маркетинг, 2001. - 159 с.

### **Стандарты**

**Аппаратура радиоэлектронная бытовая. Входные и выходные параметры и типы соединений. Технические требования** [Текст]: ГОСТ Р 517721 - 2001. - Введ. 2002-01 -01. - М.: Изд-во стандартов, 2001. - IV, 27 с.: ил.

### **Патентные документы**

**Приемопередающее устройство** [Текст]: пат. 2187888 Рос. Федерация: МПК Н 04 В 1/38, Н 04 J 13/00/ Чугаева В.И.; заявитель и патентообладатель Воронеж, науч. - исслед. ин-т связи. - № 2000131736/09; заявл. 18.12.00; опубл. 20.08.02, Бюл. № 23 (II ч.). - 3 с: ил.

### **Депонированные научные работы**

**Разумовский, В.А. Управление маркетинговыми исследованиями в регионе** [Текст] / В.А.Разумовский, Д.А.Андреев; Ин-т экономики города. - М., 2002. - 210 с: схемы. - Библиогр.: с. 208-209. - Деп. в ИНИОН Рос. акад. наук 15.02.02, № 139876.

**Социологическое исследование малых групп населения** [Текст] /В.И.Иванов [и др.]; М-во образования Рос. Федерации, Финансовая академия. - М., 2002. - 110 с. - Библиогр.: с. 108-109. - Деп. в ВИНТИ 13.06.02, № 45432.

### **Изоиздания**

**Шедевры французского искусства 18 века** [Изоматериал]: календарь: 2002/ Торговый дом «Медный всадник»; вступ. ст. С.Кудрявцевой. - СПб.: П-2, 2001.-24 с: цв. ил.

### **Нотные издания**

**Бойко, Р.Г. Петровские звоны** [Ноты]: (Юность Петра): муз. ил. к рус. истории времен Петра Первого: ор. 36 / Ростислав Бойко. - Партитура. - М.: Композитор, 2001. - 96 с.

### **Аудиоиздания**

**Гладков, Г.А. Как львенок и черепаха пели песню и другие сказки про Африку** [Звукозапись] / Геннадий Гладков; исп. Г.Вицин, В.Ливанов, О.Анофриев [и др.]. - М.: Экстрафон, 2002. - 1 мк.

**Роман (иеромон.). Песни** [Звукозапись] / иеромонах Роман; исп. Жанна Бичевская. - СПб.: Центр духов. Просвещения, 2002. - 1 электрон, опт. диск. - (Песнопения иеромонаха Романа; вып. 3)

### Видеоиздания

**От заката до рассвета** [Видеозапись] / реж. Роберт Родригес; в ролях: К.Тарантино, Х.Кейтель, Дж.Клуни; Paramount Films. – М.: Премьер- видеофильм, 2002. - 1 вк.

### Диссертации, авторефераты диссертаций

**Белозеров, И.В. Религиозная политика Золотой Орды на Руси в 13-14 вв.** [Текст]: дис... канд. ист. наук: 07.00.02: защищена 22.01.02: утв. 15.07.02 /Белозеров Иван Валентинович. -М., 2002. -215 с. -Библиогр.: с. 202-213. -04200201565.

**Григорьева, А.К. Речевые ошибки и уровни языковой компетенции** [Текст]: автореферат дис... канд. филолог, наук / А.К.Григорьева. - Пенза: ПТПУ, 2004.- 24 с.

### Составная часть документов

#### Статья из...

*...собрания сочинений*

**Локк, Дж. Опыт о веротерпимости** / Дж. Локк // Собр. соч.: в 3 т. -М.,1985.- Т.3.-С. 66-90.

*...книги, сборника*

**Цивилизация Запада в 20 веке** [Текст] / Н.В.Шишова [и др.] // История и культурология: учеб. пособие для студентов. - 2-е изд., доп. и перераб. - М, 2000. - Гл. 13. - С. 347-366.

**Коротких, В.И. О порядке чтения, который поможет научиться сохранять вкус и отыскивать удовольствие в книгах** [Текст] / В.И. Коротких // Человек и культурно-образовательная среда: сб. науч. работ. – Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2005. - С. 43-59.

**Ларских, З.П. Психолого-дидактические требования к проектированию компьютерных учебных программ по русскому языку** [Текст] / З.П. Ларских // Проблемы русского и общего языкознания: межвуз. сб. науч. тр. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - Вып. 2. - С. 210-216.

*...продолжающегося издания*

**Белозерцев, Е.П. Методологические основы изучения образования** [Текст] / Е.П. Белозерцев // Вестн. Елецк. ун-та. Сер. Педагогика. - 2005. - Вып. 7. - С. 4-28. - Библиогр.: с. 221.

**Борисова, Н.В. Православие и культура** [Текст] / Н.В. Борисова, Т.А. Полякова // Соброр: альманах религиоведения. – Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - Вып. 5. - С. 17-23.

*...журнала*

**Мартышин, О.В. Нравственные основы теории государства и права** [Текст] / О.В. Мартышин // Государство и право. - 2005. - № 7. - С. 5-12.

**Трепавлов, В.В. «Непоколебимый столп»: образ России XVI - XVIII вв. в представлении ее народов** / В.В.Трепавлов // Вопросы истории. -2005.-№8.-С. 36-46.

*... газеты*

**Петров, В.Г. Богато то общество, в котором дороги люди: монолог о главном** [Текст] / В.Г. Петров // Липецкая газета. - 2004. - 7 апр.

В аналитическом описании статьи из газеты область количественной характеристики (страница) указывается, если газета имеет более 8 страниц.

### Рецензия

**Хатунцев, С. Консервативный проект** / С.Хатунцев // Москва. - 2005. -№ 8. - С. 214-217. - Рец. на кн.: Чернавский М.Ю. Религиозно- философские основы консерватизма в России: научная монография / М.Ю.Чернавский. – М, 2004. -305 с.



## Информация для авторов

---

Если рецензия не имеет заглавия, в качестве него в квадратных скобках приводят слова «Рецензия».

**Моряков, В.И.** [Рецензия] / В.И.Моряков // *Вопр. истории.* - 2001. - № 3. - С. 166-162.  
– Рец. на кн.: *Человек эпохи Просвещения: сб. ст.; отв. ред. Г.С.Кучеренко.* - М.: Наука, 1999. - 224 с.

### Нормативные акты

**О государственном языке Российской Федерации** [Текст]: федер. закон от 1 июня 2005г. № 53-ФЗ // *Рос. газета.* - 2005. - 7 июня. - С. 10.

**О борьбе с международным терроризмом** [Текст]: постановление Гос. Думы Федер. Собр. от 20 сент. 2001 г. № 1865 // *Собр. законодательства Рос. Федерации.* - 2001. - № 40. - Ст. 3810. - С. 8541 -8543.

**О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации** [Текст]: федер. закон от 31 мая 2001 г. № 73-83 // *Ведомости Федер. Собр. Рос. Федерации.* - 2001. - № 17. - Ст. 940. - С. 11-28.

### Библиографическое описание документа из Internet

**Бычкова, Л.С.** **Конструктивизм** / Л.С.Бычкова // *Культурология 20 век - «К».* - (<http://www.philosophy.ru/edu/ref/enc/k.htm1>).

**Психология смысла: природа, строение и динамика Леонтьева Д.А.** -Первое изд. - 1999. - (<http://www.smysl.ru/annot.php>).

### Примечание

Набор элементов библиографического описания может быть расширенным и сокращенным. В сокращенном варианте, рекомендуемом для курсовых работ, допускается не указывать издательство. Например:

Арнольд, О.В. *Психологический коктейль для дам* / О.В.Арнольд. - М, 2000.-288 с.