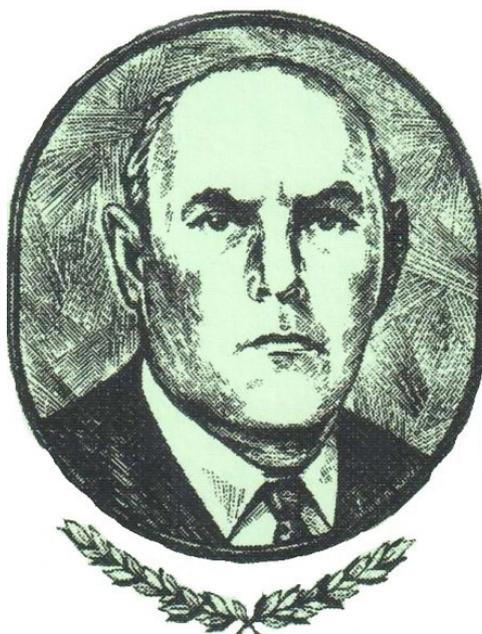


Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»



# ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

*SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL  
OF DERMATOLOGY, VENEREOLOGY, COSMETOLOGY*

*«TORSUEV'S READING»*

*2022 № 3 (37)*

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 А.Ю. (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 № 1 от 31.08.2022 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.

## Содержание

---

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Проценко Т. В., Милус И. Е., Волошина Е. А.** Некоторые конституциональные особенности дерматологических больных ..... 6
- Проценко Т. В., Гаруст Ю. А.** Гендерный анализ полиморбидности при псориазе у больных различного возраста ..... 18

### ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- Логунов П. В.** Патогенетическое обоснование современного менеджмента аллергодерматозов ..... 25
- Зубаревская О. А.** Поражения кожи при герпетической инфекции..... 31
- Шпатусько М. Н.** Особенности исследования и оценки состояния волос и волосяных фолликулов ..... 35

### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

- Луценко Ю.Г., Матийцев А.Б.** Оптимизация аутодермопластики у больных с синдромом диабетической стопы ..... 39

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Базиян-Кухто Н. К., Фисталь Э. Я., Кухто А. П., Луценко Ю. Г.** Вакуум-терапия в лечении пациентов с гнойно-некротическими осложнениями критической ишемии нижних конечностей ..... 43
- Волошин Р.Н., Родин Ю.А.** Эффективность иммунотерапии в комплексном лечении пролифераций кожи, индуцированных вирусом папилломы человека .....49
- Небесная Л. В.** Эозинофильный катионный белок. Рекомендации к назначению исследования ..... 53

### КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

- Проценко О. А.** Акантолитическая пузырчатка: принципы диагностики, лечения и особенности ведения больных ..... 57
- Родин Ю.А., Волошин Р.Н.** ВПЧ-индуцированные пролиферации кожи: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение ..... 65

### ПРОБЛЕМЫ КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- Лукьянченко Е.Н.** Лигатурные свищи как осложнения нитевого лифтинга мягких тканей лица ..... 72

### ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

- Базиян-Кухто Н. К., Кухто А. П.** Проблемы дистанционного обучения и пути их решения .....76
- Моногарова Н. Е., Бородий К. Н., Лукашевич Г. М.** Изучение основ профессиональной этики и деонтологии в системе высшего медицинского образования: проблемы и возможные пути решения ..... 81

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

- Требования к оформлению статей ..... 87
- Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления ..... 89

## Contents

---

### ORIGINAL RESEARCH

- Protsenko T. V., Milus I. E., Voloshina E. A.** Some constitutional features of dermatological patients ..... 6
- Protsenko T.V., Garust Y.V.** Gender analysis of polymorbidity in psoriasis in patients of different ages ..... 18

### LITERATURE REVIEW

- Logunov P. V.** Pathogenetic substantiation of modern management of allergodermatosis..... 25
- Zubarevskaja O. A.** Skin lesions in herpetic infection ..... 31
- Shpatusko M. N.** Features of research and state assessment hair and hair follicles ..... 35

### CLINICAL CASES, PRACTICE OBSERVATIONS

- Lutsenko Yu.G., Matiytsiv A.B.** Optimization of autodermoplasty in patients with diabetic foot syndrome ..... 39

### FOR DERMATOLOGIST AND GENERAL PRACTITIONERS

- Baziyan-Kukhto N. K., Fistal E. Ya., Kukhto A. P., Lutsenko Yu. G.** Vacuum -therapy in the treatment of patients with purulent-necrotic complications critical lower limb ischemia .....43
- Voloshin R.N., Rodin A.Yu.** Efficiency of immunological therapy in complex treatment of HPV-induced skin proliferations ..... 49
- Nebesnaya L.V.** Eosinophilic cationic protein. recommendations for the purpose of the study ..... 53

### CLINICAL LECTURES

- Protsenko O.A.** Acantholytic pemphigus: principles of diagnosis, treatment and features of management of patients ..... 57
- Rodin A.Yu. ,Voloshin R.N.** HPV-induced skin proliferations: epidemiology, clinic, diagnosis, treatment ..... 65

### PROBLEMS OF COSMETOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE

- Lukyanchenko E. N.** Ligation fistulas as a complication of threads lifting of soft tissues of the face ..... 72

### PROBLEMS OF HIGHT SCHOOL'S PEDAGOGY

- Baziyan-Kuhto N. K., Kuhto A. P.** Problems of distance learning and methods for their solution ..... 76
- Monogarova N.E., Borodiy K.N., Lukashevich G.M.** Studying the basics of professional ethics and deontology in the system of higher medical education: problems and possible solutions ..... 81

### INFORMATION FOR AUTHORS

- Requirements for registration of articles ..... 87
- Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003). Bibliographic record. Bibliographic description: General requirements and rules compiling ..... 89

## Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Последнее столетие характеризуется прорывными достижениями клинической и экспериментальной медицины, биологии, генетики, фармакологии и поэтому вполне оправданы слова незаурядного клинициста Ф.И. Комарова, сказанные еще в прошлом веке – «Медицина меняется вместе со временем». Новые данные об этиопатогенезе инфекционной, аллергической, аутоиммунной и другой патологии постоянно увеличивают объем знаний, но в то же время затрудняют их усвоение. Именно поэтому врачу любой клинической специальности необходимо постоянно учиться и совершенствовать свое профессиональное мастерство. Освоив стандарты диагностики и лечения, зная унифицированные

клинические протоколы оказания медицинской помощи, необходимо максимально персонализировать эти рекомендации к конкретному больному в текущем времени, чтобы при максимальной терапевтической эффективности ограничиться минимальным объемом лекарственных препаратов. Подтверждая тем самым важнейший постулат отечественной медицины – «Лечи больного, а не болезнь». И с этих позиций кожа – интегральный показатель состояния здоровья, один из важных индикаторов многих заболеваний. Вот почему «кожу должен знать каждый практикующий врач», а врач дерматовенеролог – уметь управлять процессами, приводящими к ее изменению и формированию патологии.

Непрерывному медицинскому образованию во многом способствуют профессиональные периодические издания. Мы искренне надеемся, что представленные в номере работы будут полезны всем практикующим специалистам, заинтересованным в качественной медицинской практике.

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



Т.В. Проценко

Проценко Т. В.<sup>1</sup>, Милус И.Е.<sup>1,2</sup>, Волошина Е.А.<sup>1</sup>

## НЕКОТОРЫЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

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 исследования** - определить встречаемость различных соматотипов у дерматологических больных в зависимости от пола и вида дерматоза.

**Материалы и методы.** Антропометрические исследования проведены у 101 больного в 4 группах дерматозов: аллергические (31 больной), папуло-сквамозные (38 больных), инфекционные дерматозы (19 больных), другие (13 больных). Соматотипы рассчитывали по методике Хит-Картера по формулам на основании измерения 10 антропометрических признаков. В зависимости от пола и вида дерматоза определены 12 видов соматотипов: эктоморфный мезоморф, мезо-эктоморф, мезоморфный эктоморф, эктоморф, эндоморфный эктоморф, эндо-эктоморф, эндоморф, мезоморфный эндоморф, мезо-эндоморф, эндоморфный мезоморф, мезоморф, центральный тип

**Результаты.** Превалирующим компонентом соматотипа среди обследованных во всех группах дерматозов был мезоморфий – у 53,8%, который определен у 48,4% больных алергодерматозами, у 47,4% больных инфекционными дерматозами, у 63,2% больных папуло-сквамозными дерматозами, у 46,1% больных другими дерматозами. Наиболее распространенным оказался эндоморфный мезоморф (у 36,6% больных: у 37,5% женщин и у 36,2% мужчин); тип мезо-эндоморф (у 11,9% больных: у 15,6% женщин и у 10,2% мужчин); тип мезоморф и мезо-эктоморф встречался с одинаковой частотой (по 9,9% каждый), но были выявлены гендерные отличия. Мезоморф определен только у мужчин (у 14,5%), мезо-эктоморф - у 13% мужчин и у 3,1% женщин. Выявлены гендерные различия встречаемости соматотипов в зависимости от вида дерматоза.

**Вывод.** Выявленные гендерные особенности соматотипов при инфекционных и неинфекционных дерматозах могут быть использованы для персонализации лечебных программ и реабилитационных мероприятий при долговременном контроле течения заболеваний.

**Ключевые слова:** соматотипы, дерматологические больные.

---

Последние десятилетия большое внимание уделяют развитию персонализированной медицины, предусматривающей максимальную индивидуализацию подхода к профилактике и лечению различных патологий. Считают, что конституциональные особенности организма (тип телосложения и др.) в той или иной степени определяют характер клиниче-

ского течения и прогноз исхода заболевания [1,4]. Для генетически детерминированных антропометрических констант человека был введен термин «соматотип», поскольку именно он остается неизменным в течении жизни, в то время как телосложение может меняться с возрастом, при различных заболеваниях или усиленных физических нагрузках [1,2,4].

Для оценки антропометрических данных существует не менее шестидесяти методик и их различных модификаций. Наиболее популярной является конституциональная методика Б. Хит и Дж. Картера [5]. В ее основе лежит принцип построения типологии У. Шелдона, который выделял три основных компонента тела человека: эндоморфий - отражает степень развития жировой ткани, мезоморфий - костей и мышц, эктоморфий - площадь поверхности тела и развитие нервной системы. Визуально для эктоморфов характерны длинные и тонкие конечности, узкие плечи и плоская грудная клетка, подкожно жировая клетчатка выражена незначительно. У мезоморфов, наоборот, широкие плечи, развитая грудная клетка, достаточно выражена мышечная ткань. Эндоморфный тип определяется по крупным костям и конечностям, широкой талии и бедрам, коротким рукам и ногам, имеет выраженную подкожно жировую клетчатку [7-9].

Компоненты соматотипа по методике Хит-Картера рассчитываются по формулам, на основании измерения 10 антропометрических признаков [8,10]. Преимуществом данной методики является универсальность и простота, она применима к лицам в возрасте от 2 до 70 лет, независимо от пола и расы, не требует фотосъемки и антропоскопии, высоких затрат на оборудование.

За последнее время в медицинской литературе публикуется много данных о взаимосвязи соматотипов с клинической картиной различных заболеваний, но в дерматологической практике таких данных мало [3,4,6,9]. В то же время изучение генетически детерминированных конституциональных особенностей больных дерматозами может способствовать развитию персонализированной медицины.

В связи с этим целью работы было определить встречаемость различных соматотипов у дерматологических больных в зависимости от пола и вида дерматоза.

### Материалы и методы

Антропометрические исследования проведены у 101 больного, в т.ч. 69 (68,3%)

мужчин и 32 (31,7%) женщин, получавших лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере МЗ ДНР и Республиканском клиническом дерматовенерологическом центре МЗ ДНР за период март - сентябрь 2022 г.

Соматотип определяли по методике Хит-Картера с измерением 10 антропометрических параметров: рост (длина) и масса тела, обхват напряженного плеча и голени, поперечный диаметр дистального эпифиза бедра, толщина кожно-жировых складок под лопаткой, на задней поверхности плеча (на трицепсе), на животе (латерально, над подвздошным гребнем) и на голени. Длину тела определяли при помощи ростомера, а массу тела - на электронных весах. Обхваты измеряли сантиметровой лентой, а поперечные диаметры и толщину кожно-жировых складок - скользящим циркулем.

Соматотип по методике Хит-Картера был представлен величиной из трех последовательных чисел (компонентов): первое - балл эндоморфии, второе - балл мезоморфии, третье - балл эктоморфии (например, 2-6-5, 5-5-2 и т.д.). Для расчета баллов использовали специальные формулы на основе полученных результатов антропометрии. Соматотип конкретного индивида оценивали по компонентам телосложения. Так, сбалансированные соматотипы - эктоморф, эндоморф, мезоморф - определяли по преобладающему компоненту (наивысший балл), при этом остальные два компонента отличались не более, чем на 0,5. Выделяли центральный тип, где компоненты эндоморфия, эктоморфия и мезоморфия в среднем значении не отличались более, чем на единицу. Часто определяли «смешанные» соматотипы: эктоморфный мезоморф, мезо-эктоморф; мезоморфный эктоморф; эндоморфный эктоморф; эндо-эктоморф; эктоморфный эндоморф; мезоморфный эндоморф; мезо-эндоморф; эндоморфный мезоморф - где один компонент преобладал или наименее выражен, а другие два компонента отличались не более, чем на 0,5. Этот метод позволял изобразить графически со-

матотип конкретного индивида в виде точки с координатами  $x$  и  $y$ . Значение координат определяли по формулам:

$X = \text{Эктоморфий} - \text{Эндоморфий}$ ;

$Y = 2 * \text{Мезоморфий} - (\text{Эктоморфий} + \text{Эндоморфий})$ .

Результаты исследований обработаны статистически по стандартным программам с помощью персонального компьютера.

### Результаты и обсуждение

С целью систематизации и анализа полученных данных все обследованные пациенты были распределены в 4 группы заболеваний кожи: аллергодерматозы (31 больной), инфекционные заболевания кожи (19 больных), папуло-сквамозные дерматозы (38 больных), другие (13 больных: угревая болезнь – 7, пузырьчатка – 2, трофическая язва – 1, нейрофиброматоз – 1, саркома Капоши – 1, полиморфный дермальный ангиит – 1) (табл.1).

Таблица 1

### Распределение больных по полу и нозологическим формам

Группы заболеваний	Всего, абс./% n= 101	Мужчин, абс./% n= 69	Женщин, абс./% n= 32
Аллергодерматозы	31 (30,7%)	20 (29 %)	11 (34,4%)
Инфекционные заболевания кожи	19 (18,8%)	14 (20,3%)	5 (15,6%)
Папуло-сквамозные дерматозы	38 (37,6%)	29 (42%)	9 (28,1%)
Другие заболевания кожи	13 (12,9%)	6 (8,7%)	7 (21,9%)

В наших исследованиях было больше всего больных с папуло-сквамозными и аллергическими дерматозами – 38 (37,6%) и 31 (30,7%) больных, соответственно. Возраст больных варьировал от 18 до 84 лет, средний возраст составил  $42 \pm 0,3$  лет. Гендерный анализ показал, что среди больных аллергодерматозами было больше женщин, чем мужчин – 11 (34,4%) и 20 (29 %), в то время как среди больных папуло-сквамозными дерматозами

было больше мужчин, чем женщин – 29 (42%) и 9 (28,1%) больных, соответственно.

Преобладающим компонентом соматотипа как среди всех больных, так и среди больных всех групп дерматозов был мезоморфий – у 54 (53,8%), среди аллергодерматозов он составил 15 (48,4%), инфекционных заболеваний кожи – 9 (47,4%), папулезно-сквамозных дерматозов – 24 (63,2%), других – 6 (46,1%) (табл.2).

Таблица 2

### Распределение компонентов соматотипа среди обследованных больных

Компоненты соматотипа	Всего, абс./% n=101	Группы дерматозов			
		Аллергодерматозы, абс./% n=31	Инфекционные, абс./% n=19	Папулезно-сквамозные, абс./% n=38	Другие, абс./% n=13
Эндоморфий	22 (21,8%)	7 (22,6%)	3 (15,8%)	7 (18,4%)	5 (38,5%)
Мезоморфий	54 (53,5%)	15 (48,4%)	9 (47,4%)	24 (63,2%)	6 (46,1%)
Эктоморфий	25 (24,7%)	9 (29%)	7 (36,8%)	7 (18,4%)	2 (15,4%)

Эндоморфий, установленный у 22 (21,8%) обследованных дерматологических больных, значительно чаще был в группе «Другие дерматозы» - у 3 (38,5%) больных, в то время как эктоморфий, установленный у 25 (24,7%) обследованных, чаще был у больных с инфекционными дерматозами – у 7 (36,8%) больных.

Среди обследованных респондентов были определены 12 видов соматотипов: эктоморфный мезоморф, мезо-эктоморф, мезоморфный эктоморф, эктоморф, эндоморфный эктоморф, эндо-эктоморф, эндоморф, мезоморфный эндоморф, мезо-эндоморф, эндоморфный мезоморф, мезоморф, центральный тип (табл. 3).

Таблица 3

Виды соматотипов у обследованных дерматологических больных в зависимости от пола

Соматотипы	Всего, абс./% n=101	В том числе	
		Мужчины, абс./% n=69	Женщины, абс./% n=32
Эктоморфный мезоморф	4 (4%)	4 (5,8%)	-
Мезо-эктоморф	10 (9,9%)	9 (13%)	1 (3,1%)
Мезоморфный эктоморф	8 (7,9%)	7 (10,2 %)	1 (3,1%)
Эктоморф	3 (3%)	3 (4,3%)	-
Эндоморфный эктоморф	3 (3%)	2 (2,9%)	1 (3,1%)
Эндо-эктоморф	1 (0,9%)	-	1 (3,1%)
Эндоморф	2 (2%)	-	2 (6,3%)
Мезоморфный эндоморф	7 (6,9%)	-	7 (21,9%)
Мезо-эндоморф	12 (11,9%)	7 (10,2%)	5 (15,6%)
Эндоморфный мезоморф	37 (36,6%)	25 (36,2%)	12 (37,5%)
Мезоморф	10 (9,9%)	10 (14,5%)	-
Центральный тип	4 (4%)	2 (2,9%)	2 (6,3%)

Наиболее распространенным среди всех обследованных дерматологических больных оказался соматотип типа эндоморфный мезоморф – 37 (36,6%), который несколько чаще был у женщин - у 12 (37,5%), чем у мужчин – у 25 (36,2%). Тип мезо-эндоморф был выявлен у 12 (11,9%) больных, причем у женщин несколько чаще, чем у мужчин – у 5 (15,6%) и 7 (10,2%) больных, соответственно. Тип мезоморф и мезо-эктоморф встречался у обследованных больных с одинаковой частотой – 10 (9,9%) каждый, но были выявлены гендерные отличия. Так, мезоморф был определен только у мужчин – у 10 (14,5%), а мезо-эктоморф - у 9 (13%) мужчин и лишь у 1 (3,1%) женщины.

Тип мезоморфный эктоморф, выявленный у 8 (7,9%) больных, наблюдался пре-

имущественно среди мужчин – 7 (10,2%), среди женщин он составил лишь 1 (3,1%). Тип мезоморфный эндоморф определялся только среди женщин и составил – 7 (6,9%). Центральный тип был у 4 (4%), при этом у женщин встречался в 2 раза чаще, чем у мужчин – 2 (6,3%) и 2 (2,9%), соответственно. Соматотипы эктоморфный мезоморф и эктоморф были отмечены только среди мужчин – 4 (4%) и 3 (3%), соответственно. Тип эндоморфный эктоморф, выявленный у 3 (3%) дерматологических больных, был почти одинаково часто как среди мужчин, так и среди женщин – 2 (2,9%) и 1 (3,1%), соответственно. Соматотипы эндоморф и эндо-эктоморф были определены только у женщин, к тому же первый в 2 раза чаще, чем второй – 2 (2%) и 1 (0,9%), соответственно.

На следующем этапе изучили встречаемость этих же соматотипов у больных в зависимости от вида дерматоза (табл. 4 – 7, рис. 1 - 4).

В группе аллергодерматозов было определено 8 соматотипов, чаще всего встречался соматотип эндоморфный мезоморф – у 11 (35,4%), среди мужчин несколько чаще – 8 (40%), чем среди женщин – 3 (27,4%) (табл.4, рис. 1). С одинаковой частотой были выявлены соматотипы мезоморфный эндоморф и мезо-эктоморф – по 5 (16,1%), при этом первый был только у женщин – у 5 (45,6%),

а второй только у мужчин – у 5 (25%). Мезоморфный эктоморф, установленный у 3 (9,7%) больных, был в равной степени у мужчин и женщин – 2 (10%) и 1 (9%) больных, соответственно. Соматотипы мезоморф, мезо-эндоморф, эндоморфный эктоморф определены по 2 (6,5%) каждый. Выявлены гендерные особенности их встречаемости в этой группе больных. Так, мезоморф был только у мужчин – у 2 (10%), мезо-эндоморф и эндоморфный эктоморф у женщин был чаще, чем у мужчин – у 1 (9%) и 1 (5%) больных, соответственно.

**Таблица 4**

**Виды соматотипов у больных аллергодерматозами в зависимости от пола**

Соматотипы	Всего, абс./% n=31	Мужчин, абс./% n=20	Женщин, абс./% n=11
Мезоморф	2 (6,5%)	2 (10%)	
Мезоморфный эктоморф	3 (9,7%)	2 (10%)	1 (9%)
Мезоморфный эндоморф	5 (16,1%)		5 (45,6%)
Мезо-эктоморф	5 (16,1%)	5 (25%)	
Мезо-эндоморф	2 (6,5%)	1 (5%)	1 (9%)
Эктоморфный мезоморф	1 (3,2%)	1 (5%)	
Эндоморфный мезоморф	11 (35,4%)	8 (40%)	3 (27,4%)
Эндоморфный эктоморф	2 (6,5%)	1 (5%)	1 (9%)

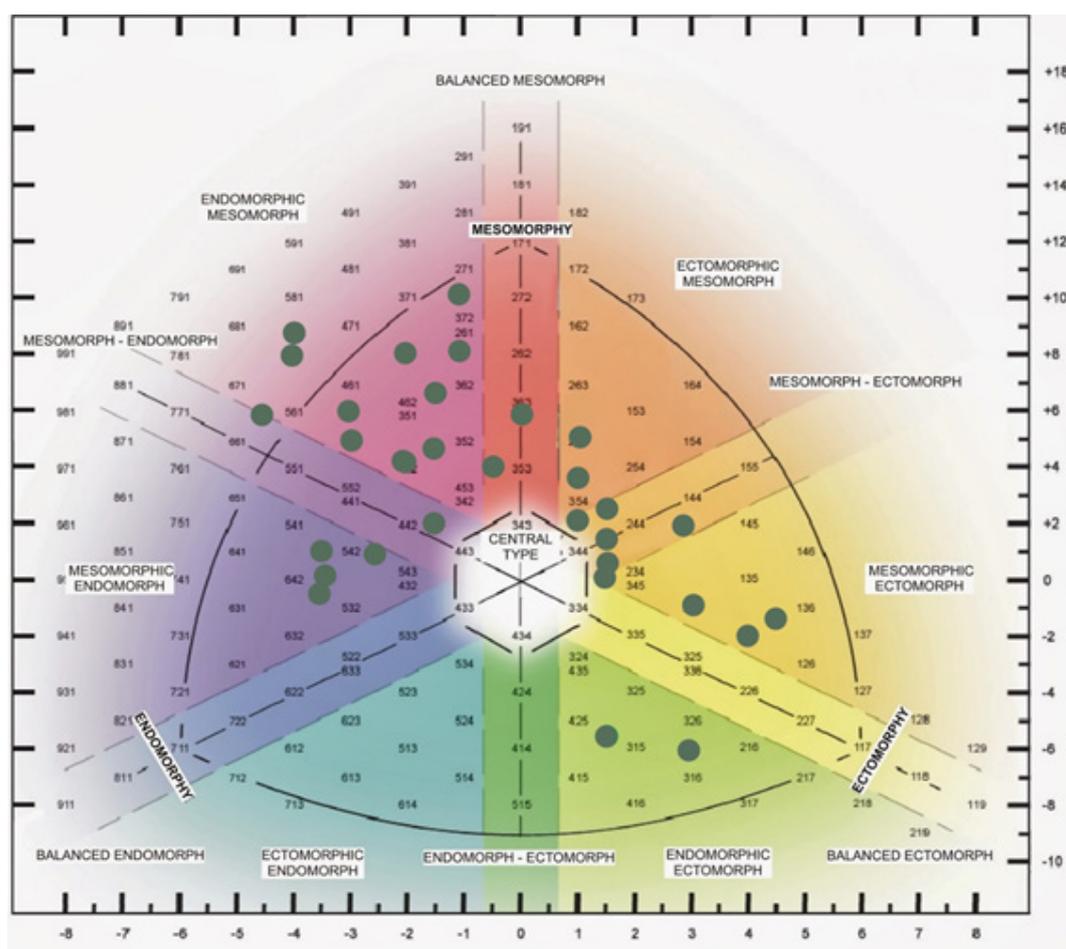


Рисунок 1. Графическое представление соматотипов по Хит-Картеру у больных аллергодерматозами.

В группе инфекционных дерматозов были определены 7 соматотипов, самым распространенным оказался тип эндоморфный мезоморф – 7 (36,8%), среди женщин он был незначительно чаще – 2 (40%), чем среди мужчин – 5 (35,8%) (табл.5, рис.2). Из 7 соматотипов 4 соматотипа выявили только у мужчин, в том числе мезоморф и эктоморфный мезоморф – по 1 (7,1%) каждый, мезо-

морфный эктоморф – у 3 (21,5%), эктоморф – у 2 (14,3%). Соматотипы мезо-эктоморф и эктоморф были установлены у 2 (10,5%) каждый, при чем первый был у женщин почти в 2 раза чаще, чем у мужчин – 1 (20%) и 1 (7,1%), соответственно, а второй был отмечен только у мужчин – 2 (14,3%). Тип мезоморфный эктоморф и мезо-эндоморф был по 3 (15,8%) каждый.

Таблица 5

**Виды соматотипов у больных инфекционными дерматозами в зависимости от пола**

Соматотипы	Всего, абс./% n=19	Мужчины, абс./% n=14	Женщины, абс./% n=5
Мезоморф	1 (5,3%)	1 (7,1%)	
Мезоморфный эктоморф	3 (15,8%)	3 (21,5%)	
Мезо-эктоморф	2 (10,5%)	1 (7,1%)	1 (20%)
Мезо-эндоморф	3 (15,8%)	1 (7,1%)	2 (40%)
Эктоморф	2 (10,5%)	2 (14,3%)	
Эктоморфный мезоморф	1 (5,3%)	1 (7,1%)	
Эндоморфный мезоморф	7 (36,8%)	5 (35,8%)	2 (40%)

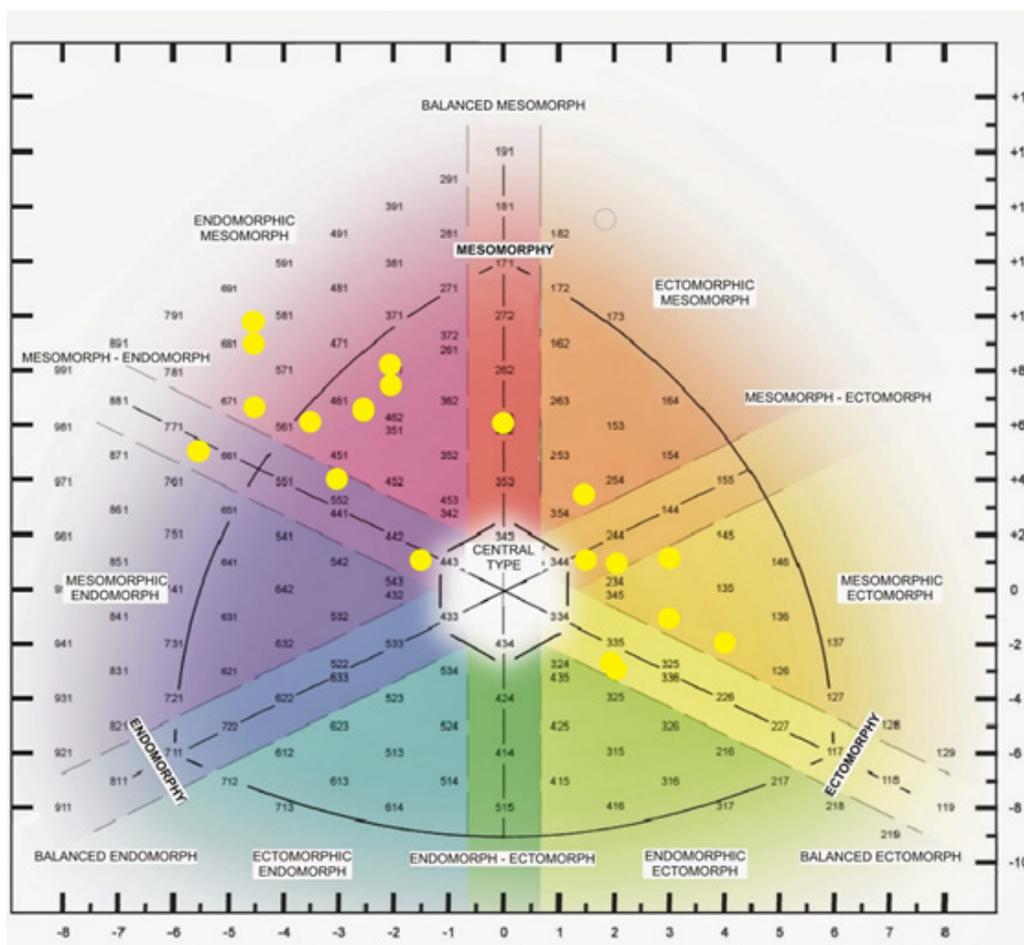


Рисунок 2. Графическое представление соматотипов по Хит-Картеру у больных инфекционными дерматозами.

В группе папулезно-сквамозных дерматозов выделены 10 соматотипов, в большинстве случаев определялся тип эндоморфный мезоморф – 15 (39,5%), у женщин незначительно чаще – 4 (44,5%), чем у мужчин - 11 (37,9%) (табл.6, рис.3). Соматотип мезоморф был выявлен у 6 (15,8%) обследованных, только среди мужчин – у 6 (20,8%). Тип мезо-эндоморф среди обследуемых был у 4 (10,5%), у женщин и мужчин почти одинаково часто – 1 (11,1%) и 3 (10,4%), соответственно. Центральный тип был выявлен у 3 (7,9%) пациентов, несколько чаще у женщин, чем у мужчин – 1 (11,1%) и 2 (6,9%), соответственно.

Одинаково часто встречались соматотипы мезоморфный эндоморф, мезо-экторморф, экторморфный мезоморф – по 2 (5,3%) каждый, а также соматотипы эндо-экторморф, эндоморфный экторморф, мезоморфный экторморф, экторморф – по 1 (2,6%) каждый. При гендерном анализе обращало внимание, что у мужчин с инфекционными дерматозами в наших наблюдениях не было 2 из 10 соматотипов: мезоморфного эндоморфа и эндо-экторморфа, а среди женщин - 6 из 10 соматотипов: мезоморфа, мезо-экторморфа, экторморфного мезоморфа, эндоморфного экторморфа, мезоморфного экторморфа и экторморфа.

Виды соматотипов у больных папуло-сквамозными дерматозами в зависимости от пола

Соматотипы	Всего, абс./% n=38	Мужчины, абс./% n=29	Женщины, абс./% n=9
Эндоморфный мезоморф	15 (39,5%)	11 (37,9%)	4 (44,5%)
Мезоморф	6 (15,8%)	6 (20,8%)	
Мезо-эндоморф	4 (10,5%)	3 (10,4%)	1 (11,1%)
Центральный тип	3 (7,9%)	2 (6,9%)	1 (11,1%)
Мезоморфный эндоморф	2 (5,3%)		2 (22,2%)
Мезо-экторморф	2 (5,3%)	2 (6,9%)	
Экторморфный мезоморф	2 (5,3%)	2 (6,9%)	
Эндо-экторморф	1 (2,6%)		1 (11,1%)
Эндоморфный экторморф	1 (2,6%)	1 (3,4%)	
Мезоморфный экторморф	1 (2,6%)	1 (3,4%)	
Экторморф	1 (2,6%)	1 (3,4%)	

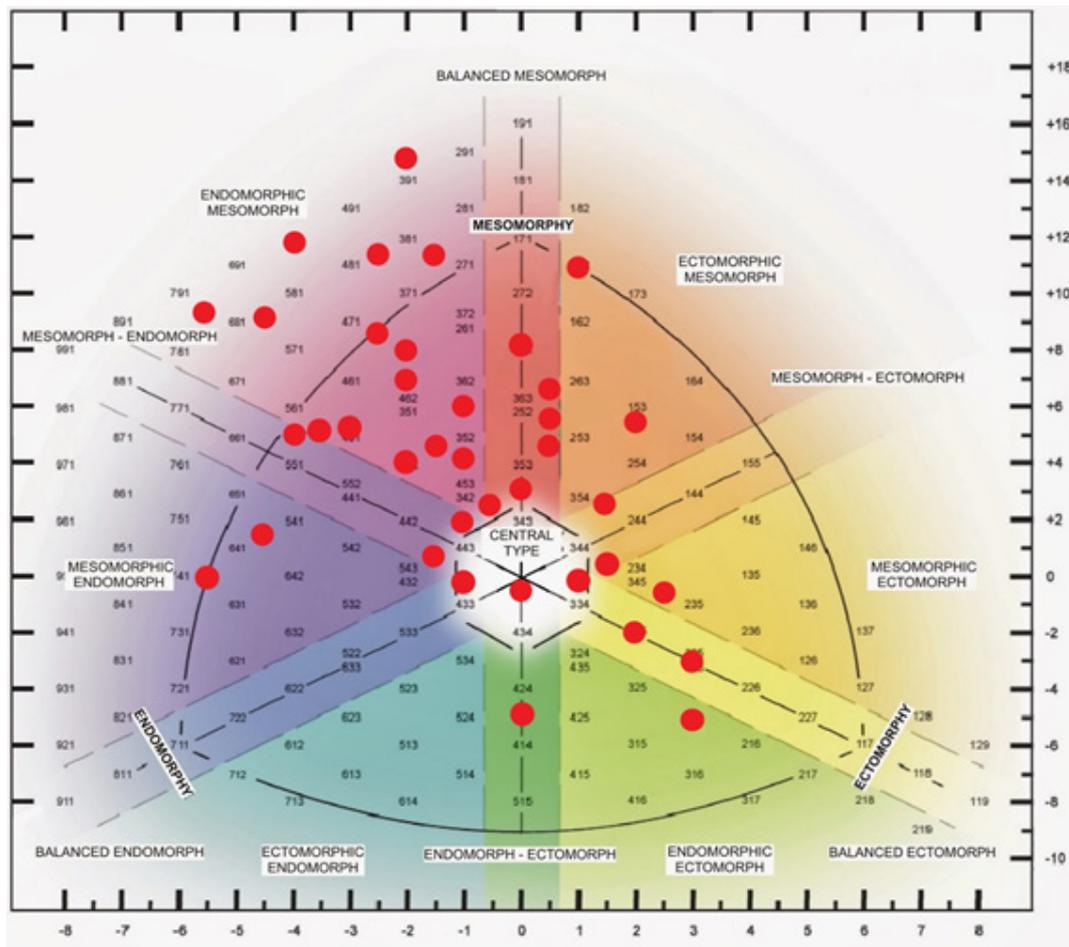


Рисунок 3. Графическое представление соматотипов по Хит-Картеру у больных папуло-сквамозными дерматозами.

Среди других заболеваний было выделено 7 соматотипов, также наиболее встречаемым оказался тип эндоморфный мезоморф – 4 (30,8%), среди женщин почти в 2,5 раза чаще – 3 (42,8%), чем среди мужчин – 1 (16,7%) (табл. 7, рис. 4). Соматотип мезо-эндоморф, определенный у 3 (23%) больных, у мужчин встречался в 2 раза чаще, чем у женщин – 2 (33,2%) и 1 (14,3%), соответственно. Соматотипы мезоморф, мезоморфный эктоморф, мезо-эктоморф, цен-

тральный тип встречались одинаково часто – по 1 (7,7%) каждый. Выявлены гендерные различия. Так, соматотип эндоморф, определенный у 2 (15,4%) больных, был только у женщин – у 2 (28,6%). Центральный соматотип, выявленный у 1 (7,7%) из всех обследованных, также был только у женщин – у 1 (14,3%). В то же время у женщин отсутствовали 3 из 7 определенных в этой группе соматотипов - мезо-эктоморф, мезоморфный эктоморф и мезоморф.

Таблица 7

Виды соматотипов у больных в группе «Другие дерматозы» в зависимости от пола

Соматотипы	Всего, абс./% n=13	Мужчины, абс./% n=6	Женщины, абс./% n=7
Эндоморфный мезоморф	4 (30,8%)	1 (16,7%)	3 (42,8%)
Эндоморф	2 (15,4%)		2 (28,6%)
Центральный тип	1 (7,7%)		1 (14,3%)
Мезо-эндоморф	3 (23%)	2 (33,2%)	1 (14,3%)
Мезо-эктоморф	1 (7,7%)	1 (16,7%)	
Мезоморфный эктоморф	1 (7,7%)	1 (16,7%)	
Мезоморф	1 (7,7%)	1 (16,7%)	

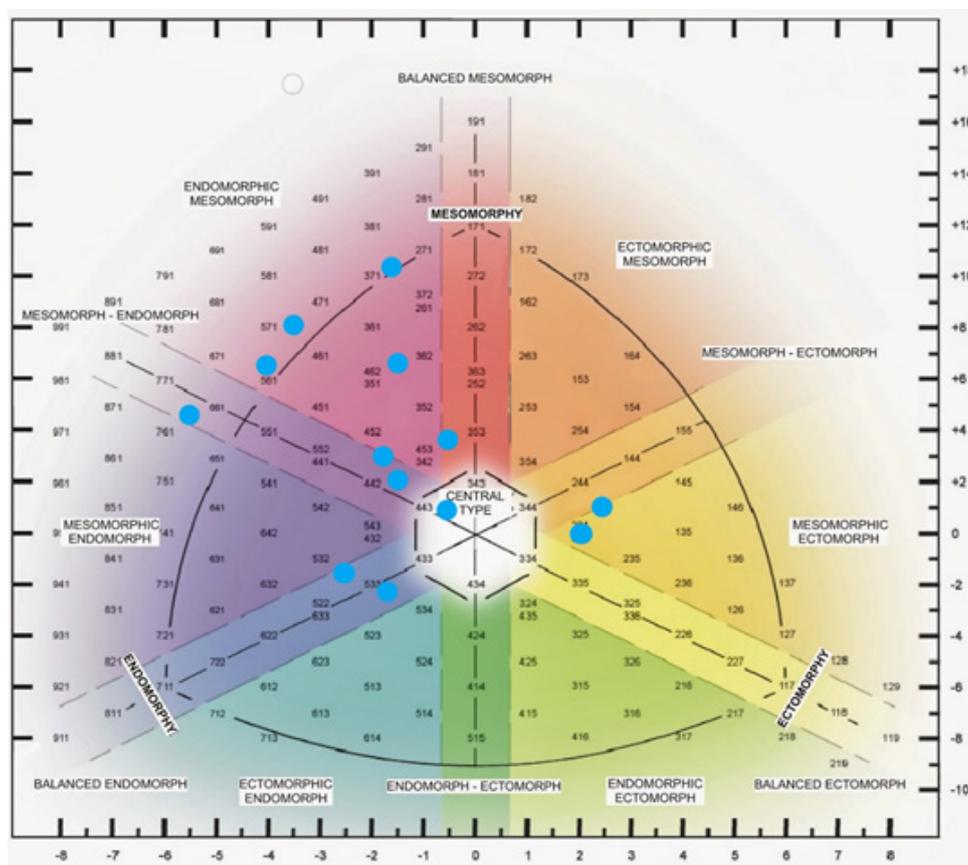


Рисунок 4. Графическое представление соматотипов по Хит-Картеру у больных другими дерматозами.

Таким образом, проведенный анализ выявил гендерные особенности видов соматотипов при различной дерматологической патологии, что необходимо использовать с целью персонализированного подхода к лечению больных для повышения эффективности терапии и снижения риска рецидивов заболевания.

### Выводы

Выявленные гендерные особенности соматотипов при инфекционных и неинфекционных дерматозах (аллергодерматозах, папуло-сквамозных дерматозах и др.) могут быть использованы для персонализации лечебных программ и реабилитационных мероприятий с целью долговременного контроля течения заболеваний.

### Список литературы

1. Букавнева, Н. С. Конституциональные особенности больных с алиментарно зависимой патологией [Текст]: в 2-х т. / Н. С. Букавнева, Д. Б. Никитюк // Морфологические ведомости. – 2008. – Т.1(1-2). – С. 145–146.
2. Галкина, Т. Н. Характеристики телосложения и дерматоглифики пензенских юношей и девушек [Текст] / Т. Н. Галкина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2017. – №2. – С. 42-44.
3. Игнатенко, Г. А. Факторы и гендерные особенности, влияющие на развитие дисфункции миокарда в условиях метаболических нарушений [Текст] / Г. А. Игнатенко [и др.] // Медико-социальные проблемы семьи. – 2021. – Т.26, № 3. – С. 64-70.
4. Николенко, В. Н. Отечественная конституциональная анатомия в аспекте персонифицированной медицины [Текст] / В. Н. Николенко, Д. Б. Никитюк, С. В. Чава // Сеченовский вестник. – 2013. – № 4. – С. 9-17.
5. О новом протоколе оценки соматотипа по схеме Хит-Картера в программном обеспечении биоимпедансного анализатора состава тела [Текст] / В. А. Колесников [и др.] // Вестник Московского университета. Серия XXIII АНТРОПОЛОГИЯ. – 2016. – № 4. – С. 4–13.
6. Особенности площади поверхности тела у женщин разных соматотипов в возрастном аспекте [Текст] / Н. Т. Алексеева [и др.] // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2017. – № 6(2). – С. 9-13.
7. Сапин, М. Р. Антропологические подходы в анатомии человека [Текст]: в 2-х т. / М. Р. Сапин, Б. А. Никитюк // Морфология. – 1992. – Т.1, № 5. – С. 7-18
8. Селиванова, Е.С. Соматотипологическая характеристика лиц юношеского возраста Донецкого региона [Текст] / Е.С. Селиванова // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. – 2020. – №4. – С. 56-60.
9. Сенько, В. И. Значимость анатомической конституции человека в прогнозировании развития заболеваний / В. И. Сенько, Е. С. Околокулак // Проблемы здоровья и экологии. – 2008. – № 4 (18). – С. 99-103.
10. Carter, J. E. L. The heath-carter anthropometric somatotype [Text] / J. E. L. Carter // Instruction manual. San Diego State University. - San Diego, CA. - 2002. – Т. 4. – Р. 5-10.

*Protsenko T.V.<sup>1</sup>, Milus I.E.<sup>1,2</sup>, Voloshina E.A.<sup>1</sup>*

### SOME CONSTITUTIONAL FEATURES OF DERMATOLOGICAL PATIENTS

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

#### **Summary**

**The aim of the study** was to determine the occurrence of different somatotypes in dermatological patients depending on gender and type of dermatosis.

**Materials and methods.** Anthropometric studies were carried out in 101 patients in 4 groups of dermatoses: allergic (31 patients), papulo-squamous (38 patients), infectious dermatoses (19 patients), others (13 patients). Somatotypes were calculated according to the Heath-Carter method using formulas based on the measurement of 10 anthropometric characteristics. Depending on the gender and type of dermatosis, 12 types of somatotypes are identified: ectomorphic mesomorph, meso-ectomorph, mesomorphic ectomorph, ectomorph, endomorphic ectomorph, endo-ectomorph, endomorph, mesomorphic endomorph, meso-endomorph, endomorphic mesomorph, mesomorph, central type.

**Results.** The predominant component of the somatotype among the examined dermatoses in all groups was mesomorphy - in 53.8%, which was determined in 48.4% of patients with allergic dermatosis, in 47.4% of patients with infectious dermatoses, in 63.2% of patients with papulo-squamous dermatoses, in 46.1% of patients with other dermatoses. The most common was endomorphic mesomorph (in 36.6% of patients: in 37.5% of women and 36.2% of men); meso-endomorph type (in 11.9% of patients: in 15.6% of women and in 10.2% of men); the mesomorph and meso-ectomorph types met with the same frequency (9.9% each), but gender differences were identified. Mesomorph was determined only in men (in 14.5%), meso-ectomorph - in 13% of men and 3.1% of women. Gender differences in the occurrence of somatotypes depending on the type of dermatosis were revealed.

**Conclusion.** The identified gender characteristics of somatotypes in infectious and non-infectious dermatoses can be used to personalize treatment programs and rehabilitation activities with long-term control of the course of diseases.

**Key words:** *somatotypes, dermatological patients.*

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

**Проценко Т.В.** д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.+380719306032 (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).

**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 (анализ данных литературы, написание текста статьи).

## Оригинальные исследования

---

**Волошина Е.А.** ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО -дерматовенеролог Республиканского клинического дерматовенерологического центра МЗ ДНР, тел.+380713705943 (сбор и анализ литературных данных, проведение антропометрических исследований, подготовка иллюстраций).

УДК 616.517:616.72-002+616.594.1

*Проценко Т.В., Гаруст Ю.В.*

## ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

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

### **Резюме**

**Цель исследования** – изучить соматическую патологию у больных псориазом в зависимости от пола и возраста.

**Материал и методы.** Изучены истории болезни и амбулаторные карты 60 больных псориазом, в том числе 57% мужчин и 43% женщин в возрасте от 23 лет до 72 лет, находившихся на стационарном лечении в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере за период с января по май 2021 года. В соответствие с целью работы были выделены 3 группы пациентов в зависимости от возраста: молодой возраст (18 лет – 44 года) – 33 больных, средний возраст (45-59 лет) – 21 больной, пожилой возраст (60 лет – 74 года) – 6 больных. Анализ соматической патологии проводили в соответствие с МКБ XI пересмотра.

**Результаты.** Установлено, что индекс полиморбидности у больных псориазом составил 1,3, при этом в группе лиц молодого возраста - 1,1; в группе лиц среднего возраста – 1,57; у лиц пожилого возраста – 2,8. Выявлены гендерные и отличия по нозологиям соматической патологии в зависимости от пола и возраста.

**Выводы.** Выявленные данные обосновывают целесообразность комплексного обследования больных псориазом, а также анализ медицинской документации до начала терапии дерматоза и выборе стратегии ведения больного.

**Ключевые слова:** *псориаз, полиморбидность, возрастные группы.*

---

Псориаз можно рассматривать как «визитную карточку» в дерматологии из-за распространенности дерматоза (до 4% в популяции) и высоким удельным весом в структуре дерматологической патологии (до 15% обращаемости) [1-6]. К псориазу вполне применимо «правило третей», при котором 2/3 пациентов имеют легкие или умеренно выраженные проявления дерматоза и достаточно редко обращаются за медицинской специализированной помощью. 1/3 пациентов имеют средне-тяжелый или тяжелый псориаз, нередко с поражением суставов, что приводит к инвалидизации больного при позднем начале болезнь-модифициру-

ющей терапии. В последние десятилетия акцентируют внимание на ассоциации псориаза с поражением других органов и систем, в основе которого лежит иммунозависимое воспаление соединительной ткани, что привело к формированию концепции «псориатической болезни» [11,12]. Приоритет в этом принадлежит Донецким ученым – д.мед.н. профессору Шлопову В.Г. и д.мед.н. профессору Шевченко Т.И. [7,8].

Современный этап развития медицины знаменует переход от эпохи «одного хронического заболевания» к эпохе «полиморбидной медицины», для которой характерно наличие по меньшей мере 2-х хро-

нических заболеваний у одного пациента одновременно, при этом одно заболевание не обязательно более значимое, чем другое [1,2]. Термин «коморбидность» был введен для обозначения сочетания заболеваний, имеющих сходные патогенетические звенья [4]. Причины коморбидной патологии при псориазе до конца не ясны, обсуждается роль иммунозависимого воспаления [11-13]. Сосуществование и взаимное влияние заболеваний, как правило, влияют на эффективность терапии и часто приводит к полипрагмазии.

В связи с этим целью работы было изучить соматическую патологию у больных псориазом в зависимости от пола и возраста.

### Материалы и методы

Изучены истории болезни и амбулаторные карты 60 больных псориазом, в том числе 34 (57%) мужчин и 26 (43%) женщин в возрасте от 23 лет до 72 лет, находившихся на стационарном лечении в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере за период с января по май 2021 года. Обследование и лечение все пациенты получали в полном объеме в соответствии с клиническими протоколами и рекомендациями [5,6]. В соответствии с целью работы были выделены 3 группы пациентов в зависимости от возраста: молодой возраст (18

лет – 44 года) – 33 больных, средний возраст (45-59 лет) – 21 больной, пожилой возраст (60 лет – 74 года) – 6 больных. Анализ соматической патологии проводили в соответствии с МКБ XI пересмотра. Полученные данные обработаны статистически по стандартным программам на персональном компьютере.

### Результаты и их обсуждение

При анализе возрастных групп обращали внимание, что в нашем исследовании было больше лиц молодого возраста – 33 (55%), менее всего – лиц пожилого возраста – 6 (5%). Каждый третий больной псориазом относился к средней возрастной группе – 21 (35%) больных.

При анализе соматической патологии выявлено, что у 60 больных псориазом было 80 нозологических форм разнообразной соматической патологии, неодинаково представленной в каждой из 3-х возрастных групп. Так, на 1 больного псориазом приходилось в среднем 1,3 соматического заболевания (индекс полиморбидности – ИП=1,3). В группе лиц молодого возраста ИП составил 1,1; в группе лиц среднего возраста – 1,57, а у лиц пожилого возраста – 2,8. Выявлены гендерные и отличия по нозологиям соматической патологии в зависимости от возраста (табл.).

Таблица

Соматическая патология у больных псориазом в различных возрастных группах

Патология	Кол-во	Пол				Молодой возраст, n=33			Средний возраст, n=21			Пожилый возраст, n=6			
		м		ж		абс	ж	%	м	ж	всего	м	ж	всего	
		абс	%	абс	%										
<b>Сердечно-сосудистая система</b>															
МКБ I1.9 Гипертоническая болезнь	9	4	44	5	56			1	1	2	3	5	2	1	3
МКБ 05.0 Митральный стеноз	1	1	100					1							
МКБ I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца	3	1	33	2	67					1	1	2		1	1
МКБ I20 Стенокардия	2	2	100							2		2			
МКБ I70 Атеросклероз	2	1	50	1	50						1	1	1	1	1
<b>Эндокринная система</b>															
МКБ E06.3 Аутоиммунный тиреоидит	1			1	100										
МКБ E05 Тиреотоксикоз	1			1	100										
МКБ E01 Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью и сходные состояния	4	1	25	3	75										
МКБ E10 Инсулин-зависимый сахарный диабет	2	1	50	1	50			1			1	1			
МКБ E11 Инсулин-независимый сахарный диабет	3	1	33	2	67						1	1	1	2	
МКБ E14 Сахарный диабет неуточненный	3	1	33	2	67								1	1	1
<b>Пищеварительная система</b>															
МКБ K26 Язва двенадцатиперстной кишки	1	1	100										1		
МКБ K29 Гастрит и дуоденит	4	3	75	1	25			2	1	3	1	1			
МКБ V98.0 Н. ruigi в качестве причины болезни, классифицированных в других рубриках	2	1	50	1	50			1	1	2					
МКБ K58 Синдром раздраженного кишечника	1	1	100												
МКБ K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс	2	1	50	1	50						1	1	1		
МКБ K86.1 Другие хронические панкреатиты	3	1	33	2	67			1	1	2			1	1	1

Продолжение таблицы

<b>Болезни печени</b>												
МКБ В18.0	Хронический вирусный гепатит В	2	1	50	1	50	1	1	1	1	1	
МКБ В18.2	Хронический вирусный гепатит С	1	1	100			1		1			
	МКБ D18.0 Гемангиома печени	1			1	100						1
	МКБ E80.4 Синдром Жильбера	2	2	100			2		2			
<b>Мочеполовая система</b>												
МКБ N40	Гиперплазия предстательной железы	3	3	100						1	2	2
МКБ N11.1	Хронический обструктивный пиелонефрит	2	1	50	1	50		1	1	1		
МКБ N83	Невоспалительные поражения яичника, маточной трубы и широкой связки матки	2			2	100		2	2			
МКБ N95	Менопауза и климактерическое состояние у женщины	7			7	100%				3	3	4
<b>Метаболические нарушения</b>												
МКБ E66	Ожирение	8	3	38	5	62		1	1	2	5	1
<b>Нервная система</b>												
МКБ F38	Другие расстройства настроения	1			1	100			1	1		
МКБ G90.9	Расстройства вегетативной нервной системы неуточненное	2			2	100		2	2			
МКБ F48	Другие невротические расстройства	1	1	100			1		1			
<b>Болезни крови</b>												
МКБ D64.9	Анемия неуточненная	3	1	33	2	67		1	1	1	1	1
<b>Гельминтозы</b>												
МКБ I A31	Лямблиоз	2			2	100		1	1	1	1	

Среди всех соматических заболеваний с наибольшей частотой встречались нарушения сердечно-сосудистой системы – 17 (28%) случаев, эндокринной системы – 14 (23%) случаев, пищеварительной системы – 13 (22%) случаев.

Заболевания сердечно-сосудистой системы были в группе среднего возраста – у 10 (47,6%) больных (5 мужчин и 5 женщин), в группе молодого возраста – у 2 (6,1%), в том числе у 1 мужчины и 1 женщины, а в группе пожилого возраста – у 5 (83,3%), в том числе у 3 мужчин и 2 женщин. Наиболее часто была отмечена гипертоническая болезнь – у 9 (11,25%) из 60 обследованных (4 мужчин и 5 женщин), т.е. у каждого десятого больного псориазом, в том числе у 1 (3%) больных молодого возраста, у 5 (23,8%) больных среднего возраста и у 3 (50%) больных пожилого возраста.

Заболевания эндокринной системы в молодом возрасте были у 6 (18,2%) больных псориазом (1 мужчина и 5 женщин), у 6 (28,6%) больных среднего возраста (3 мужчин и 3 женщин), в пожилом возрасте таких больных было 2 (33,3%), только женщины. Среди эндокринной патологии преобладали сахарный диабет – у 8 (57,1%) больных (3 мужчин и 5 женщин) и заболевания щитовидной железы – у 6 (42,9%) больных (1 мужчина и 5 женщин).

Патология пищеварительной системы чаще отмечалась у больных псориазом молодого возраста – у 9 (27,3%) случаев (5 мужчин и 4 женщины), в средней возрастной группе таких больных было 4 (19%), в том числе 3 мужчин и 1 женщина.

Патология печени была у 6 (10%) из всех наблюдаемых больных, при этом хронический гепатит В установлен у 2 из них, хронический гепатит С – у 1, только в молодом и среднем возрасте, синдром Жильбера – у 2, только у 2 мужчин молодого возраста.

Болезни мочеполовой системы с каждой возрастной группой увеличивались – в молодом возрасте таких больных было 3 (9,1%), только женщины, в группе среднего

возраста – 5 (23,8%) случаев (2 мужчины и 3 женщины), в пожилом возрасте – у всех 6 (100%) больных (2 мужчин и 4 женщины).

Метаболические нарушения в виде ожирения были у 8 (13,3%), в том числе у 3 мужчин и 5 женщин, чаще всего встречались в средней возрастной группе – 5 (23,8%) случаев (2 мужчины и 3 женщины), в то время, как в молодом возрасте всего 1 (3%) случай (1 женщина), в пожилом – у 2 (33,3%) случая (1 мужчина и 1 женщина).

Патология нервной системы в наших наблюдениях была только у больных псориазом молодого возраста – у 4 (12,1%), из них 1 мужчина и 3 женщины.

Лямблиоз был диагностирован у 2 (3,3%) больных псориазом, у лиц молодого (1 женщина) и среднего возраста (1 мужчина).

Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных псориазом, начиная с молодого возраста, может быть разнообразная соматическая патология, которую необходимо выявить и/или учитывать при выборе объема и вида базисной болезни-модифицирующей терапии и при планировании реабилитационных мероприятий. Выявленная у больных псориазом патология сердечно-сосудистой и эндокринной системы может отягощать течение дерматоза, снижать ответ на терапию, а в ряде случаев быть противопоказанием к ее назначению (кортикостероидные гормоны, цитостатические препараты, физиотерапия и др.). С другой стороны, это свидетельствуют о необходимости мультидисциплинарного подхода к таким пациентам и дополнительного тщательного обследования больных псориазом врачами других специальностей с целью ранней диагностики и своевременной коррекции соматической патологии, определяя при этом стартовый объем антипсориазической терапии (наружной, системной или сочетанной).

### Выводы

Установлено, что индекс полиморбидности у больных псориазом составил 1,3;

при этом в группе лиц молодого возраста - 1,1; в группе лиц среднего возраста - 1,57; у лиц пожилого возраста - 2,8.

Выявлены отличия по нозологиям соматической патологии в зависимости от пола и возраста.

Выявленные данные обосновывают целесообразность комплексного обследования больных псориазом, а также анализ медицинской документации до начала терапии дерматоза и выбора стратегии ведения больного.

### Список литературы

1. Батыришина, С. В. Коморбидные состояния у больных псориазом [Текст] / С. В. Батыришина, Ф. Г. Садыкова // *Практическая медицина*. – 2014. – №8(83). – С. 32-36.
2. Дикова, О. В. Псориаз и коморбидные состояния: новые подходы к терапии [Текст] / О. В. Дикова, Т. В. Тюкина // *Медицинские науки*. – 2020. – Вып. 8(98). – С. 28-34.
3. Игнатенко, Г. А. Медико-экологические аспекты здоровья [Текст] / Г. А. Игнатенко [и др.] // *Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта*. – 2021. – 2(22). – С. 18-38.
4. Олисова, О. Ю. Эпидемиология, этиопатогенез и коморбидность при псориазе – новые факты [Текст] / О. Ю. Олисова, Л. Г. Гаранян // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2017. – 20(4). – С. 214 - 219.
5. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Псориаз» МЗ ДНР от 29.03.2017.
6. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд. перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
7. Шевченко, Т.И. Патологическая анатомия псориатической болезни [Текст]: автореф. дис... докт. мед, наук / Т.И. Шевченко. – Донецк, 1997. – 22 с.
8. Шлопов, В.Г. Патологическая анатомия псориатической болезни [Текст]: Монография / В.Г. Шлопов, Т.И. Шевченко – Киев: УкрНТЕК, 2001. – 358 с.
9. Штода, Ю. М. Основные коморбидности, наблюдаемые у больных псориазом / Ю. М. Штода, М. А. Персаивили // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. – 2014. – Т. 4, №5. – С. 496.
10. Chandran, V. Sensitivity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis [Text] / V. Chandran, C.T. Schentag, D.D. Gladman // *Arthritis Rheum*. – 2007. – Vol. 57. – P. 1560-1563.
11. Dogan, S. Psoriasis: a disease of systemic inflammation with comorbidities [Text] / S. Dogan, N. Atakan // In: Lima H., editor. *Psoriasis – types, causes and medication*. – InTech, 2013. doi: 10.5772/54347.
12. Helliwell, P.S. Established psoriatic arthritis: clinical aspects [Text] / P.S. Helliwell // *J. Rheumatol*. – 2009. – Vol. 36. – P. 21-23.
13. Turner, A. An evidence synthesis of the international knowledge base for new care models to inform and mobilise knowledge for multispecialty community providers (MCPs) [Text] / A. Turner [et al.] // *Systematic Reviews*. – 2016. DOI:10.1186/s13643-016-0346-x

*Protsenko T.V., Garust Y.V.*

### GENDER ANALYSIS OF POLYMORBIDITY IN PSORIASIS IN PATIENTS OF DIFFERENT AGES

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

#### **Summary**

**The aim is to study** somatic pathology in patients with psoriasis depending on gender and age.

**Material and methods.** The case histories and outpatient cards of 60 patients with psoriasis, including 57% of men and 43% of women aged 23 to 72 years old, who were hospitalized at the Republican Clinical Dermatovenerologic Dispensary for the period from January to May 2021, were studied. In accordance with the purpose of the work, 3 groups of patients were distinguished depending on age: young age (18 years - 44 years) - 33 patients, middle age (45-59 years) - 21 patients, elderly (60 years - 74 years) - 6 patients. The analysis of somatic pathology was carried out in accordance with the ICD XI revision.

**Results.** It was found that the index of polymorbidity in patients with psoriasis was 1.3, while in the group of young people - 1.1; in the group of middle-aged people - 1.57; in the elderly - 2.8. Gender and differences in the nosologies of somatic pathology depending on gender and age were revealed.

**Conclusions.** The revealed data substantiate the feasibility of a comprehensive examination of patients with psoriasis, as well as the analysis of medical documentation before the start of dermatosis therapy and the choice of a patient management strategy.

**Key words:** *psoriasis, polymorbidity, age groups.*

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

**Проценко Т.В.** д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО. E-mail: Protsenkotv2005@gmail.com (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).

**Гаруст Ю.В.** аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО. E-mail: Yuliya-garust@yandex.ru (сбор и анализ литературы, написание текста статьи).

Логунов П.В.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВРЕМЕННОГО МЕНЕДЖМЕНТА АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

*Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР*

### **Резюме**

Аллергодерматозы (АлД) – группа хронических рецидивирующих аллергических заболеваний кожи, формирующихся под влиянием экзогенных и эндогенных триггерных факторов, характеризующиеся появлением полиморфной сыпи, что часто вызывает трудности в диагностике и лечении. По данным ВОЗ АлД занимают четвертое место среди дерматологических заболеваний, ими страдают 30% населения экономически развитых стран, что представляет серьезную медико-социальную проблему. В статье систематизированы данные и рассмотрены особенности клиники, течения, патогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики.

**Ключевые слова:** *аллергодерматозы, патогенез, менеджмент.*

---

Аллергодерматозы (АлД) представляют серьезную медико-социальную проблему. Во всем мире отмечен неуклонный рост заболеваемости ими как среди детей, так и среди взрослого населения. Они занимают одно из ведущих мест по распространенности в популяции, отмечается неуклонный рост заболеваемости ими во всем мире [4,5]. По данным ВОЗ, АлД занимают 4-е место среди дерматологических заболеваний, ими страдают 30% населения экономически развитых стран, причем у более 1/3 пациентов они дебютируют с раннего детства и в последующем реализуются вследствие иммуно-генетических, нейроэндокринных нарушений в совокупности с воздействием многочисленных факторов окружающей среды, что и обуславливает важность медицинской, социальной и экономической проблем [2,3,5,7,13,17].

АлД – это гетерогенная группа заболеваний кожи, которая включает несколько клинических нозологий: аллергические контактные дерматиты, токсикодермии, экзему, атопический дерматит, крапивницу, ведущую роль в развитии которых играет аллергическая реакция немедленного или замед-

ленного типа [1].

АлД, как правило, манифестируют с детского возраста, имеют тенденцию к хроническому рецидивирующему течению, основным клиническим симптомом которых является зуд, значительно влияющий на качество жизни [9,15]. Формирование аллергических высыпаний – сложный многокомпонентный процесс, связанные с нарушениями иммунного ответа и выработки медиаторов воспаления (гистамина, нейропептидов, цитокинов) [25].

В их морфогенезе играет роль система врожденного иммунитета, включающая физиологические барьеры, такие как кожа, слизистые оболочки верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, ферменты (лизоцим, протеиназы, пероксидазы), интерферон и иные, обеспечивающие основные иммунологические механизмы защиты организма. Активация синтеза IgE является ведущим патогенетическим звеном в механизмах развития АлД, однако выделяют не IgE-опосредованные формы заболеваний, в развитии которых основное значение придают активации тучных клеток и, как следствие, большому выбросу гистамина [25,26].

Высвобождение медиаторов воспаления способствует поддержанию аллергического процесса, а механическое воздействие на кожу (расчесывание при зуде) приводит к повышенной продукции провоспалительных цитокинов (интерлейкинов, фактора некроза опухоли, лейкотриенов и других медиаторов), поддерживающих «порочный круг» [26].

Встречаются данные о повышенном уровне гистамина в сыворотке крови у больных АД. Описана зависимость повышения концентрации гистамина в крови с тяжестью заболевания [16].

Лизоцим является одним из естественных факторов защиты слизистых оболочек, обладающий способностью лизировать бактериальные клетки, стимулировать фагоцитоз и нейтрализовать действие некоторых бактериальных токсинов. Определение уровня лизоцима позволяет оценить активность воспалительного процесса и состояние иммунобиологической реактивности организма [20,23].

Риск развития АД определяет генетическая предрасположенность к нарушению иммунной регуляции, функционированию нервной и эндокринной систем, полигенное мультифакториальное наследование с различной степенью выраженности экспрессивности и пенетрантности генов [21]. Важными пусковыми факторами в развитии АД у лиц с генетической предрасположенностью являются нарушения трофики кожи и поражение периферических нервов вследствие соматической патологии, стрессовые ситуации и др. У лиц с наследственной предрасположенностью к АД повышается синтез простагландина (ПГ) F<sub>2α</sub>, что вызывает усиленную стимуляцию синтеза циклического гуазинмонофосфата (цГМФ), который активирует выработку гистамина, серотонина и других медиаторов аллергических реакций. Экзематозные изменения кожи являются результатом гиперчувствительности замедленного типа. По современным представлениям, в развитии экземы главную роль играют Т-лимфоциты (в основном, Th-

1), несущие на своей поверхности специфические рецепторы к антигену и выделяющие ряд провоспалительных цитокинов: интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-2, фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α), интерферон-γ. Выброс биологически активных веществ (простагландинов, лейкотриенов, гистамина) вызывает развитие воспалительных реакций в дерме, что клинически проявляется гиперемией, отеком, зудом [21].

Особый интерес представляет изучение факторов, способствующих хронизации процесса и частому рецидивированию АД. Многочисленные научные исследования отечественных и зарубежных авторов указывают на то, что в основе их развития лежат метаболические нарушения в иммунной системе организма и главенствующую роль играют Th-2, продуцирующие цитокины-интерлейкины ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10, ИЛ-13, отвечающие за переключение В-лимфоцитов на синтез IgE (ИЛ-4, ИЛ-13) и эозинофилию (ИЛ-5). Th-1 секретируют ИЛ-2, ИФН-γ и ФНО-α. Сдвиг в сторону Th2 ответа активируется ИЛ-4 и ингибируется ИЛ-12, ИФН-γ и ИФН-α [19].

ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-9, ИЛ-13 являются инициаторами молекулярных и клеточных процессов, приводящих к выбросу медиаторов и миграции эффекторных клеток [3,8,10,12].

Действуя в совокупности, цитокины и хемокины приводят к поражению «шокового органа», которым является кожа при АД [19]. Клинический полиморфизм кожного патологического процесса (сыпь, отечность, жжение и др.), а также ограниченность или распространенность процесса с субъективными ощущениями (зуд) – характерные клинические черты АД [14]. Для постановки диагноза АД важное значение придается определению общего IgE, который вырабатывается плазматическими клетками миндалин, селезенки, желудка, слизистых оболочек дыхательных путей и кишечника. Исследованиями доказано, что IgE способен быстро присоединяться к поверхности тучных клеток и базофилов кожи и слизистых

оболочек. При повторном контакте с антигеном (аллергеном) его связывание с антителами приводит к дегрануляции этих клеток с высвобождением вазоактивных веществ (гистамина, серотонина, гепарина и др.) и запуском аллергической реакции (типа I, немедленного типа). Ещё одна функция IgE – участие в ответной реакции при заражении паразитами (аскаридами, нематодами, описторхами, трихинеллами и др.). При этом происходит непосредственное взаимодействие с антигенами возбудителя [5,7,12,17].

В лабораторной диагностике АлД одним из значимых иммунологических тестов является определение уровня IgG, который преобладает в количественном отношении над другими классами Ig, составляя до 80% от их общего числа. IgG принимает участие в реализации вторичного иммунного ответа и в защите организма от воздействия токсических веществ. Отличительная особенность, которая присуща исключительно данному классу защитных белков – способность проникать через плацентарный барьер во время беременности [12,17].

При первичном иммунном ответе образуются, в основном, антитела IgM, тогда как при вторичном преобладают IgG, а IgM присутствуют лишь в очень небольшом количестве [18]. Исследования по ИФА-диагностике степени тяжести АлД путем оценки концентрации субклассов IgG, показали, что при увеличении концентрации  $IgG1 \geq 7,1$  мг/мл, повышении концентрации IgG4 в 200 раз, по сравнению с нормой и повышении уровня антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) более, чем в 7,3 раза, диагностируют тяжелое течение заболевания. Клинико-биохимические исследования способствовали разработке альтернативного метода диагностики АлД, оценке общего уровня гамма-глобулинов, причем повышение его концентрации более 40 U/L (при норме до 28,3 U/L) характерно для состояния аллергической реактивности организма. На современном этапе в диагностике и лечении АлД важное значение придается молекулярно-генетическим исследованиям. Благодаря

этим методам исследования становится возможной диагностика генетической предрасположенности к АлД. Известно несколько методов, позволяющих определить молекулярно-генетическую составляющую аллергических атопических состояний. В молекулярной генетике, в основном, используют: анализ сцепления, позиционное клонирование, анализ экспрессии генов и анализ полиморфизма генов. [8,24].

Разработка новых персонализированных и фармакогенетических методов лечения заболеваний с генетической предрасположенностью, в том числе и АлД, становится возможной в значительной мере благодаря выявлению изменений в организме больного на молекулярно-генетическом уровне (точечный нуклеотидный полиморфизм). Фундаментальными исследованиями разработано молекулярно-генетическое прогнозирование риска развития АлД путем определения полиморфного варианта C590T гена интерлейкина-4 (IL-4) [14].

В последнее время в хронизации и частом рецидивировании АлД особое значение придают условно-патогенным микроорганизмам, которые, заселяясь в биосубстратах организма (слизистые оболочки, кожные покровы и др.), приводят к развитию инвазивных и инвазивно-аллергических форм клинического течения заболевания [14]. При АлД среди условно-патогенных микроорганизмов важная роль принадлежит грибковой флоре (микроспоридам) и стафилококкам. Соответственно, для оценки клинического течения АлД определенную значимость имеют микробиологические, в том числе микологические исследования биосубстратов организма (чешуйки кожи, придатки кожи, слизистые оболочки). Для большинства стафилококков естественной средой обитания является поверхность кожи человека и слизистые оболочки, где они персистируют, не причиняя вред организму хозяина. При АлД происходят изменения микробиоценоза кожи, в частности, возрастает степень обсемененности кожи представителями рода *Staphylococcus*, особенно *S. aureus* [13,22,27].

Встает вопрос о патогенетической роли этих бактерий в развитии АлД. Результаты клинико-микробиологических и молекулярно-генетических исследований (генотипирование *S. aureus*) показали, что у 37,5% больных АлД есть персистирующие оппортунистические инфекции, обусловленные метициллин-резистентным золотистым стафилококком (MRSA) и штаммами *S. aureus*, продуцирующими токсин синдрома токсического шока (TSST). При этом этиологическим фактором развития оппортунистической инфекции у больных АлД в 92,8% случаев был метициллин-резистентный стафилококк. Стафилококк, продуцирующий TSST, был обнаружен в 64,3% случаев. Токсин лейкоцидин Пантона-Валентайна (Panton-Valentine leukocidin, PVL) выделялся *S. aureus* в 16,6% случаев.

Штаммы метициллин-резистентного стафилококка продуцировали TSST в 61,9% случаев, TSST и PVL – в 16,6% случаев [11]. В клиническом течении АлД особое внимание уделяется состоянию дисбиоза кишечника, при котором в кишечнике повышается содержание условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Их избыточный рост и выработка белков с ферментативными свойствами способствуют развитию сенсibilизации организма, с последующим развитием АлД.

Таким образом, многофакторность развития АлД, высокий риск рецидивирующего течения, особенно при сопутствующей патологии, определяют актуальность разработки новых подходов в терапии и персонализации лечения, особенно на фоне соматической и/или эндокринной патологии.

## Список литературы

1. Аллергические заболевания кожи — проблема номер один у медработников «красной» COVID-зоны [Текст] / И. Ю. Голоусенко [и др.] // Медицинский оппонент. – 2021. – № 1 (13). – С. 11-16.
2. Анализ генов противовоспалительных цитокинов, ассоциированных с риском развития атопического аллергического ринита [Текст] / В. Ш. Алиева [и др.] // Медицинский журнал Узбекистана. – 2009. – № 3. – С. 29-31.
3. Белоусова, Т. А. Особенности микробиоценоза кожи у больных аллергодерматозами: проблема выбора наружной терапии [Текст] / Т. А. Белоусова, М. А. Горячкина, А. Г. Катранова // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – № 3. – С. 13-19.
4. Бондаренко, В. М. Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией [Текст] / В. М. Бондаренко, А. А. Воробьев // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2004. – № 1 – С. 84-92.
5. Бухарин, О. В. Персистенция бактериальных патогенов как физиологический феномен [Текст] / О. В. Бухарин // Вестник Московского Университета. – 2008. – № 1. – С. 6-13.
6. Варламов Е. Е. Значение цитокинов в патогенезе атопического дерматита [Текст] / Е. Е. Варламов, А. Н. Пампура, В. С. Сухоруков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – Т. 63, № 1. – С. 28-33. DOI: 10.21508/1027-4065-2018-63-1-38-33.
7. Веселова, Л. В. Комплексный подход к диагностике и лечению аллергодерматозов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 10.00.11, 11.00.46 / Веселова Людмила Валерьевна; Российский государственный медицинский университет. – Москва, 2018. – 25 с.
8. Гулямова, Г. Ш. Роль полиморфного варианта гена фактора некроза опухоли-альфа в развитии атопического дерматита в популяции Узбекистана [Текст] / Г. Ш. Гулямова, Ш. З. Мавлянова, К. Т. Бобоев // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – № 4. – С. 79-83.
9. Довжанский, С. И. Микробные суперагенты в патогенезе иммунозависимых дерматозов [Текст] / С. И. Довжанский // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 4. – С. 22-24.
10. Елистратова, Л. Л. Клинико-микробиологические особенности акнеподобных дерматозов, осложненных демодекозом [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 03.02.03 / Елистратова Людмила Леонтьевна; Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. – Санкт-Петербург, 2013. – 101 с.
11. К результатам выявляемости variability генов *S. aureus*, выделенных с биосубстратов

- организма у больных аллергодерматозами [Текст] / Ш. З. Мавлянова [и др.] // Медицинский журнал Узбекистана. – 2018. – № 4. – С. 8-12.
12. Клинико-микробиологические и генетические аспекты аллергодерматозов [Текст] / Ш. З. Мавлянова [и др.] // Медицинский журнал Узбекистана. – 2016. – № 2. – С. 74-77.
13. Карпов, И.А., Стафилококковая инфекция: клинические аспекты и перспективы терапии [Текст] / И. А. Карпов, Е. Ф. Качанко // Медицинские новости. – 2005. – № 9. – С. 53-56.
14. Мавлянова, Ш.З. Современные методы диагностики аллергических заболеваний кожи [Текст] / Ш. З. Мавлянова, Ж. Б. Муллаханов, А. И. Исмагилов // *Juvenis Scientia*. – 2020. – Вып.6, № 3. – С. 28-34
15. Межклеточные и клеточно-матриксные взаимодействия в патологии [Текст] / А.А. Иванов [и др.] // Молекулярная медицина. – 2005. – № 2. – С. 16-20.
16. Определение цитокинов методом иммуноферментного анализа [Текст] / Т. Г. Рябичева [и др.] // Информационный бюллетень «Новости "Вектор-Бест"». – 2004. – № 4 (34). – С. 4.
17. Результаты генотипирования штаммов *Staphylococcus spp.*, выделенных с кожи лиц с хроническими дерматозами [Текст] / О.Е. Фалова [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 11-1. – С. 51-55.
18. Ройт, А. Иммунология [Текст] / А. Ройт, Дж. Бростофф, Д. Мейл; пер. с англ. В. И. Кандора [и др.]. – Москва: Мир, 2000. – 581 с.
19. Состояние цитокинового статуса у пациентов с аллергодерматозами [Текст] / Ш. З. Мавлянова [и др.] // Дерматовенерология. Косметология. – 2020. – Т. 5, № 1-2. – С. 26-34.
20. Симбирцев, А. С. Цитокины – новая система регуляции защитных реакций организма [Текст] / А. С. Симбирцев // Цитокины и воспаление. – 2002. – № 1. – С. 9-17.
21. Экзема: клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». – Москва, 2021. – 29 с. – Режим доступа: [http://disuria.ru/\\_ld/11/1109\\_kr21L30MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/11/1109_kr21L30MZ.pdf), свободный.
22. A pentaplex PCR assay for the rapid detection of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and Pantone-Valentine Leucocidin [Text] / H. Al-Talib [et al.] // *Biomed Environ Science*. – 2014. – Vol. 27, № 10. – P. 770-778.
23. Belz, G.T. Regulating inflammatory diseases. Life in the balance: killer T-cell self-control fends off lethal influenza? [Text] / G.T. Belz // *Immunology and Cell Biology*. – 2009. – Vol. 87. – P. 364-365.
24. Molecular Mechanisms of Cutaneous Inflammatory Disorder: Atopic Dermatitis [Text] / J. E. Kim [et al.] // *Int J Mol Sci*. – 2016. – Vol. 17, № 8:1234. DOI: 10.3390/ijms17081234.
25. Mavlyanova, Sh. Z. Allergodermozlar [Text]: monografiya / Sh. Z. Mavlyanova. – Toshkent, 2017. – 182 p.
26. Mavlyanova, Sh. Z., Atopik dermatit [Text]: monografiya / Sh. Z. Mavlyanova, S. R. Muminova. – Toshkent, 2017. – 125 p.
27. *Staphylococcus aureus* and the Cutaneous Microbiota Biofilms in the Pathogenesis of Atopic Dermatitis. [Text] / E. G Di Domenico [et al.] // *Microorganisms*. – 2019. – Vol. 7, № 9. – 301 p.

*Logunov P.V.*

### **PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF MODERN MANAGEMENT OF ALLERGODERMATOSIS**

*Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR*

#### **Summary**

Allergodermatoses (AID) are a group of chronic recurrent allergic skin diseases formed under the influence of exogenous and endogenous trigger factors. They are characterized by the appearance of polymorphic rash, which often causes difficulties in diagnosis and treatment. According to WHO, AID occupy the 4th place among dermatological diseases, they affect 30% of the population of economically developed countries, which is a serious medical and social problem. The article systematizes the data and discusses the features of the clinic, course, pathogenesis, diagnosis and differential diagnosis.

**Key words:** *allergodermatoses, pathogenesis, management.*

#### **Авторская справка**

**Логунов П.В.** врач-дерматовенеролог высшей категории, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР; тел.: +380713615399

Зубаревская О.А.

# ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

*Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР*

### **Резюме**

Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек отличаются своим многообразием и распространены на всех континентах, а в последние годы отмечается тенденция к их увеличению. Для вирусных болезней характерно хроническое рецидивирующее течение, частые осложнения, переход в латентное состояние, ассоциация с другими вирусными, соматическими и онкологическими заболеваниями, что изменяет как собственную клиническую картину, так и течение вышеуказанных нозологий.

**Ключевые слова:** вирус герпеса, дерматозы.

---

Вирусные заболевания кожи – ряд дерматозов, вызываемых различными вирусами. До сих пор не существует общепризнанной классификации вирусных заболеваний кожи. В отечественной дерматологии по характеру сродства к определенным тканям различают вирусы дерматотропные, вызывающие поражения кожи, нейротропные, поражающие в основном нервную систему и смешанные, поражающие одновременно кожу и нервную систему [1,5-7].

Вирусы герпеса широко распространены в природе (их более 80 разновидностей). При этом среди вирусов герпеса человека существует 8 разновидностей; чаще заболевание вызывает вирус простого герпеса 1-го и 2-го типа. Попав в организм человека, герпетическая инфекция существует в нем пожизненно. Сложность терапевтической проблемы заключается в том, что на сегодняшний день существуют противовирусные средства, которые могут быть лишь использованы в лечении герпетической инфекции, но они не saniруют полностью организм от вирусов. В связи с этим вирусами герпеса инфицировано до 90% взрослого и детского населения планеты, а число вновь заболевших с каждым годом неуклонно увеличивается. Следует отметить, что герпетическая (как и иная вирусная) инфекция рецидивирует у

лиц с иммунодефицитами, аутоиммунными и другими состояниями, при которых нарушаются звенья противовирусной защиты в организме человека. С другой стороны, сам вирус герпеса способен индуцировать или усугублять различные иммунные нарушения. При этом ассоциации вирусов герпеса с другими инфекциями (в том числе вирусными) могут приводить к утяжелению патогенного эффекта (прогрессирование СПИДа и др.). При инфицировании герпесвирусом женщин увеличивается риск рака шейки матки, бесплодия, ранней менопаузы; у мужчин возрастает риск карциномы простаты (герпетические вирусы выступают как кофактор канцерогенеза, инициатор дисплазий). Онкогенность вируса простого герпеса усиливается при комбинации с хламидиями, микоплазмой и др.), а также ЦМВ. Имеются данные, что вирусы герпеса участвуют в формировании атеросклероза, а соответственно способствуют раннему развитию болезней пожилого возраста, сокращению продолжительности жизни (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные нарушения). Особую проблему составляет риск инфицирования герпетической инфекцией плода, а также новорожденного (контакт с родовыми путями больной матери; трансплацентарно или же вирус проникает в полость матки че-

рез цервикальный канал). За последние десятилетия неонатальный герпес значительно возрос и является важной медицинской, социальной и психологической проблемой [2,3,6,9].

Источниками герпесвирусной инфекции являются больные с различными формами болезни (в том числе латентной), а также вирусоносители. Вирус передается контактным, контактно-бытовым, воздушно-капельным путем; возможен трансфузионный и парентеральный пути передачи. При этом вирус простого герпеса является термолабильным (инактивируется при нагревании до 50°C через 30 мин); низкие температуры переносит хорошо (до -70°C сохраняется в жизнеспособном состоянии); устойчив к повторному замораживанию и оттаиванию, действию ультразвука. Однако, вирус погибает под воздействием ультрафиолетовых и рентгеновских лучей; чувствителен к этиловому спирту, желчи и др. [3,4,8].

Пузырьковый лишай. Выделяют следующие клинические формы герпетической инфекции: локализованные, распространенные, генерализованные. Высыпания везикул локализуются: на лице (*herpes facialis*), на губах (*herpes labialis*), на крыльях носа (*herpes nasalis*), в области половых органов (*herpes pro-genitalis*), реже – на ягодицах (*herpes glutealis*), в полости рта (*herpes buccialis*). Нередко регистрируется *herpes menstrualis*, когда высыпания возникают при каждом менструальном цикле с любой локализацией. Во время беременности и при климаксе высыпания прекращаются. Клинические симптомы появляются через 5-7 дней после инфицирования. Имеются субъективные ощущения перед или в период высыпаний в виде зуда, жжения, покалывания, болезненности (результат воспаления нервных стволов и сплетений). На фоне эритемы кожи или слизистой оболочки возникают множественные или единичные, болезненные, размером до 1-3 мм в диаметре пузырьки с прозрачным содержимым, которое затем мутнеет. Через 3-5 дней пузырьки подсыхают и образуются желтые корки. Если пу-

зырьки вскрываются, то появляются мелкие розово-красного цвета эрозии с фестончатыми краями. Нередко везикулы сливаются, и образуется многокамерный пузырь, который вскрывается с образованием эрозии розово-красного цвета. Затем – корки, которые отпадают, обнажая вторичную депигментацию или гиперпигментацию. Клинически заболевание длится 2-3 недели [5,7].

Рецидив обуславливается реактивацией вируса под влиянием фокальной инфекции, стресса, пневмонии, ОРЗ, переохлаждения, иммунодефицита и др. Для рецидивирующего герпеса характерно тяжелое длительное течение, поражение нервной системы, лимфаденопатии, что может привести к инвалидизации. По локализации различают: вирусные поражения кожного покрова – пузырьки располагаются на лице, в области носа, красной каймы губ, на кистях и ягодицах; вирусные поражения слизистых оболочек; локализация – слизистые полости рта, в области губ, на щеках, деснах, где появляются сгруппированные пузырьки с последующим образованием красно-розовых эрозий с фестончатыми краями, покрытые афтами при повышенной саливации; вирусные поражения глаз (офтальмогерпес) – чаще у детей; это предвестник дальнейшей генерализации герпетической инфекции чаще протекает в виде кератоконъюнктивита с поражением периорбитальной области [1,5,7].

Генитальный герпес относится к инфекциям, передаваемым половым путем; вызывается ВПГ типа 1 и 2. Вирус имеет значительное распространение среди населения Земного шара, в последние годы отмечается рост заболеваемости (80-200 на 100 тыс. населения). Распространение его происходит при генитальных, орогенитальных и сексуальных анальных контактах. Смешанная инфекция, вызываемая ВПГ и другими возбудителями ИППП, выявляется у 10-30 % мужчин и 15-37 % женщин. Иногда вызываются поражения ЦНС и внутренних органов. ВПГ может реактивировать латентную ВИЧ-инфекцию и прогрессирование

СПИДа. Клинические проявления: через 3-10 дней после заражения возникают множественные, сгруппированные болезненные везикулы, переходя в пустулы и язвы. Предвестники: зуд, жжение, покалывание и др., с переходом везикул в эрозии и язвы с мелкофестончатыми краями появляются жалобы на боли, зуд, жжение. Могут быть выделения, болезненность при мочеиспускании, иногда – общие симптомы (головные боли). Недомогание, боли в мышцах и суставах, повышенная температура, увеличение лимфатических узлов и др. [1,7,9].

Опоясывающий лишай – вирусное заболевание, часто встречающееся, на фоне иммунодепрессии. Клинические проявления: характерно острое начало с продромальным периодом в виде общего недомогания, повышения температуры тела и невралгических болей. На фоне отёчной и гиперемизированной кожи по ходу ветвей пораженного чувствительного нерва возникают напряженные пузырьки с плотной крышкой серозное содержимое которых мутнеет через 3-4 дня, а на 5-7-й день пузырьки сосыхаются

в желтовато-коричневые корки через 7-10 дней корки отпадают, и остается временная пигментация. Типично одностороннее расположение высыпаний – по ходу ветвей нерва в виде отдельных очагов, между которыми участки здоровой кожи, а также боли – либо локализованные, либо распространенные. Иногда появляется резкая жгучая или тупая боль, которая сохраняется у большинства длительное время и даже после регресса кожных высыпаний [3,6,9].

Таким образом, типичные клинические проявления герпесвирусной инфекции узнаваемы, разработаны унифицированные клинические протоколы оказания медицинской помощи таким больным. В то же время персистирующая герпесвирусная инфекция может, влияя на функционирование организма в целом и кожной ее подсистемы, изменять не столько клинические проявления других дерматозов, сколько влиять на их течение и ответную реакцию на терапию. Это необходимо учитывать при ведении больных инфекционными и неинфекционными дерматозами.

## Список литературы

1. Викулов, Г.Х. Герпесвирусные инфекции человека в новом тысячелетии: классификация, эпидемиология и медико-социальное значение [Текст] / Г.Х. Викулов // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2014. – № 3. – С. 35-40.
2. Воробьева, А.А. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология [Текст]: учебник / А.А. Воробьева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 705 с
3. Дьяченко, П.А. Клинические и молекулярные аспекты инфекций, ассоциированных с вирусом ветряной оспы и опоясывающего герпеса (varicella zoster) [Текст]: учебник / П.А. Дьяченко. – СумДУ, 2012. – 380 с.
4. Зверева, В.В. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология [Текст]: учебное пособие / В.В. Зверева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 480 с.
5. Исаков, В.А. Герпесвирусные инфекции человека [Текст]: Руководство для врачей / В.А. Исаков [и др.]. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 670 с.
6. Марданлы, С.Г. Инфекции TORCH-группы: клиническая лабораторная диагностика, эпидемиологический надзор и контроль [Текст]: монография / С.Г. Марданлы [и др.]. – М., 2018. – 240 с.
7. Марданлы, С.Г. Распространенность вирусов герпеса человека среди контингентов различного возраста [Текст] / С.Г. Марданлы [и др.] // ЖМЭИ. – 2019. – № 2. – С. 50-55.
8. Марданлы, С.Г. Синхронная детекция серологических маркеров основных герпесвирусных инфекций. Инфекционные болезни [Текст] / С.Г. Марданлы [и др.] // Гастроэнтерология. – 2017. – № 1(24). – С. 25-30.
9. Марданлы, С.Г. Синхронная детекция серологических маркеров основных герпесвирусных инфекций человека [Текст] / С.Г. Марданлы [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2018. – Т. 63. – № 1. – С. 35-40

*Zubarevskaia O.A.*

### SKIN LESIONS IN HERPETIC INFECTION

*Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR*

#### **Summary**

Viral diseases of the skin and mucous membranes differ in their diversity and are common on all continents, and in recent years there has been a tendency to increase them. Viral diseases are characterized by a chronic recurrent course, frequent complications, transition to a latent state, association with other viral, somatic and oncological diseases, changing both their own clinical picture and the course of the above nosologies.

**Key words:** *herpes virus, dermatoses.*

#### **Авторская справка**

**Зубаревская О.А.** врач-дерматовенеролог, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР, тел. +79493130143

Шпатусько М.Н.

## ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВОЛОС И ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ

Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР

### Резюме

Представлен аналитический обзор, посвященный визуальным и инструментальным способам оценки роста и состояния волос в норме и патологии.

**Ключевые слова:** выпадение волос, диагностика.

В клинической дерматологии длительное время основное внимание уделяли грибковой патологии волос и очаговому облысению. В последние десятилетия, особенно при бурном развитии эстетической медицины и косметологии, стали активно изучать клинические аспекты роста и поредения волос, взаимосвязь состояния волос с соматической патологией, нервной и эндокринной системой. Считают, что состояние волос можно рассматривать как интегральный показатель здоровья [3,6,9-11]. Именно поэтому в повседневной практике большое значение имеют клинические методы, необ-

ходимые для оценки роста и состояния волос и волосяных фолликулов.

При оценке причины потери волос важное значение имеет анализ жалоб и анамнеза [5,7]. Так, у пациента с жалобами на облысение может быть увеличение скорости выпадения волос, замедление роста волос, уменьшение числа волос на единицу площади кожи волосистой части головы, уменьшение диаметра стержня волоса или нарушение его пигментации. За каждым из этих симптомов могут быть те или иные причины, та или иная патология (табл.) [5,6,9].

Таблица

**Виды патологии волос в зависимости от клинических проявлений**

Вид патологии	Клинические проявления
<b>1. Повышенный уровень выпадения волос</b>	– выпадение волос в стадии телогена – выпадение сломанных волос (потеря анагеновых волос) – выпадение всех волос в стадии анагена
<b>2. Диффузное поредение волос</b>	– уменьшение диаметра всех или части волос – уменьшение пигментации волос
<b>3. Очаговая алопеция:</b>	
– нерубцовая	– выпадение волос в стадии телогена – выпадение волос в стадии анагена – выпадение сломанных волос – уменьшение диаметра стержня
– рубцовая	– выпадение всех волос – перекручивание и перегибание волос по краю очага – закрытие устьев фолликулов (атрофия кожи)

### 4. Неспособность волос достигать большой длины

- повышенная чувствительность волос к внешним воздействиям
- выпадение сломанных волос
- выпадение волос в стадии телогена

Тщательный анализ жалоб и анамнеза позволяет индивидуализировать диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия [5,8,9].

Для оценки состояния стержня и луковицы волоса, состояния кожи головы, изучения стадии роста волоса, определения патологических состояний предложены разнообразные мануальные и инструментальные методы [1,2,4,5,9-11].

Важное значение в оценке патологического процесса имеет определение скорости линейного роста волос. С этой целью было предложено использовать несколько методов.

1. Волосы в очаге поражения обесцвечивают или окрашивают, затем оценивают скорость роста нормально пигментированных волос. С помощью этого метода можно грубо оценить число волос, находящихся в стадии анагена и телогена, поскольку только в стадии анагена будет линейный рост волоса.

2. Можно коротко обрезать или полностью сбрить волосы и проводить фотографирование в динамике. Преимущество этого метода заключается в возможности ретроспективного анализа, однако к его недостаткам можно отнести зависимость от тщательности фотографирования.

3. Капиллярный метод, при котором волос помещают в градуированный по 0,2 мм стеклянный капилляр, измеряют ежедневно или 1 раз в несколько дней.

4. Периодическое фотографирование предварительно сбритых волос в 3 зонах (на темени, виске и подбородке), с фиксацией головы и фотоаппарата.

5. Трихограмма, позволяющая определить не только линейную скорость роста, но и состояние волосяного цикла, густоту и толщину волос.

Для оценки роста волос был предло-

жен полуколичественный метод с подразделением от 0 (отсутствие роста волос) до 6 (интенсивный рост волос) [9]. Этот метод особенно широко используют для оценки степени выраженности гирсутизма.

Выдергивание волос и исследование корней волоса. При проведении этого теста выдергивают около 50 волос из теменной и непораженной затылочной области. Корни в стадии телогена можно определить макроскопически с помощью лупы, увеличивающей в 4 раза. В норме из 50 волос в стадии телогена будет не более 10. При обследовании больного с диффузной алопецией достаточно таким способом определить процент волос в стадии телогена от общего числа удаленных волос. Если необходимо знать число корней волос в стадии анагена, необходимо прибегнуть к микроскопическому исследованию с помощью трихоскопа или дерматоскопа.

Микроскопическое исследование стержня волос особенно важно при подозрении на грибковое поражение, при этом требуется предварительная обработка удаленного волоса 20% раствором гидроокиси калия.

Световая микроскопия имеет важное значение для диагностики врожденных и наследственных заболеваний стержня волоса. Изучают лишь нижнюю часть стержня волоса, длиной 1-2 см. Наряду с обычной световой, используют поляризационную и электронную, в том числе электронную сканирующую микроскопию, дающую максимальную информацию о поверхностной архитектонике волос, его элементном составе и кристаллическом строении.

Гистологическое исследование позволяет получить достоверную информацию о состоянии волосяного фолликула. Биопсию при этом нужно делать до подкожно-жировой клетчатки, чтобы избежать травма-

тизации луковиц волос. Используя гистохимические методики можно изучать более подробно различный структуры волосяной луковицы и клеток окружающей ткани.

Для комплексной оценки состояния волос и волосяного фолликула необходимы также общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования, позволяющие интегрально

оценить состояние здоровья пациента для выбора адекватной диагностической и лечебной тактики [6,7,8,10].

Таким образом, комплексный подход к оценке роста и состояния волос может быть не только ключом к решению трихологических проблем пациента, но и к раннему выявлению соматической патологии.

## Список литературы

1. Боулинг, Дж. *Диагностическая дерматоскопия. Иллюстрированное руководство [Текст]* / Дж. Боулинг; пер. с англ. под ред. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова; Бином. Лаборатория знаний, 2013. – 165 с.
2. *Визуализация в дерматологии [Текст]* / под ред. Р. Л. Барда; пер. с англ. под ред. Н.И. Черновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 232 с.
3. Игнатенко, Г.А. *Медико-экологические аспекты здоровья [Текст]* / Г.А. Игнатенко [и др.] // *Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта.* – 2021. – №2 (22). – С. 18 – 38.
4. Рудницкая, Л. *Атлас трихоскопии. Диагностика заболеваний волос и кожи головы [Текст]* / Л. Рудницкая; пер. с англ. под ред. и Ю.Овчаренко. – Харьков: Издательский дом «Харизма плюс», 2019. – 507 с.
5. Рук, А. *Болезни волос и волосистой части головы [Текст]: пер. с англ.* / А. Рук, Р. Даубер. – М.: Медицина, 1985. – 528 с.
6. Федеральные клинические рекомендации. *Дерматовенерология 2015. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем.* – 5-е изд. перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
7. Bolognia, J. L. *Dermatology [Text]* / J. L. Bolognia, J. V. Schaffer, L. Cerroni. – 4th Edition, Vol. 2. – Elsevier, 2018. – 2880 p.
8. Burg, S. *Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text]* / S. Burg, R. Matin, D. Wallis. – 2d edition. – OXFORD University Press, 2016. – 692 p.
9. Ferriman, R. *Human Hair Growth in Health and Disease [Text]* / R. Ferriman. – 1d ed. – Springfield Thomas, 1971. – 391 p.
10. *Hair Loss: Principles of Diagnosis and Management of Alopecia [Text]* / ed. by J. Shapiro. – Martin Dunitz Ltd, London, 2002. – P. 83-119.
11. Trueb, R.M. *Aging of Hair [Text]* / R.M. Trueb // *J. Cosmet. Dermatol.* – 2005. – № 4. – P. 60-72.

*Shpatusko M. N.*

## FEATURES OF RESEARCH AND STATE ASSESSMENT HAIR AND HAIR FOLLICLES

*Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR*

### **Summary**

An analytical review is presented on visual and instrumental methods for assessing the growth and condition of hair in normal and pathological conditions.

**Key words:** *hair loss, diagnosis.*

## Обзор литературы

---

### Авторская справка

**Шпатусько М. Н.**

врач дерматовенеролог Республиканский клинический  
дерматовенерологический центр МЗ ДНР, тел.: +7380713533894

УДК 616.379.-008.64-06-089

Луценко Ю.Г., Матийцев А.Б.

## ОПТИМИЗАЦИЯ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

### Резюме

Проанализированы результаты разработанного комплексного лечения у 76 больных с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы, из которых 48 пациентов получили селективную пролонгированную внутриартериальную лекарственную терапию. Обоснована эффективность длительной внутриартериальной дезагрегантной и антибактериальной терапии, что позволило выполнить преимущественно «малые» операции на стопе, сохранить ее опорную функцию в 96% случаев.

**Ключевые слова:** диабетическая стопа, аутодермопластика, селективная пролонгированная внутриартериальная лекарственная терапия.

---

За последнее десятилетие диабетическая стопа стала объектом пристального внимания не только врачей – эндокринологов и дерматологов, но и все в большей степени – хирургов. Это связано с неуклонным ростом заболеваемости населения сахарным диабетом (СД) и его грозных мультифокальных осложнений, главенствующие позиции из которых все чаще занимают гнойно-некротические поражения или гангрена ног [1,2,3].

Комплексное лечение гнойно-некротических осложнений диабетической стопы представляет собой трудную и во многом нерешенную проблему современной хирургии. Несмотря на широкий спектр лекарственных средств, вариабельность хирургических подходов и методик лечения, частота высоких ампутаций у больных СД остается на довольно высоком уровне – 40-50% [2,4,5]. Указанное обстоятельство определяет поиск и разработку наиболее оптимальных и эффективных способов хирургического лечения этой сложной патологии, к которым по

праву относится селективная пролонгированная внутриартериальная лекарственная терапия (СПВАЛТ).

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения больных СД с осложненными формами синдрома диабетической стопы (СДС).

### Материал и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения гнойно-некротических осложнений у 76 пациентов нейропатической и смешанной формой СДС. Средний возраст больных составил 58,6+6,4 лет. У большинства пациентов длительность СД превышала 5 лет. У 85% больных выявлены сопутствующие заболевания: диабетическая нефро-, ретино-, кардиомиопатия, легочно-сердечная или печеночно-почечная недостаточность. Течение СД было средней тяжести либо тяжелым. В зависимости от формы и глубины поражения стопы в 56 случаях наблюдали III стадию процесса по Вагнеру и в 16 - IV стадию. Больные с распространенной гангреной ноги, осложненной сепсисом

и полиорганной недостаточностью в исследовании не включались, им выполнялась высокая ампутация конечности.

На основании доплерографии у пациентов были диагностированы различные варианты окклюзии артерий стопы, голени, бедренно-подколенного сегмента. В 30% случаев лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) был ниже 0,6. Из-за тяжести СД и сопутствующих заболеваний провести им хирургическую коррекцию артериального кровотока в сосудистом отделении не удалось, а консервативная терапия была малоэффективна.

Пациенты были разделены на 2 группы. Из них в комплексном лечении 48 больным (основная группа) была выполнена катетеризация одной из вспомогательных артерий, кровоснабжающих нижнюю конечность на стороне поражения стоп, для проведения СПВАЛТ. Лечение 28 больным (контрольная группа) осуществляли с использованием общепринятых способов введения лекарственных средств, направленных на дезинтоксикацию, борьбу с инфекцией, коррекцию углеводного обмена, иммунитета и нарушений гомеостаза. Больные основной и контрольной групп были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести и длительности заболевания, распространенности и глубины гнойно-деструктивного поражения стопы.

Катетеризацию нижней надчревной или нисходящей коленной артерии выполняли полихлорвиниловым катетером диаметром 0,5-1 мм на стороне поражения. Использование бедренной артерии исключалось согласно общепринятым воззрениям. Предпочтение отдавали нижней надчревной артерии (42 пациента из 48), так как одновременно с катетеризацией сосуда в большинстве случаев выкраивался кожно-жировой лоскут с передней брюшной стенки для аутопластики обширного раневого дефекта стопы, образовавшегося после расширенной некрэктомии или ампутации стопы.

Внутриартериально вводились следующие группы препаратов: дезагреганты с антигипоксантами (алпростан 1,0, актовегин 200 мг/сут.), антикоагулянты (пентосан 0,3),

нейротропные антиоксиданты (берлитион или диалипон 1200 мг/сут.), комбинации 2-3 антибиотиков широкого спектра действия с тропностью к костной ткани (линкомицин, метрагил, максипим, амоксиклав).

Регионарное введение комплекса вышеупомянутых препаратов осуществляли 1 раз в день в течение 7-10 суток с использованием инфузора UN 2/50 со скоростью инфузии от 10 (для алпростана и берлитиона) до 40 мл. в час.

Препараты не смешивались, разводились физраствором до объема 50 мл в отдельных шприцах и вводились в определенной последовательности: сначала группа антибиотиков, затем – нейротропные препараты и дезагреганты, и в конце – сосудистые протекторы.

Параллельно оценивали общие и местные клинические проявления, контролировали ряд биохимических показателей плазмы крови.

### Результаты и обсуждение

Объем оперативных вмешательств и время их выполнения зависел от формы, глубины, локализации и распространенности поражения стопы.

Как самостоятельная операция, катетеризация артерии с последующей СПВАЛТ применена у 8 больных основной группы. Это позволило локализовать акральные некрозы, выполнить незначительные некрэктомии и обойтись без усечения участков стопы.

У остальных 40 пациентов этой группы СПВАЛТ проводилось на фоне различных операций на стопе. Из них в 18 случаях после вскрытия флегмон, расширенных некрсеквестрэктомий, данный подход был превентивным способом лечения в течение 7-10 дней с последующим выполнением «малых» операций (ампутаций пальцев с резекцией головок плюсневых костей, проксимальной или дистальной ампутации стопы).

У 22 пациентов селективная катетеризация нижней надчревной артерии выполнялась параллельно санирующим операциям на стопе с одновременной заготовкой

кожно-жирового аутолоскута на животе для укрытия образовавшегося обширного раневого дефекта стопы.

В своих наблюдениях определяли эффективность комплексного лечения больных СД с использованием СПВАЛТ. Критериями эффективности внутриартериальной терапии служили: динамика клинической картины и течение раневого процесса, показатели плече-лодыжечного индекса и бактериальной обсемененности раны.

У пациентов основной группы в послеоперационном периоде отмечалось значительное улучшение кровоснабжения тканей стопы, чего не наблюдалось у больных контрольной группы. Это сопровождалось такими количественными и качественными изменениями, как повышение ЛПИ до уровня 0.8-0.9, уменьшение бактериальной обсемененности раны в 2 раза, очищение раны от гноя и появление грануляций в среднем на 4-6 дней раньше, переходом влажного типа гангрены в сухую.

Применение СПВАЛТ с использованием простагландина E1 позволило сберечь жизнеспособность стопы у больных с гнойно-некротическим процессом в 96% случаев, при этом некрэктомия и другие «малые» операции, как повторное хирургическое вмешательство, были альтернативой высокой ампутации конечности, которая выполнена 2 больным.

Напротив, у пациентов контрольной группы чаще наблюдались осложнения в виде длительного течения раневого процесса, распространение акральных некрозов, увеличения частоты повторных операций в форме проксимальных и высоких ампутаций конечности. Так у 6 больных этой группы комплексная консервативная терапия была неэффективной – у них выполнена высокая ампутация конечности ввиду дальнейшего распространения гнойно-некротического процесса.

Таким образом, в условиях извращенного кровоснабжения ног у больных СД осложняется поступление до очага поражения традиционно назначенных лекарственных препаратов, включая антибиотики. Пролонгированная внутриартериальная лекарственная терапия является потенцирующим фактором системному комплексному лечению осложненных форм диабетической стопы. Это позволяет предположить, что СПВАЛТ положительно влияет на микроциркуляцию крови, значительно улучшает трофику тканей в зоне гнойно-воспалительного поражения и тем самым стимулирует регенеративные процессы в ране.

Усовершенствование хирургической тактики лечения больных СДС с использованием СПВАЛТ обеспечило уменьшение частоты выполнения высокой ампутации нижней конечности с 21% до 4%, длительности лечения больных в стационаре на 12,6 койко-дней.

### Выводы

1. СПВАЛТ является высокоэффективным и перспективным методом лечения гнойно-некротических осложнений диабетической стопы.

2. Оптимальным способом проведения СПВАЛТ является катетеризация нижней надчревной артерии с одновременной кожно-жировой пластикой обширного раневого дефекта стопы после хирургической санации гнойно-некротического поражения стопы.

3. Проведение СПВАЛТ обеспечивает адекватное поступление лекарственных средств к очагу инфекции, способствует ограничению зон деструкции и выполнению оптимального оперативного вмешательства.

4. Использование внутриартериальной лекарственной терапии позволяет значительно снизить частоту выполнения высокой ампутации нижней конечности при осложненных формах диабетической стопы, сохранить ее опорную функцию в 96% случаев.

### Список литературы

1. Дедов, И. И. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета [Текст] / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, О. К. Викулова // Сахарный диабет. – 2017. – № 20(1). – С. 13–41.
2. Иванов, Д. П. Синдром диабетической стопы: классификация и диагностика ишемической формы, современное состояние вопроса. [Текст] / Д. П. Иванов, О. В. Серебрякова, П. А. Иванов // Забайкальский медицинский вестник. – 2018. – № 4. – С. 111–122.
3. Ступин, В. А. Синдром диабетической стопы (эпидемиология, патофизиология, диагностика и лечение) [Текст] / В. А. Ступин [и др.]. – М.: Литтерра, 2019.
4. Bakker, K. International Working Group on the Diabetic Foot. The 2015 IWGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus [Text] / K. Bakker [et al.] // Diabetes Metab. Res. Rev. – 2016. – 1 (32). – P. 2–6.
5. Nickerson, D. S. Improving outcomes in recurrent and other new foot ulcers after healed plantar forefoot diabetic ulcer. [Text] / D. S. Nickerson // Wound Repair and Regeneration. – 2018. – 1 (26). – P. 108–109.

*Lutsenko Yu.G., Matiytsiv A.B.*

## OPTIMIZATION OF AUTODERMOPLASTY IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

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

### **Summary**

Results of surgical treatment of 76 patients diabetic mellitus with hurlent- necrotic defeats of foots were analyzed. 48 patients was treated with prolonged selective intra arterial drug therapy. Efficacy of prolonged selective intra arterial antiaggregate and antibacterial therapy was substantiated. That is why «small» surgical interventions at foot was thought as expedient and used to save foot functions in 96% of all cases.

**Key words:** *the diabetic foot syndrome, autodermoplastic, selective prolonged intraarterial drug therapy.*

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

**Луценко Ю. Г.** к.мед.н., доцент кафедры хирургии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет», +380713084008, [hirurgia-fipo@dnmu.ru](mailto:hirurgia-fipo@dnmu.ru) (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).

**Матийцев А. Б.** к.мед.н., доцент кафедры хирургии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет», [hirurgia-fipo@dnmu.ru](mailto:hirurgia-fipo@dnmu.ru) (сбор и анализ данных литературы, написание текста статьи).

*Базиян-Кухто Н.К., Фисталь Э.Я., Кухто А.П., Луценко Ю.Г.*

## ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

### **Резюме**

**Цель исследования.** Проанализировать эффективность вакуум-терапии в лечении пациентов гнойно-некротическими осложнениями критической ишемии нижних конечностей после реконструктивно-восстановительных операций на сосудах.

**Материал и методы.** Представлены результаты лечения 226 больных (130 мужчин и 96 женщин) с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Пациентам проведено комплексное этапное хирургическое лечение с применением вакуум-терапии, как эффективной и современной методики лечения гнойно-некротических осложнений. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей выявлен у 35,84% пациента, стеноз-окклюзия – у 30,97% пациентов, диабетическая ангиопатия – у 33,19% пациентов. Больным были проведены инструментальные обследования и выполнены соответствующие реваскуляризирующие операции на нижних конечностях.

**Результаты.** Стойкий положительный результат лечения достигнут у 92,92% пациентов. 7,08% пациентам была выполнена ампутация вследствие тяжести состояния и невозможности оперативного лечения. Вакуум-терапия по показаниям была назначена 18 пациентам, исходом которой было полное очищение раневой поверхности и возможность пластического закрытия раневого дефекта. Среднее время пребывания на койке составило 19 дней.

**Ключевые слова:** *вакуум-терапия, критическая ишемия, гнойно-некротические осложнения.*

---

Проблема кожных осложнений при критической ишемии нижних конечностей (КИНК) занимает лидирующую позицию в сосудистой хирургии современного мира. КИНК является терминальной стадией хронической артериальной недостаточности и связана прогрессирующими гнойно-некротическими осложнениями. Данная патология напрямую влияет не только на риск потери конечности, а также повышает вероятность летального исхода [1]. Существует множество факторов, приводящих к раз-

витию КИНК: курение, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, сахарный диабет (СД) и т.д. Одной из самых опасных причин в отдаленном периоде является СД, так как люди с данной патологией во много раз больше подвержены поражению периферического сосудистого русла и развитию гнойно-некротических процессов. Ведущим патологическим процессом КИНК, ассоциированного с СД при гнойно-некротических поражениях нижних конечностей является нарушение оксигенации конечности за счет

развития микро- и макроангиопатий.

P. Bell в 1982 году ввел термин КИНК. Данное разделение было создано для того, чтобы дифференцировать пациентов с имеющейся болью покоя, требующей купирования болевого синдрома более, чем 2 недели с применением наркотических анальгетиков, а также развивающиеся гнойно-некротические осложнения. Использование только лишь консервативной терапии в лечении КИНК нецелесообразно и неэффективно. Данный вид лечения используется только в тех случаях, когда оперативный риск превышает пользу от данного вмешательства [2]. Реконструктивно-восстановительные операции (РВО) в современной сосудистой хирургии показывают отличный результат в лечении КИНК, а именно: открытые операции (эндартерэктомия и шунтирование), эндоваскулярные операции (баллонная ангиопластика, баллонная ангиопластика со стентированием), а также все чаще проводятся гибридные операции, совмещающие в себе открытые и эндоваскулярные оперативные пособия [3].

Сохранение опорной функции конечности является важным аспектом терапии КИНК, ассоциированного с СД. Для эффективного лечения применяются не только оперативные приемы, но и прогрессивный и высокоэффективный метод – вакуум терапия (ВАК-терапия). Данный метод основан на создании контролируемого отрицательного давления в ране и улучшению микроциркуляции и эффективного очищения раны от гнойно-некротического содержимого [5]. За счет создания влажной среды происходит усиление процессов пролиферации, что приводит к активному восстановлению пораженного участка. Также применение отрицательного давления способствует уменьшению отека интерстициального пространства и увеличению концентрации лекарственных веществ в ране, плюс немаловажным фактором является уменьшение площади раневой поверхности за счет сведения краев раны [7]. Но у данного метода лечения есть противопоказания: наличие очагов малигниза-

ции, наличие раневого кровотечения, несанированный очаг остеомиелита и открытые сосудисто-нервные пучки. Применение ВАК-терапии значительно уменьшает срок нахождения пациента в стационаре и снижает риски ампутации конечности, что в общем положительно влияет на качество жизни [4,6]. После комплексного лечения КИНК пациентам с целью восстановления целостности кожных покровов выполняют пластическое вмешательство, а именно: аутодермопластику или с помощью применения биопластических материалов.

**Цель исследования:** проанализировать эффективность применения ВАК-терапии при гнойно-некротических осложнениях у пациентов с КИНК после РВО на сосудах.

### Материалы и методы исследования

В Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе сосудистого, рентгенэндоваскулярного и комбустиологического отделений за период с 2014 по 2020 гг. были исследованы результаты лечения 226 пациентов с КИНК на фоне СД после РВО на сосудах. Всем пациентам с данной выборки было проведено комплексное этапное хирургическое лечение с применением современных методик открытой и эндоваскулярной хирургии, применением ВАК-терапии, с последующим пластическим закрытием кожных дефектов. По половому признаку пациенты распределены следующим образом: мужчин – 130 (57,25%), женщин – 96 (42,48%). Возраст больных от 43 до 86 лет, средний возраст 66 лет. Развитие КИНК у данных пациентов вызвали: облитерирующий атеросклероз нижних конечностей – у 81 пациента (35,84%), стеноз-окклюзия – у 70 пациентов (30,97%), диабетическая ангиопатия – у 75 пациентов (33,19%). При обращении у 59 (26,11%) больных имелись гнойно-некротические поражения нижних конечностей. Немаловажным фактором являются сопутствующие заболевания, при опросе были выявлены: ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклеротический кардиосклероз у 89 больных, гипертониче-

## В помощь практикующему врачу

ская болезнь (ГБ) 2-3 степени у 73 больных.

При госпитализации больные с КИНК обследовались с применением физикальных, клинических и инструментальных исследований. Для точного определения локализации поражения сосудистого русла применялись неинвазивные и инвазивные инструментальные методы: ультразвуковая доплерография (УЗДГ) с дуплексным ска-

нированием, аортография и ангиография. После проведенных исследований и определения места поражения пациентам назначено: медикаментозное лечение и определены различные оперативные способы лечения в соответствии с местом поражения артериального русла и его протяженностью. Исходя из этого были проведены назначенные РВО на сосудах (табл. 1).

Таблица 1

### Проведенные РВО на сосудах пациентам с КИНК и СД

РВО	Количество
Тромбэктомия	22
Эмболэктомия	33
РЭД	33
Стентирование	30
Протезирование	28
Тромбэктомия из бранши	24
Аорто-бедренные шунтирование	41
Шунтирование бедренно-берцового сегмента	15
Итого	226

После проведенных РВО в раннем послеоперационном периоде у 12 пациен-

тов (5,31%) были выявлены осложнения (табл. 2).

Таблица 2

### Осложнение в раннем послеоперационном периоде после РВО

Осложнения	Количество
Тромбоз	5
Тромбоз шунта	3
Эмболия шунта	1
Кровотечение	2
Ишемия	1
Итого	12

После устранения причины КИНК пациенты с наличием дефектов кожных покровов и гнойно-некротических поражений, переводятся в отделение комбустиологии для последующего лечения. Эффективным этапом лечения является применение ВАК-терапии, которая была назначена 18 больным, исходя из состояния послеоперационного периода и ха-

рактера раневой поверхности. Терапия показала себя в практическом плане на высочайшем уровне. С помощью ВАК-терапии удается достичь максимальной концентрации препаратов в ране, влиять на микроциркуляторное русло и усиливать кровотоки в данной области путем создания отрицательного давления, так же эффективно происходит отток раневого

содержимого и ликвидация гнойно-некротических масс.

Пациентам с удовлетворительным

состоянием раневой поверхности были произведены такие пластические закрытия дефектов (табл. 3).

Таблица 3

### Проведенные пластические закрытия дефектов

Методы	Количество
Аутодермотрансплантация	7
Комбинированная кожная пластика	3
Пластика местными тканями	2
Некрэктомия + аутодермотрансплантация	5
Вскрытие затеков	3
Итого	20

### Результаты и обсуждение

В результате комплексного подхода в лечении пациентов с КИНК, ассоциированного с СД, удалось добиться сохранения конечности и минимизировать количество пациентов, которым требовалась ампутация. Высококласное специализированное лечение было оказано в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе сосудистого, рентгенэндоваскулярного и комбустиологического отделений. Комплексная терапия данной группы больных включала в себя адекватную медикаментозную терапию, а также в обязательном порядке, была направлена на восстановление проходимости артериального русла, устранения гнойно-некротических очагов и пластики очищенной поверхности.

В терапии гнойно-некротических очагов КИНК, ассоциированного с СД, отлично себя зарекомендовал метод ВАК-терапии. Применение вакуумных систем позволило достигать эффективных доз препарата в ране, положительно влияя на уменьшение отека в интерстициальном пространстве, способствовало активации процессов пролиферации, тем самым ускоряя процессы заживления пораженного участка, так же активно происходит процесс развития коллатерального кровоснабжения, что в отдаленном периоде влияет на скорость восстановления и возвращения к обычной жизни.

Из 226 пациентов с данной патологией стойкий положительный результат с улучшением качества жизни, восстановлением кровотока и двигательной активности нижних конечностей был достигнут у 210 человек (92,92%). Части пациентов, в связи с тяжестью состояния и противопоказаниями к проведению операции, а также пациентам после РВО и отсутствием восстановления кровотока в послеоперационном периоде, была выполнена ампутация – 16 (7,08%) пациентам. Среднее время пребывания пациентов на койке составило 19 суток.

### Выводы

Лечение больных с КИНК, ассоциированного с СД, является непростой задачей вследствие высокого риска интоксикации на фоне гнойно-некротических изменений, а также немаловажным фактором является высокий риск потери конечности. Разработанная комплексная методика лечения показывает высокий результат восстановления кровотока и функции нижних конечностей. Использование ВАК-терапии у больных с тяжелыми гнойно-некротическими поражениями и длительно незаживающими язвами позволяет добиться очищения раневой поверхности и ускорить процессы регенерации тканей. Таким образом, комплексный подход с применением инновационных методов лечения позволяет

уменьшить срок стационарного лечения, улучшить качество жизни людей и вернуть их к обычному образу жизни, предотвращая инвалидизацию.

### Список литературы

1. Абалмасов, Г.К. Качество жизни больных с хронической ишемией нижних конечностей [Текст] / Г.К. Абалмасов, Ю.И. Бузиашвили, К.М. Морозов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 7–12.
2. Вакуум-терапия ран при хирургической инфекции мягких тканей [Текст] / Ю. М. Гаин [и др.] // *Военная медицина*. — 2016. — № 4. — С. 64–72.
3. Гавриленко, А.В. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей при поражениях артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента [Текст] / А. В. Гавриленко, С.И. Скрылев // *Хирургия*. – 2004. – №8. – С. 22-26.
4. Механизмы действия вакуумной терапии ран [Текст] / А. Ч. Часнойть [и др.] // *Международ. обзор: клинич. практика и здоровье*. – 2015. – №4. – С. 25-35.
5. Отдаленные результаты открытых и эндоваскулярных операций в коррекции окклюзионно-стенозных поражений артерий бедренно-подколенного сегмента [Текст] / И. И. Затевахин [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2011. – Т. 17, №3. – С. 59-62.
6. Banasiewicz, T. Portable VAC therapy improve the results of the treatment of the pilonidal sinus — randomized prospective study [Text] / T. Banasiewicz [et al.] // *Pol. Przegl. Chir.* — 2013. — Vol. 85 (7). — P. 371—376.
7. Comparison of negative pressure wound therapy using vacuum-assisted closure with advanced moist wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers: a multicenter randomized controlled trial [Text] / Blume P.A. et al. // *Diabetes Care*. – 2008. – Vol. 31. – № 4. – P. 631-636.

*Baziyan-Kukhto N. K. , Fistal E.Ya., Kukhto A.P. , Lutsenko Yu.G.*

### VACUUM -THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PURULENT-NECROTIC COMPLICATIONS CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA

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

#### **Summary**

**Purpose of the study.** To analyze the effectiveness of vacuum therapy in the treatment of patients with critical ischemia of the lower extremities on the background of diabetes mellitus after reconstructive and restorative operations on the vessels.

**Material and methods.** The results of treatment of 226 patients (130 men and 96 women) with critical ischemia of the lower extremities on the background of diabetes mellitus are presented. The patients underwent complex staged surgical treatment using vacuum therapy as an effective and modern method of treating purulent-necrotic complications. The average age of patients is 66 years. Obliterating atherosclerosis of the lower extremities was detected in 81 patients (35.84%), stenosis-occlusion - in 70 patients (30.97%), diabetic angiopathy - in 75 patients (33.19%). The patients underwent instrumental examinations and performed appropriate revascularization operations on the lower extremities.

**Results.** A stable positive result of treatment was achieved in 210 patients (92.92%). 16 patients (7.08%) underwent amputation due to the severity of the condition and the impossibility of surgical treatment. According to indications, vacuum therapy was prescribed to 8 patients, the outcome of which was complete cleansing of the wound surface and the possibility of plastic closure of the wound defect. The mean time spent in bed was 19 days.

**Key words:** *vacuum-therapy, critical ischemia, purulent-necrotic complications.*

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

**Базиян-Кухто Н.К.** к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, naira-251088@mail.ru (статистический анализ материалов исследования).

**Фисталь Э.Я.** д.мед.н., проф., директор ИНВХ им. В.К. Гусака, заведующий кафедрой комбустиологии и пластической хирургии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (разработка дизайна исследования).

**Кухто А.П.** д.мед.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, , arkuhto@mail.ru (предложена идея исследования).

**Луценко Ю.Г.** к.мед.н., доцент кафедры хирургии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи).

Волошин Р.Н.<sup>1</sup>, Родин А.Ю.<sup>2</sup>

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВПЧ-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПРОЛИФЕРАЦИЙ КОЖИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение  
высшего образования «Ростовский государственный  
медицинский университет» МЗ РФ<sup>1</sup>,  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение  
высшего образования «Волгоградский государственный  
медицинский университет» МЗ РФ<sup>2</sup>

### Резюме

Представлены результаты комплексного лечения 156 больных с ВПЧ-индуцированными пролиферациями кожи (обыкновенными, ладонно-подошвенными, плоскими бородавками, остроко-нечными кондиломами). Помимо деструктивных методов терапии (криодеструкция, лазерная деструкция, местные цитотоксические препараты) применяли иммуностимулирующий препарат с неспецифическим противовирусным действием инозин пранобекс. Эффективность комплексного лечения остроко-нечных кондилом составила 94,7%, обыкновенных и плоских бородавок – 100 %, ладонно-подошвенных бородавок – 86,4%. Нежелательные побочные явления отмечены в 3,4% случаев, но их развитие не требовало отмены препарата.

**Ключевые слова:** папилломавирусная инфекция, бородавки, остроко-нечные кондиломы, лечение, инозин пранобекс.

---

Вирус папилломы человека (ВПЧ) индуцирует широкий спектр доброкачественных пролифераций кожи и слизистых оболочек [2,4,10]. К заболеваниям, вызываемым ВПЧ, в настоящее время относят бородавки, остроко-нечные кондиломы, верруциформную эпидермодисплазию, папилломы, себорейный кератоз, некоторые предраковые болезни и формы рака [1,6,7]. Первых два заболевания распространены наиболее широко. Так, например, обыкновенные бородавки выявляют у 20% школьников, остроко-нечные кондиломы в развитых странах являются самыми распространенными заболеваниями, передающимися половым

путем [1,2,9,11], а среди пациенток гинекологических клиник 44,3% инфицированы ВПЧ [5,6]. В связи с вышеизложенным поиск эффективных методов лечения больных ВПЧ-инфекцией является актуальной проблемой практической медицины. В арсенале врачей имеется множество методик лечения заболеваний, вызываемых ВПЧ, но эффективность их варьирует от 30% до 90%, а частота рецидивов составляет 15–20% [8,9,10]. Установлено, что включение в комплекс лечебных мероприятий иммуностимулирующих препаратов повышает эффективность терапии, хотя и не решает проблему полностью [3,9].

Цель настоящего исследования состояла в оценке эффективности и безопасности включения в стандартную комплексную терапию больных бородавками и остроконечными кондиломами иммуностимулирующего препарата с неспецифическим противовирусным действием инозин пранобекс.

### Материал и методы

В исследование были включены 156 больных, в т. ч. 85 (54,5%) мужчин и 71 (45,5%) женщина. У 12 (7,7%) пациентов были обыкновенные бородавки, у 22 (14,1%) – ладонно-подошвенные бородавки, у 19 (12,2%) – плоские бородавки, у 103 (66,0%) – остроконечные кондиломы.

Критерии включения: клинически верифицированный диагноз бородавок или остроконечных кондилом; возраст 3 года и старше; наличие информированного согласия на участие в исследовании пациента или его родителей. Критерии исключения: мочекаменная болезнь, сердечная аритмия, почечная недостаточность, беременность и лактация; возраст до 3 лет; индивидуальная непереносимость инозина пранобекса. Критерии эффективности лечения: полное разрешение всех элементов высыпаний; отсутствие рецидивов в период 12 месяцев наблюдения.

### Результаты и их обсуждения

При гендерном анализе установлено, что наблюдаемые у 12 (7,7%) больных обыкновенные бородавки были одинаково часто у женщин и у мужчин – по 6 (50%). Из 22 (14,1%) больных ладонно-подошвенными бородавками мужчин было 13 (59,1%), женщин – 9 (40,9%); из 19 (12,2%) больных плоскими бородавками мужчин было 10 (52,6%), женщин – 9 (47,4%), из 103 (66%) больных остроконечными кондиломами мужчин было 56 (54,4%), женщин – 47 (45,7%).

Самую большую группу – 103 (66%) составили пациенты с остроконечными кондиломами. По возрасту они распределялись следующим образом: до 18 лет – 13 (12,6%), 18–30 лет – 79 (76,7%), 30 – 50 лет – 11 (10,7%) пациентов. Таким образом, 92 (89,3%) больных заразились в возрасте до 30 лет. У 33

(32%) пациентов, ранее получавших лечение по поводу остроконечных кондилом, развился рецидив. Из сопутствующих заболеваний у 24 (23,3%) больных был трихомониаз, у 7 (6,8%) – хроническая гонорея, у 14 (13,6%) – хламидиоз, у 15 (31,9%) женщин – кандидоз влагалища. В составе комплексного лечения применяли криодеструкцию (с помощью аппарата “Азокриод”), проводимую на фоне приема инозин пранобекс в режиме 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки после еды; три 5-дневных цикла с интервалами в месяц. Продолжительность общего наблюдения за больными составила 12 месяцев.

При обыкновенных и плоских бородавках криодеструкцию элементов производили на 5-й день 10-ти дневного курса инозин пранобекс в возрастной дозировке.

При ладонно-подошвенных бородавках 7 (43,8%) больных ранее получали лечение, в т.ч. лазеротерапию – 1 (14,3%), криодеструкцию – 4 (57,1%), химиодеструкцию – 2 (28,5%). Криодеструкцию элементов выполняли на 5-й день 10-ти дневного курса приема инозина пранобекса, затем после 8-дневного интервала проводили еще один 10-дневный курс лечения инозином пранобекс (очаги после обработки смазывали гелем панавир).

У пациентов с обыкновенными и плоскими бородавками рецидивов после проведенного лечения в течение 12 месяцев наблюдения не возникло (эффективность – 100%). Из 22 больных с ладонно-подошвенными бородавками рецидив возник у 3 (13,6%) больных (эффективность – 86,4%), им был проведен дополнительный курс (криодеструкция + инозин пранобекс), после чего было клиническое излечение.

Среди пациентов с остроконечными кондиломами 8 (7,8%) больных после проведенного курса лечения на контрольное обследование не явились, а из оставшихся 95 (92,2%) больных полное клиническое излечение было достигнуто у 90 больных (эффективность – 94,7%). Рецидивы зарегистрированы у 2 женщин на фоне наступившей беременности и у 3 больных, признав-

ших случайные незащищенные половые связи после лечения. В результате дополнительно проведенного курса комплексного лечения у них было достигнуто клиническое выздоровление.

Таким образом, общая эффективность лечения во всей группе наблюдавшихся больных, полностью закончивших исследование (148 больных), составила 94,6%. Переносимость лечения в целом была хорошей: из общего числа больных 2 (1,4%) пациента предъявили жалобы на тошноту, а 3 (2%) – на вялость и сонливость. Отмены инозина пранобекса не потребовалось ни

в одном из случаев. Изменений со стороны рутинных анализов крови, мочи, уровней мочевой кислоты, трансаминаз и креатинина также обнаружено не было.

### Выводы

Комплексное лечение больных с обыкновенными, ладонно-подошвенными, плоскими бородавками и остроконечными кондиломами с включением инозина пранобекса обеспечило выздоровление подавляющего большинства пациентов (94,6%), хорошо переносилось, что позволяет его рекомендовать к использованию в практике.

## Список литературы

1. ВПЧ-ассоциированные заболевания и качество жизни женщин [Текст] / Е. Г. Сычева [и др.] // Гинекология. – 2016. – Т. 18, № 4. – С. 39–44.
2. Вульф, К., Дерматология по Томасу Фицпатрик. [Текст] / К. Вульф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд. – М., 2007. – 1248 с.
3. Дубенский, В.В. Интерфероны в комплексном лечении остроконечных кондилом [Текст] / В.В. Дубенский // ЗППП. – 1996. – № 10. – С. 28–29.
4. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем [Текст]. – М., 2004. – 274 с.
5. Краснопольский, В.И. Результаты вакцинопрофилактики ВПЧ- ассоциированных заболеваний и рака шейки матки в Московской области [Текст] / В.И. Краснопольский // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – № 3. – С. 9–14.
6. Кумыкова, З.Х. Распространенность и естественное течение ВПЧ- инфекции и ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки у девочек- подростков [Текст] / З.Х. Кумыкова, Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 5. – С. 35–46.
7. Рахматулина, М.Р. Современные методы профилактики развития онкологических заболеваний шейки матки у больных папилломавирусной инфекцией [Текст] / М.Р. Рахматулина, В.Я. Кицак, Н.В. Большенко // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – №6. – С.40- 49.
8. Роговская, С.И., Оптимизация лечения хронических цервицитов с помощью изопринозина [Текст]/ С.И. Роговская, В.Н. Прилепская // Гинекология. – 2006. – Т. 8., № 1. – С. 2–4.
9. Родин, А.Ю. Изопринозин в терапии доброкачественных заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека [Текст] / А.Ю. Родин, Т.Н. Заклякова // Фарматека. – 2011. – № 6. – С. 72–74.
10. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передающиеся половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
11. High and intermediate risk human papillomavirus infections sexually active adolescent females. [Text] / E. Ludicke [et al.] // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2001. – Vol.14(4). – P. 171–74.

*Voloshin R.N.<sup>1</sup>, Rodin A.Yu.<sup>2</sup>*

**EFFICIENCY OF IMMUNOLOGICAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF HPV-INDUCED SKIN PROLIFERATIONS**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education  
"Rostov State Medical University" MH RF<sup>1</sup>,  
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education  
"Volgograd State Medical University" MH RF<sup>2</sup>*

**Summary**

The article presents the results of complex treatment of 156 patients with HPV induced skin proliferation (vulgaris, palmoplantaris, flat warts and genital warts). In addition to destructive therapies (cryodestruction, laser destruction, local cytotoxic drugs), antiviral and immunostimulating drug inosine pranobex was used. Effectiveness of complex treatment of genital warts was – 94,7%, vulgaris and flat warts – 100%, palmoplantaris warts – 86,4%. Adverse effects were observed in 3,4% of cases, and their development did not require withdrawal inosine pranobex.

**Key words:** *human papillomavirus infection, warts, genital warts, treatment, inosine pranobex*

**Авторская справка и доленое участие**

**Волошин Р. Н.**

д.мед.н., доц., профессор кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации (ФПК) и профессиональной подготовки специалистов (ППС). ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет». E-mail: ruvoloshin@yandex.ru; (анализ результатов обследования и лечения больных бородавками, научное редактирование текста статьи).

**Родин А. Ю.**

д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный медицинский университет». E-mail: dermavolgm@yandex.ru; (анализ результатов обследования и лечения больных остроконечными кондиломами, написание текста статьи).

Небесная Л.В.

## ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ КАТИОННЫЙ БЕЛОК. РЕКОМЕНДАЦИИ К НАЗНАЧЕНИЮ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Клинико-диагностическая лаборатория ООО «БИО-ЛАЙН»*

### *Резюме*

Представлены ответы на наиболее часто задаваемые вопросы по обследованию и трактовке различных тестов лабораторной диагностики инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2.

**Ключевые слова:** *аллергические заболевания, лабораторная диагностика, эозинофильный катионный белок.*

---

Диагностика аллергических заболеваний является сложным процессом, который включает анамнез, физическое обследование, методы исследований *in vivo* и *in vitro*. Термин «аллергия» широко используется в медицинской и немедицинской сфере, зачастую неоправданно. Вовлечение иммунологических механизмов является обязательным условием, чтобы считать проявления заболевания у пациентов аллергическими, и отличать их от других побочных реакций на продукты питания или медикаменты [3,10,11].

Эозинофильный катионный белок (ЕСР – eosinophil cationic protein) активирует аллергическую реакцию, участвует в развитии атопического дерматита, астмы, аллергического ринита, пищевой аллергии. Стимулирует иммунный ответ [1,4-7,12].

Дегрануляция эозинофилов точно контролируется и позволяет клетке дифференцированно высвобождать содержимое гранул. Это предотвращает ткани от повреждения во время миграции эозинофилов. Эозинофилы содержат множество пресинтезированных ферментов и катионных белков с высокой биологической активностью, хранящихся в цитоплазматических гранулах [8].

Катионный белок эозинофилов (ЕСР) является белком с токсическими свойствами в отношении гельминтов и клеток организма

человека [7]. В частности, ЕСР, основной белок эозинофилов, и эозинофильная пероксидаза индуцируют высвобождение гистамина как базофилами, так и тучными клетками. ЕСР является одним из маркеров дегрануляции зрелых эозинофилов. Недавние исследования показали, что эозинофилы могут участвовать в тканевом восстановлении. При различных заболеваниях мобилизация эозинофилов из костного мозга в кровяное русло может происходить очень быстро, высокоселективно, особенно при ответе на IL-5 и эотаксины. Такая мобилизация регулируется серией взаимодействий рецепторов на эозинофилах с эндотелиальными клетками и внеклеточными лигандами. Гранулы тучных клеток содержат широкий выбор потенциальных химических медиаторов, которые могут инициировать и модулировать некоторые воспалительные процессы [1,2,4,10].

ЕСР освобождается из гранулоцитов после влияния на них иммуноглобулинов E, которые, в свою очередь, реагируют на аллергены. После образования пары антиген-антитело эозинофилы синтезируют медиатор аллергической реакции - ЕСР. В свою очередь, ЕСР действует на тучные, плазматические клетки, стимулирует иммунный ответ через Т-лимфоциты. Скопление эозинофилов отмечают в слизистых дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, а

также паренхиматозных органов, чем объясняются ответные реакции на раздражение этих клеток аллергенами, а именно развивается бронхиальная астма, атопический дерматит, пищевая аллергия. В процессе развития аллергической реакции в кровь поступает высокий уровень ЕСР, так как его выработка в таких случаях повышается. Это позволяет выделить данное исследование в качестве показательного для оценки обострения аллергии, а также при необходимости мониторинга за состоянием в ходе лечения [5,6,9,10].

В случаях необходимости контроля терапии при бронхиальной астме исследование ЕСР отражает выраженность воспалительного процесса, при этом гиперреактивность бронхов не влияет на результат исследования. Это также позволяет правильно подобрать дозу гормональной терапии, так как с уменьшением воспаления концентрация ЕСР падает. Количество эозинофилов при этом уже может вернуться к норме, в то время как снижение ЕСР происходит медленнее [5,11].

В настоящее время стали выделять лекарственные аллергии. Особого внимания при этом заслуживает DRESS-syndrom (от англ.: Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms), который представляет собой непереносимость какого-либо лекарственного препарата и включает кожную сыпь, поражение внутренних органов и гематологические отклонения, в т.ч. эозинофилию. Наиболее часто DRESS-синдром развивается после назначения фенитоина, фенобарбитала, карбамазепина, сульфаниламидов, миноциклина и доксициклина. Концентрация ЕСР значительно повышена у пациентов с DRESS-синдромом [11].

Повышенный уровень эозинофилов отмечается и при глистных инвазиях, гельминтозах, что приводит к повышению уровня ЕСР. По сравнению с уровнем ЕСР при бронхиальной астме, концентрация ЕСР при гельминтозах выше. В свою очередь, еще большее количество ЕСР отмечается в крови при атопическом дерматите, а максималь-

ный уровень наблюдается при миелопролиферативном заболевании [5-12].

Концентрация ЕСР в сыворотке крови пропорциональна количеству эозинофилов и у здорового человека составляет около 7 мкг/л. Чаще всего уровень ЕСР пропорционален тяжести клинических проявлений астмы и отражает выраженность эозинофильного компонента воспаления. При сезонных проявлениях бронхиальной астмы уровни ЕСР отражают колебания активности заболевания. Более высокие показатели (60-70 мкг/л) – характерны для инвазивных гельминтозов и обострения атопического дерматита. Самые высокие значения ЕСР типичны для так называемого гиперэозинофильного синдрома (миелопролиферативного заболевания) и могут достигать 200 мкг/л [1,4].

Увеличение концентрации ЕСР может быть использовано для первичной диагностики аллергических заболеваний. Степень нарастания уровня ЕСР также позволяет косвенно оценивать тяжесть обострения аллергического заболевания. Такая зависимость наиболее достоверно установлена для бронхиальной астмы. При этом уровень ЕСР коррелирует с интенсивностью воспалительной реакции слизистой оболочки, но не с гиперреактивностью бронхов [5-8]. При стихании воспаления и исчезновении эозинофилии ЕСР также постепенно нормализуется, поэтому динамика его уровня используется для контроля за лечением аллергических заболеваний. Так, с помощью повторных измерений ЕСР в сыворотке проводят титрование дозы ингаляционных глюкокортикоидов при лечении бронхиальной астмы. Снижение его концентрации отмечают при назначении подходящей диеты при атопическом дерматите [11,12].

Рекомендации по назначению исследования на определение концентрации эозинофильного катионного белка:

- При подозрении на бронхиальную астму в комплексной первичной диагностике (для уточнения состояния потребуются проведение ряда исследований, но для

оценки развития воспалительного процесса в бронхах в ответ на аллерген уровень ЕСР является достаточно показательным).

- При подозрении на атопический дерматит (кожный синдром является наиболее распространенным и является причиной обращения к дерматологу).

- При подозрении на ринит аллергической природы.

- Пищевая аллергия, проявляющаяся различными симптомами - зуд кожи, отек слизистых, тошнота, рвота, кашель, одышка, приступы удушья. Любое из этих проявлений является ответом на действие аллергена.

Причины повышения уровня ЕСР:

- сезонный аллергический ринит;
- атопическая бронхиальная астма;
- атопический дерматит;
- эозинофильный эзофагит, гастроэнтерит, колит;
- пищевая аллергия;
- инвазивные гельминтозы;
- аспириновая астма;
- острые респираторные инфекции;
- поллипоз околоносовых пазух;
- синдром Чарга – Стросс;
- гиперэозинофильный синдром;
- прием фенитоина, фенобарбитала,

карбамазепина, ко-тримоксазола, препаратов сульфонилмочевины (глибенкламида, глимепирида), миноциклина и доксициклина, пенициллина, нестероидных противовоспалительных средств.

Понижение уровня ЕСР не имеет диагностического значения.

Важные замечания

- Повышение ЕСР не всегда означает наличие аллергического процесса.

- Результат анализа следует оценивать вместе с данными дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

Что может влиять на результат исследования

- Прием некоторых лекарственных препаратов (например, аспирина и доксициклина) может сопровождаться эозинофилией и повышением уровня ЕСР.

Результаты лабораторных исследований не являются единственным критерием, учитываемым лечащим врачом при постановке диагноза и назначении соответствующего лечения, и должны рассматриваться в комплексе с данными анамнеза и результатами других возможных обследований, включая инструментальные методы диагностики.

## Список литературы

1. Значение уровня эозинофильного катионного белка и триптазы при миело-и лимфопрлиферативных заболеваниях [Текст] / Л. С. Комарова [и др.] // Медицинская иммунология. – 2008. – № 4-5 (10). – С. 361-370.
2. Роль IL-5 и эотаксина в формировании эозинофильной реакции крови при туберкулезе легких [Текст] / Ю. В. Колобовникова [и др.] // Медицинская иммунология. – 2011. – № 2-3 (13). – С. 273-278.
3. Фрейдлин, И. С. Клетки иммунной системы [Текст] / И. С. Фрейдлин, А. А. Толоян // Медицинская иммунология. – 2000. – № 3-5. – С. 204.
4. Эозинофильный катионный белок. – Статьи врачам, 2010. – (<https://nmtmed.ru/contacts/vracham/articles/item/377-eozinofilnyj-kationnyj-belok>).
5. Эозинофильный катионный белок у пациентов с аллергическими ринитами [Текст] / М. Р. Измайлович [и др.] // Наука и Здоровоохранение. – 2020. – № 1 (22). – С. 24-26.
6. Эозинофильный катионный протеин как маркер аллергического воспаления слизистой оболочки носа [Текст] / М. А. Мокроносова [и др.] // Медицинская иммунология. – 2007. – № 4-5 (9). – С. 467-472.
7. Arslan Lied, G. Gastrointestinal food hypersensitivity: symptoms, diagnosis and provocation tests [Text] / G. Arslan Lied / Turk. J. Gastroenterol. – 2007.- № 1 (18). – С. 5-13.
8. Bystrom, J. Analysing the eosinophil cationic protein- a clue to the function of the eosinophil granulocyte [Text] / J. Bystrom, K. Amin, D. Bishop-Bailey // Respir. Res.

- 2011. – № 12. – P. 45-48.
9. *Effect of processed foods on serum levels of eosinophil cationic protein among children with atopic dermatitis [Text] / J. M. Lee [et al.] // Nutr. Res. Pract. – 2011. – № 3(5). – P. 224-229.*
  10. *Local allergic rhinitis: concept, clinical manifestations, and diagnostic approach [Text] / C. Rondón [et al.] // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. – 2010. – № 5 (20). – P.364-371.*
  11. *Measurement of serum levels of eosinophil cationic protein for monitoring patients with seasonal respiratory allergy caused by parietaria pollen (who received and did not receive specific immunotherapy) [Text] / G. D'Amato [et al.] // Allergy. – 1996. – № 4 (51). – P.245-450.*
  12. *Serum eosinophil cationic protein (ECP) is a sensitive indicator of disease activity in atopic dermatitis [Text] / W. Czech [et al.] // Br. J. Dermatol. – 1992. – № 4 (126). – P. 351-355.*

*Nebesnaya L.V.*

### **EOSINOPHILIC CATIONIC PROTEIN. RECOMMENDATIONS FOR THE PURPOSE OF THE STUDY**

*Clinical diagnostic laboratory «BIO-LINE»*

#### **Summary**

The answers to the most frequently asked questions on the examination and interpretation of various laboratory diagnostic tests for infection caused by the SARS-CoV-2 coronavirus are presented.

**Key words:** *allergic diseases, laboratory diagnostics, eosinophilic cationic protein.*

#### **Авторская справка**

**Небесная Л.В.**

врач клинической лабораторной диагностики высшей категории, зав. клинико-диагностической лабораторией ООО «Био-лайн», office@bio-line.com.ua

Проценко О.А.

## АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

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

### Резюме

Представлены особенности диагностики и дифференциальная диагностика при различных видах акантолитической пузырчатки. Приведены принципы лечения акантолитической пузырчатки, показаны возможности предупреждения осложнений системной кортикостероидной терапии.

**Ключевые слова:** акантолитическая пузырчатка, диагностика, лечение.

---

Пузырчатка (пемфигус) – МКБ: L10, относится к группе неинфекционных пузырных дерматозов, основным элементом сыпи которых является пузырь [1,5,6]. К пузырчатым относят следующие дерматозы:

### 1. Истинная (акантолитическая) пузырчатка:

а) обыкновенная, или вульгарная;

б) вегетирующая;

в) себорейная, или эритематозная, или синдром Сенир–Ашера;

г) листовидная и эндемический ее вариант – бразильская.

### 2. Пемфигоиды:

а) буллезный пемфигоид;

б) рубцующий пемфигоид;

в) пемфигоид беременных, или herpes hestationis.

### 3. Герпетиформные дерматозы:

а) герпетиформный дерматоз Дюринга;

б) субкорнеальный пустуллез Снеддона–Вилькинсона.

### 4. Наследственные пузырные

### дерматозы:

а) хроническая доброкачественная семейная пузырчатка Хейли–Хейли;

б) группа буллезного эпидермолиза.

Кроме перечисленных, есть и другие заболевания кожи, на разных этапах развития которых могут появляться пузыри (буллезная токсидермия, буллезная форма простого контактного или аллергического контактного дерматита, буллезная стрептостафилодермия, синдром Лайелла, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивена–Джонсона и др.). Однако они имеют и другие клинические признаки и, главное, другой патогенез, определяющий подходы к диагностике, лечению и прогнозу заболевания. В данной лекции будет рассмотрена лишь истинная пузырчатка и ее разновидности, поскольку до настоящего времени это единственный дерматоз, отсутствие или неадекватное лечение которого приводит к гибели больного в течение 1–2 лет.

**Определение.** Пузырчатка – это хроническое заболевание кожи и/или слизи-

стых оболочек аутоиммунной природы, характеризующееся появлением внутриэпидермальных пузырей на видимо неизменной коже, образующихся в результате акантолиза, длительно незаживающие эрозии, склонные к периферическому росту.

**Этиопатогенез.** Этиология пузырчатки, как и других аутоиммунных процессов, до настоящего времени остается невыясненной. В основе развития пузырчатки лежат аутоиммунные процессы, приводящие к образованию IgG-аутоантител к гликопротеидам клеточных мембран кератиноцитов, разрушению межклеточных контактов кератиноцитов (десмосом), акантолизу, лежащему в основе формирования внутриэпидермальных пузырей.

**Эпидемиология.** Частота пузырчатки составляет около 0,6% всех дерматологических больных. Несколько чаще болеют женщины в возрасте 40 – 60 лет.

### Клинические проявления:

– Морфология сыпи – сыпь мономорфная, первичный морфологический элемент – пузырь: вялый, с тонкой покрывкой, возникающий на видимо неизменной коже или слизистой, при вскрытии пузыря образуется эрозия (вторичный морфологический элемент сыпи), длительно не заживающая, склонная к периферическому росту, после эпителизации эрозий – пигментные пятна (вторичный морфологический элемент сыпи).

– Локализация сыпи: высыпания могут быть на любом участке кожи, характерно поражение слизистых – слизистой полости рта, красной каймы губ, конъюнктивы глаз, слизистой гортани, задней стенки глотки, трахеи, носа, гениталий, прямой кишки.

– Субъективно: болезненность, особенно при поражении слизистых; боли при приеме пищи, разговоре, проглатывании слюны; характерный признак – гиперсаливация и специфический запах изо рта; осиплость голоса при поражении гортани.

– Динамика процесса: у 60% больных дебют заболевания со слизистой полости рта; дебют – мономорфная сыпь, затем эво-

люционный полиморфизм: первичные (пузыри) и вторичные элементы сыпи (эрозии, корки, пигментные пятна); серозное содержимое пузыря мутнеет, может присоединяться пиококковая флора, на слизистых – появляться гнойно-фибринозный налет с характерным зловонным запахом. При отсутствии болезнь-модифицирующей терапии через 3–12 месяцев процесс приобретает распространенный характер, образуются обширные эрозивные участки из-за периферического роста и медленной эпителизации эрозий, сопровождающиеся выраженной болезненностью; появляются симптомы интоксикации, лихорадка, потеря веса, развивается синдром полиорганной недостаточности, приводящий к летальному исходу.

– Диагностические симптомы: 1) симптом Никольского в 3-х вариантах: краевой симптом Никольского (при потягивании пинцетом покрывки пузыря происходит краевая отслойка эпидермиса за пределы видимых границ пузыря на 0,5 см); на видимо неизменной коже вблизи очага поражения и отдаленно (при скользящем давлении / трении пальцем видимо неизменной кожи под пальцем сдвигается верхний слой эпидермиса и образуется эрозия); 2) симптом Asboe-Hansen (при надавливании на центр целого пузыря происходит краевая отслойка эпидермиса и увеличение размера пузыря) – вариант симптома Никольского.

**Критерии диагностики:** 1) Анамнез: длительно существующие эрозии на коже и/или на слизистых, отсутствие терапевтического эффекта от наружной и системной неспецифической терапии. 2) Клиника: мономорфная сыпь в виде пузырей с вялой покрывкой на видимо неизменной коже, длительно незаживающие эрозии с периферическим ростом, иногда с напластыванием кровянисто-серозных корок; положительный симптом Никольского (классический или его варианты). 3) Лабораторное подтверждение диагноза: цитодиагностика по Тцанку (обнаружение в мазках-отпечатках со дна свежей эрозии пластов акантолити-

ческих клеток – видоизмененных кератиноцитов шиповатого слоя); гистологическое исследование свежего пузыря (акантолизис, внутриэпидермальные пузыри).

Несмотря на общие диагностические критерии акантолитической пузырьчатки, ее разновидности имеют особенности (табл.1).

Выделение различных клинических форм пузырьчатки условно, поскольку клиническая картина одной формы может напоминать другую, возможен переход одной формы в другую. Это может быть связано с частичным перекрещиванием антигенов и сходными или общими детерминантами.

Таблица 1

### Дифференциально-диагностические особенности различных видов акантолитической пузырьчатки

Признак	Обыкновенная	Вегетирующая	Себорейная	Листовидная
Локализация	Слизистая полости рта (локализация дебюта у 60% больных), кожа головы, туловища,	Слизистые оболочки, места перехода кожи в слизистые, вокруг естественных отверстий (рот, нос, гениталии), крупные складки (подмышечные, паховые, заушные, под молочными железами)	Себорейные зоны: волосистая часть головы, грудь, спина; слизистые поражаются редко	Поражение чаще носит генерализованный характер, начинаясь с себорейных зон, на лице – в форме «бабочки». Слизистые не поражаются
Особенности клиники	Вялые нестойкие пузыри на видимо неизменной коже/слизистых, длительно существующие эрозии под корками (вне складок), пигментные пятна	Вялые быстро вскрывающиеся пузыри на видимо неизменной коже/слизистых, стойкие эрозии, на дне которых формируются мягкие сочные зловонные вегетации, с серозным и/или гнойным налетом, по периферии – пустулы	Тонкостенные дряблые пузыри на эритематозном фоне, или слабо инфильтрированная эритематозная бляшка с наложением пластинчатых чешуйко-корок, при снятии которых обнажаются эрозии	Эритемато-сквамозные очаги, тонкостенные пузыри, при вскрытии которых – розово-красные эрозии с последующим образованием пластинчатых корок, иногда довольно массивных. Характерны периферический рост, слияние очагов, формирование эксфолиативной эритродермии
Симптом Никольского	++	+	+	+++
Цитодиагностика (мазок – отпечаток)	Пласты акантолитических клеток	Пласты акантолитических клеток, эозинофилы	Акантолитические клетки обнаруживают редко	Акантолитические клетки обнаруживают редко

Дифференциальный диагноз акантолитической пузырьчатки проводят с другими пузырьчатыми неакантолитическими дерматозами (буллезный пемфигоид Лёвнера, герпетический дерматит Дюринга), хронической

доброкачественной семейной пузырьчаткой Гужеро–Хейли–Хейли, рубцующим пемфигоидом, паранеопластическим пемфигоидом, а также с проявлениями синдрома Стивенсона–Джонсона, Лайелла и др. (табл.2, 3) [1,3,4].

Таблица 2

**Дифференциальная диагностика вегетирующей пузырьчатки и семейной доброкачественной пузырьчатки Хейли–Хейли**

Признак	Вегетирующая пузырьчатка	Семейная доброкачественная пузырьчатка Хейли–Хейли
Излюбленная локализация	Слизистая полости рта, крупные складки (подмышечные, паховые), места перехода кожи в слизистые (углы рта, носа)	Боковая поверхность шеи, область пупка, крупные складки: подмышечные, паховые
Особенности сыпи	Мономорфная сыпь: вялые пузыри с серозным содержимым на неизменной коже	Видимых пузырей нет, легкая серовато-коричневого цвета инфильтрация кожи, трещины, мацерация (симптом «потрескавшейся земли»), могут быть веррукозные разрастания
Симптом Никольского	+	–
Цитодиагностика	Пласты акантолитических клеток со дна свежих эрозий	Акантолитические клетки обнаруживаются редко, без признаков дегенерации
Гистологическая диагностика	Внутриэпидермальный пузырь, акантолизис	Акантолизис, дискератоз, внутриэпидермальные щели
Семейный характер поражения	нет	есть
Сезонность	отсутствует	Ухудшение в летнее время
Прогноз без лечения	Злокачественное течение, летальный исход	Высыпания могут регрессировать только на наружной терапии

Таблица 3

**Дифференциальная диагностика акантолитической пузырьчатки и других пузырьных дерматозов**

Признак	Обыкновенная пузырьчатка	Буллезный пемфигоид	Герпетиформный дерматит Дюринга
Локализация	Может быть везде, группировка не характерна	На сгибательной поверхности конечностей, туловище, склонны к группировке	Чаще на сгибательной поверхности конечностей, туловище, герпетиформное расположение сыпи
Морфология сыпи	Мономорфная сыпь: вялые пузыри с серозным содержимым на неизменной коже	Полиморфная сыпь: напряженные пузыри с серозным содержимым на фоне отечной эритемы	Полиморфная сыпь: мелкие напряженные сгруппированные пузыри с серозным содержимым на фоне отечной эливирующей эритемы, волдыри
Субъективно	Болезненность в местах эрозий, нарастающая слабость	Зуд при появлении новых высыпаний	Выраженный зуд в местах высыпаний
Возраст	40–60 лет и старше	Старше 60 лет	Дети, подростки, может быть в зрелом возрасте

Особенности патогенеза	Аутоиммунный	Аутоиммунный, может быть паранеопластическим	Аутоиммунный, может быть проявлением целиакии, наследственной ферментопатии (у детей и подростков), паранеопластическим (у лиц зрелого возраста)
Симптом Никольского	+	-	-
Цитодиагностика	Акантолитические клетки в мазках отпечатках со свежих эрозий	Акантолитических клеток нет, в содержимом пузыря нейтрофилы, эозинофилы	Акантолитических клеток нет, в содержимом пузыря большое количество эозинофилов
Гистологическая диагностика	Внутриэпидермальный пузырь, супрабазальный акантолизис	Акантолизиса нет, подэпидермальный пузырь	Акантолизиса нет, подэпидермальный пузырь, эозинофильные микроабсцессы в папиллярной части дермы
Прогноз без лечения	Злокачественное течение с летальным исходом	Относительно доброкачественное	Доброкачественное

### Лечение

Цель – стабилизация патологического процесса, подавление воспалительной реакции, предупреждение появления новых высыпаний, достижение ремиссии, контролируемое течение дерматоза [2–6].

Медикаментозная терапия. Основным методом лечения являются системные кортикостероидные гормоны (КСГ), назначаемые по жизненным показаниям, пожизненно! Абсолютных противопоказаний к ним при акантолитической пузырьчатке нет, только КСГ предотвращают летальный исход. КСГ могут быть назначены изолированно (монотерапия) или в сочетании с цитостатиками (комбинированная терапия). Цитостатические препараты не могут полностью заменить КСГ, но позволяют снизить суточную дозу (стартовую ударную или поддерживающую), особенно при резистентных формах пузырьчатки.

Системные КСГ и цитостатики в адекватных дозах приводят к ремиссии заболевания, при этом успех терапии зависит от сроков начала терапии, правильного выбора стартовой дозы, продолжительности ее приема, шага снижения в последующем.

Лечение начинают со стартовой дозы КСГ, назначаемой с учетом распространен-

ности поражения и вовлечения слизистых, из расчета 1 мг/кг/сутки (в преднизолоновом эквиваленте). Наиболее часто назначают преднизолон, перорально, другие кортикостероидные гормоны – в преднизолоновом эквиваленте.

Стартовую дозу пациент принимает не менее 14 дней, иногда до 4 недель, до прекращения появления новых пузырей. Суточную дозу с учетом физиологического ритма секреции гормонов корой надпочечников (хронобиология) распределяют следующим образом: 2/3 суточной дозы в утренние часы после еды; 1/3 – после полудня (13.00–15.00). При тяжелом состоянии больного назначают более высокие дозы КСГ – до 200 мг/сутки (в преднизолоновом эквиваленте), при этом пероральный прием можно сочетать с парентеральным введением. По результатам исследования и опыту ведущих дерматологических клиник России, доза преднизолона в 120 мг/сутки в большинстве случаев является адекватной ударной дозой, позволяющей прекратить появление новых пузырей и ускорить эпителизацию эрозий.

Снижение суточной дозы КСГ до поддерживающей начинают ступенчато, только по достижении стабилизации процесса, прекращении появления новых пузырей и актив-

ной эпителизации эрозий. Первоначальное снижение дозы КСГ возможно на 1/4 – 1/3 от максимальной суточной, затем шаг снижения замедляется – 2–2,5 мг 1 раз в 5–7–10 дней до предельной минимальной поддерживающей суточной дозы – 2–2,5 мг/сутки (в преднизолоновом эквиваленте). Поддерживающей дозой КСГ считают ту минимальную дозу, которая предупреждает образование пузырей у конкретного больного. Средняя продолжительность этого периода – выхода на поддерживающую суточную дозу КСГ обычно занимает около 4–х месяцев. При поддерживающей терапии суточную дозу КСГ повышают в 2 раза при обострении дерматоза, перед проведением оперативного вмешательства, в том числе экстракции зуба.

Для повышения эффективности терапии системные КСГ иногда сочетают с цитостатическими препаратами – метотрексатом (15–25 мг/нед., внутримышечно или перорально), циклоспорином (5 мг/кг/сутки в 2 приема), сандимунумом, азатиоприном, проспирином или др. Продолжительность этой терапии на фоне системных КСГ решается индивидуально, но не менее 4 недель.

Осложнения стероидной терапии:

1) Медикаментозный синдром Иценко–Кушинга. Развивается при длительном приеме высоких доз системных КСГ. Его выраженность уменьшается при переходе на поддерживающую терапию.

2) Гастрит, эзофагит, язва желудка и 12–перстной кишки – может привести к желудочно–кишечным кровотечениям или прободной язве. Развитие гормон–индуцированных пептических язв ухудшает прогноз пузырчатки. С целью предупреждения этих осложнений необходимо щадящая диета и профилактический прием антацидных препаратов, блокаторов гистаминовых H<sub>2</sub>–рецепторов. Иногда приходится снизить суточную дозу КСГ при одновременном назначении цитостатиков, перейти инъекционное введение КСГ (что уменьшает, но не исключает их действие на слизистую желудка и 12–перстной кишки).

3) Сахарный диабет 2–го типа – развивается из–за гормон–индуцированной стимуляции глюконеогенеза и периферического антиинсулинового действия КСГ. Для профилактики больным рекомендуют гипогликемическую диету (стол 9а), препараты метаболитического действия (метформин), иногда по заключению эндокринолога антидиабетические средства.

4) Гипопротеинемия – развивается вследствие гормон–индуцированного усиления катаболизма белка, проявляется безбелковыми отеками. Для предупреждения назначают анаболические гормоны (ретаболил или неробол, в/м, 1 раз в 2–4 недели).

5) Нарушения водно–солевого баланса: гипокалиемия – проявляется в нарушении проводимости мышцы сердца (ЭКГ), для предупреждения одновременно с КСГ назначают препараты калия (аспаркам, панангин, оротат калия); гипокальциемия – проявляется парестезиями, судорогами поперечно–полосатых мышц, остеопорозом, остеомалацией, патологическими переломами; для предупреждения назначают препараты кальция (глюконат кальция 4–6 г/сутки, оксидевит 100 мг на ночь, кальцитрин п/к или др.); задержка солей натрия способствует развитию стероидной гипертонии и отеков, поэтому периодически назначают гипотензивные и калий–сберегающие мочегонные препараты.

6) Иммуносупрессивные состояния, проявляющиеся присоединением и/или обострением гнойной, грибковой, вирусной инфекций. Необходим тщательный гигиенический уход за кожей и слизистыми. В ряде случаев есть необходимость применения антибактериальных, противогрибковых или противовирусных препаратов.

7) Ломкость сосудов (стероидная пурпура), атрофия мышц, стероидные акне, полосовидная атрофия кожи – не являются обязательными осложнениями, развиваются при больших суточных дозах КСГ, назначаемых длительное время, иногда при нерациональной коррекции поддерживающей терапии. Важно умение врача предусмотреть

риск развития этих осложнений, контролировать длительную терапию КСГ, особенно на амбулаторном этапе. Плазмаферез и гемосорбция позволяют уменьшить риск этих осложнений.

Наиболее частые ошибки терапии системными КСГ – необоснованное назначение низких суточных доз; резкое снижение и/или отмена КСГ; снижение суточной дозы КСГ при прогрессировании процесса или отсутствие эффекта от проводимой терапии.

Наружная терапия – имеет ограниченное значение, ее цели – рациональное применение противомикробных и/или противогрибковых препаратов, особенно при локализации очагов в складках, местно обезболивающие и вяжущие препараты (по необходимости), предохранение эрозивных

поверхностей от травматизации (при приеме пищи, контакте с нательным или постельным бельем). Область пузырей и эрозий обрабатывают 1%–2% водными растворами анилиновых красителей; аэрозолями, содержащими КСГ и антибиотики; припудривают порошком дерматола или ксероформа.

### **Критерии эффективности терапии.**

Прекращение появления новых высыпаний, полная эпителизация эрозий, улучшение общего состояния больного, нормализация лабораторных показателей.

**Прогноз.** При отсутствии системной терапии КСГ – пессимистичный (летальность в течение 1–2 лет). Поддерживающая системная терапия КСГ позволяет сохранять ремиссию дерматоза, жизнь и трудоспособность больного.

## Список литературы

1. Беренбейн, Б. А. Дифференциальная диагностика кожных болезней [Текст] / Б. А. Беренбейн, А. А. Студницин. – М.: Медицина, 1989. – 374 с.
2. Игнатенко, Г.А. Практические аспекты профилактики инфекционного эндокардита [Текст] / Г. А. Игнатенко [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – №2 (20). – С. 74 – 83.
3. Литус, А. И. Персонализированный подход к наружной терапии в дерматологии [Текст] / А. И. Литус [и др.]. – Киев, 2020. – 70 с.
4. Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения [Текст] / под ред. Е. В. Соколовского. – СПб.: СОТИС, 1999. – 135 с.
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд. перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
6. Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text] / S. Burge, R. Matin, D. Wallis. – Second Edition – Oxford University PRESS, 2016. – 694 p.

*Protsenko O.A.*

## **ACANTHOLYTIC PEMPHIGUS: PRINCIPLES OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND FEATURES OF MANAGEMENT OF PATIENTS**

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

### **Summary**

Peculiarities of diagnostics and differential diagnostics in various types of pemphigus acantholytic are presented. The principles of treatment of acantholytic pemphigus are given, the possibilities of preventing complications of systemic corticosteroid therapy are shown.

**Keywords:** *acantholytic pemphigus, diagnosis, treatment.*

### **Авторская справка**

**Проценко О. А.**

д.мед.н., проф., зав.кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО,  
o.protsenko123@gmail.com

Родин А.Ю.<sup>1</sup>, Волошин Р.Н.<sup>2</sup>

## ВПЧ-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ПРОЛИФЕРАЦИИ КОЖИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Волгоградский государственный  
медицинский университет» МЗ РФ<sup>1</sup>,*

*2. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Ростовский государственный  
медицинский университет» МЗ РФ<sup>2</sup>*

### **Резюме**

Представлен анализ основных вопросов этиологии, эпидемиологии, патогенеза и клинической картины пролифераций кожи, вызванных вирусом папилломы человека, обсуждаются современные методы диагностики и лечения данной патологии.

**Ключевые слова:** инфекция, вызванная вирусом папилломы человека, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.

---

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) человека является актуальной проблемой современной клинической медицины, что связано с резким ростом заболеваемости и особенностью эпидемиологии [2,4,9,16]. Встречаемость ПВИ среди женщин различных этнико-географических регионов варьирует от 5 до 40 %, в США, несмотря на высокий социально-экономический уровень жизни, частота ПВИ составляет 20% [2,7,8]. Известно, что почти 8% здорового населения выделяют с мочой вирус папилломы человека (ВПЧ) типа 16, а среди женщин гинекологических клиник этот показатель составляет 49% [1,2,7]. Был показан высокий онкогенный потенциал возбудителя и значительная контагиозность. В настоящий момент инфицированность ВПЧ лиц сексуально активного возраста составляет 20—60%. В мире более половины лиц, живущих половой жизнью, инфицированы вирусом папилломы человека (ВПЧ). Причем риск инфицирования ВПЧ четко ассоциируется с количеством половых партнеров в течение жизни как для мужчин, так и для женщин [9,11,12].

ВПЧ - это ДНК-содержащий 2-х цепочный самый маленький вирус, относящийся к семейству паповирусов, существует в эписомальной (свободной) и интегрированной форме [4,8]. ВПЧ может интегрироваться в геном хозяина, контролируя генетический материал ВПЧ-кодированных белков (Е6 и Е7). Вирусные частицы при этом не производятся (непродуктивная ПВИ), но оказывают трансформирующее действие на эпителий, что может приводить к неопластическим процессам. Эписомальная форма ВПЧ обуславливает продуктивную фазу ПВИ, при которой продуцируются вирусные частицы, вызывающие развитие бородавок, папиллом, кондилом [1,2,5,7].

Даже при отсутствии клинических проявлений ПВИ вирус может передаваться при сексуальных контактах. ВПЧ характеризуется сложным циклом развития, что затрудняет эффективность лечебных мероприятий. ПВИ поражает только эпителиальные клетки / кератиноциты. Репликация вируса происходит в базальном слое, а экспрессия белков и сборка ВПЧ — в дифференцирующихся ке-

ратиоцитах шиповатого и зернистого слоев [7-9].

Особенностью ВПЧ-инфекции является региональный характер поражения и возможность латентной инфекции. ВПЧ может находиться внутриклеточно в неактивном состоянии до- или после перенесенной активной фазы. ДНК вирусов можно выявить во внешне неизменном эпидермисе спустя месяцы и годы после разрешения высыпаний [1,2,7-9].

Полноценный клеточный ответ вызывает разрешение высыпаний, поэтому при нормальном иммунитете рецидивы маловероятны. При любых иммуносупрессивных состояниях, в т.ч. при ВИЧ-инфекции риск рецидивов значительно увеличивается. Важную роль в инициации активности ВПЧ играют гормональные нарушения репродуктивной системы. В настоящее время известно около 200 видов ВПЧ и, как минимум, 35 поражают кожу и слизистые оболочки половых органов. Ежегодно в мире регистрируется 0,5 млн женщин, заболевших ВПЧ-индуцированным раком шейки матки, а заболеваемость ВПЧ-ассоциированным раком прямой кишки за последние 25 лет выросла в 2 раза [2,6,7,10,12,16].

**Клинические проявления** ВПЧ-индуцированных пролифераций кожи коррелируют с видом вируса: ВПЧ типа 1 вызывает подошвенные бородавки; ВПЧ типа 2 — вульгарные бородавки; ВПЧ типа 3 — плоские бородавки, ВПЧ типа 4 — верруциформную эпидермодисплазию Левандовского-Лютца, ВПЧ типа 5, 6, 11 являются, предположительно, причиной остроконечных кондилом; ВПЧ типа 33, 35, 39, 40, 43, 51, 56, 58 имеют средний онкогенный риск; ВПЧ типа 16, 18 — высокоонкогенные, вызывают рак шейки матки [4,9,12].

Инкубационный период при ВПЧ-инфекции колеблется от 3 недель до 9 месяцев, иногда до нескольких лет [5,9]. Заболевание протекает стадийно. Транзиторная фаза характеризуется быстрой элиминацией вируса и, как правило, не требует терапевтического вмешательства, может заканчиваться спон-

танным излечением. В 10% случаев инфекция может приобретать хроническое течение. Интегральная стадия в подавляющем большинстве случаев приводит к малигнизации эпителиальных клеток и опухолевому их перерождению. Единственным известным онкомаркером этого процесса является появление белка E7, обнаруживаемого в цервикальных пробах [2,6,8,11,12,13].

Бородавки — ВПЧ-индуцированные доброкачественные пролиферации кожи и слизистых оболочек. Различают вульгарные, плоские, подошвенные бородавки и остроконечные кондиломы. Заболевание контагиозное, инфицирование происходит при половых и тесных бытовых контактах. Заражению способствуют микротравмы и мацерация кожи.

Вульгарные и плоские бородавки свойственны, главным образом, детскому и юношескому возрасту. Остроконечные кондиломы встречаются с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин, живущих активной половой жизнью. ВПЧ может передаваться при прямом и непрямом контактах. При остроконечных кондиломах, как правило, поражаются большие участки кожи и слизистых: половые органы, паховая область, промежность, перианальная область. Вульгарные бородавки представляют собой округлые невоспалительные папулы, величиной от булавочной головки до горошины с неровной, ороговевшей шероховатой поверхностью, цвета нормальной кожи или грязно-серый или желтовато-бурый, с излюбленной локализацией на тыльной поверхности кистей и стоп, в околоногтевой зоне.

Плоские бородавки — невоспалительные папулы с гладкой поверхностью, величиной от булавочной головки до чечевицы, цвета нормальной кожи или красновато-желтые, или слегка синюшные, могут быть округлыми, многоугольными и неправильных очертаний. Характерно множество высыпаний, преимущественно на тыльной поверхности кистей, в области лучезапястных суставов, на лице.

Подошвенные бородавки отличаются

резкой болезненностью, а по своему внешнему виду весьма напоминают мозоли, могут иметь вид «ямки», на дне которой располагаются плотные пучки нитевидных сосочков, а края представлены валиком из роговых наслоений, с преимущественной локализацией на подошвах, пальцах стоп и околоногтевой области.

Верруциформная эпидермоплазия Левандовского-Лютца преимущественно располагается на коже щек, висков, шеи, туловища, в области разгибательной поверхности голеней, тыла стоп и представлена плоскими округлыми папулами до 2 см, покрытыми серовато-черной роговой массой.

Остроконечные кондиломы представляют собой нитевидные бородавчатые новообразования, расположенные на короткой ножке и по форме напоминают «цветную капусту» или «петушиный гребень». Основание кондилом мягкое и свободное, узелки телесного, бледно-розового или интенсивно-красного цвета, склонны к мацерации и изъязвлению. У мужчин остроконечные кондиломы чаще располагаются в области уздечки, венечной борозды, на коже полового члена, реже в наружном отверстии мочеиспускательного канала, в области ануса. У женщин расположены чаще всего в области вульвы, у входа во влагалище, на больших и малых половых губах, реже на шейке матки, а также на промежности и вокруг ануса. На шейке матки кондиломы, сливаясь, образуют бляшки светло-желтого цвета. Течение заболевания хроническое, так как кондиломы в большинстве случаев не склонны к самопроизвольному исчезновению.

**По классификации Х. Хандсфилд, 2004 [18],** среди остроконечных кондилом выделяют 4 клинических типа: 1) типичные, при которых поражаются влажные участки слизистых и кожи (преддверие влагалища, задний проход, внутренний листок крайней плоти), нередко в виде цветной капусты; 2) гиперкератотические, покрытые роговыми наслоениями и чаще располагающиеся на ороговевающем эпителии (наружный листок крайней плоти, тело полового члена,

мошонка, большие половые губы); 3) папулезные, которые, по сравнению с гиперкератотическими, лишены роговых наслоений и имеют гладкую поверхность; 4) плоские, проявляющиеся в виде пятен, которые не возвышаются над поверхностью кожи и их сложно заметить невооруженным глазом.

При типичных остроконечных кондиломах в определении типа ВПЧ нет необходимости. Биопсия показана при атипичных высыпаниях и подозрении на рак и предраковые заболевания (бовеноидный папулез, гигантская кондилома Бушке-Левенштейна и др.).

**Дифференциальная диагностика** проводится с сифилисом и заболеваниями кожи (контагиозным моллюском, фиброэпителиальной папилломой, себорейным кератозом и др.).

У мужчин также необходимо дифференцировать аногенитальные бородавки с «папулезным ожерельем» полового члена, которое проявляется 1-3 рядами отдельных, не сливающихся папул, диаметром 1-2 мм, расположенных по окружности венца головки полового члена и/или симметрично около уздечки крайней плоти.

У женщин аногенитальные бородавки необходимо дифференцировать с микропапилломатозом вульвы - физиологическим вариантом, представляющим собой не сливающиеся папулы правильной формы, расположенные симметрично на внутренней поверхности малых половых губ и в области преддверия влагалища.

Сальные железы в области крайней плоти и вульвы у здоровых лиц также часто выглядят как отдельные или множественные папулы серовато-желтого цвета, расположенные на внутренней поверхности крайней плоти и малых половых губах.

Если выявляются экзофитные формы остроконечных кондилом, необходим осмотр полового партнера. Если у последнего проявлений болезни нет, необходимо предупредить о возможности заражения, хотя подавляющее большинство партнеров уже инфицировано, а заболевание находится в субклинической форме.

При наличии опухолевидных образований в аногенитальной области и инфицировании ВПЧ пациенты должны следовать тем же правилам, что и ВИЧ-инфицированные, а женщины, инфицированные ВПЧ 16 и 18 типов должны регулярно проходить профосмотры для выявления методом иммуноферментного анализа в цервикальных пробах онкобелка E7 (E6) [16].

### **Методы диагностики остроконечных кондилом:**

1. Клиническая картина.
2. В лабораторной диагностике применяют почти исключительно ДНК-методы. Основные категории лабораторных методов диагностики ПВИ: а) неамплификационные (Дот-блот, саузерн-блот гибридизация, гибридизация *in situ* на фильтре и в ткани); б) амплификационные (полимеразная цепная реакция (ПЦР), лигазная цепная реакция; в) сигнальные амплификационные (система гибридной ловушки — Digene Hybrid Capture System 11). Неамплификационные методы для определения ДНК ВПЧ в настоящее время с диагностической целью не используются. Среди амплификационных методов наибольшее распространение получила ПЦР-диагностика. Однако постановка ПЦР имеет большое количество ограничений, чтобы не получить ложноположительные результаты. Наиболее достоверные результаты в настоящее время дает система двойной генной ловушки, которая обеспечивает, как считается, абсолютную специфичность с количественным анализом.
3. Биопсия при атипичных формах, предраковых заболеваниях и неэффективном лечении.
4. Проба с 3%-й уксусной кислотой (после смазывания — серовато-белый цвет) для дифференциальной диагностики с болезнью Фордайса (папулезного ожерелья полового члена).

В настоящее время не существует методов этиотропной системной терапии ВПЧ-индуцированных пролифераций кожи. Ни при одном из используемых методов наружной терапии остроконечных кондилом

не происходит полной элиминации вируса из организма. Частота рецидивов доходит до 20—30 %, однако они связаны не с реинфекцией, а реактивацией вируса.

### **Применяют следующие виды деструктивных воздействий:**

Цитотоксические методы: подофиллотоксин, крем 0,15%, раствор 0,5% - 2 раза в сутки наружно на область высыпаний в течение 3 дней с 4-хдневным интервалом. Крем 0,15 % рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных в анальной области и области вульвы; раствор 0,5% рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на коже полового члена. Курсовое лечение (не более 4-5 курсов) продолжают до исчезновения клинических проявлений заболевания [12-16]. Подофиллотоксин не рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на слизистой оболочке прямой кишки, влагалища, шейки матки, уретры.

Химические методы: 1) 1,5% раствор цинка хлорпропионата в 50% 2-хлорпропионовой кислоте, раствор для наружного применения, наносится с помощью деревянного шпателя с заостренным наконечником (на аногенитальные бородавки диаметром от 0,1 до 0,5 см) или стеклянным капилляром (на аногенитальные бородавки, диаметром свыше 0,5 см). Перед нанесением препарата обрабатываемую поверхность предварительно обезжиривают 70% спиртовым раствором для лучшего проникновения препарата. Раствор наносят на высыпания однократно до изменения окраски тканей на серовато-белый. В ряде случаев для достижения полной мумификации аногенитальных бородавок требуется проводить до 3 сеансов нанесения с кратностью 1 раз в 7-14 дней [12-16].

2) Комбинация азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и тригидрата нитрата меди, раствор для наружного применения, наносится однократно непосредственно на аногенитальные бородавки при помощи стеклянного капилляра или пластмассового

шпателя, не затрагивая здоровых тканей. Не рекомендуется обрабатывать поверхность, превышающую 4-5 см<sup>2</sup>. Перерыв между процедурами составляет 1-4 недели [9,12-16].

Иммуномодуляторы для местного применения:

- Имихимод, крем наносится тонким слоем на аногенитальные бородавки на ночь (на 6-8 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем необходимо смыть с кожи теплой водой с мылом. Курсовое лечение (не более 16 недель) продолжают до исчезновения аногенитальных бородавок [12-16];

- Внутриочаговое введение препаратов  $\alpha$ -интерферона [12-16]. Применение интерферонов системного действия (интерферона гамма) рекомендовано при рецидивирующем течении заболевания.

Физические методы [9,12-16]:

- электрокоагуляция;
- лазерная деструкция;
- радиохирургическая деструкция;
- криодеструкция.

Хирургическое иссечение показано при обширных поражениях кожи и слизистых оболочек, при гигантской кондиломе Бушке-Левенштайна [9,12-16].

**Лечение беременных.** Во время беременности возможна активная пролиферация аногенитальных бородавок. Лечение осуществляется в сроке до 36 недель беременности с использованием криодеструкции, лазерной деструкции или электрокоагуляции при участии акушеров-гинекологов. При обширных генитальных кондиломах показано оперативное родоразрешение (с целью профилактики кондилломатоза гортани новорожденного) [12,13,16]. Методами выбора лечения аногенитальных бородавок у детей являются физические методы деструкции, не вызывающие токсических побочных реакций [16].

С учетом высокой частоты рецидивов

ПВИ необходима местная и общая терапия, которая проводится, в основном, интерферонами или индукторами интерферонов. При проведении общей терапии используют:

1. Лавомакс - по 1 таблетке 1 раз 2 дня, затем по 1 таблетке через день, всего 20 таблеток.
2. Аллокин-альфа - по 1 мл п/к, через день № 6.
3. Свечи «Виферон» - детям по 150—300 мг 1 раз, в течение 5 дней, при острых кондилломах по 1 млн 2 раза, 20 дней.
4. Свечи «Генферон» - по 1 млн 2 раза, 20 дней.
5. Панавир 0,004 % - по 5 мл ч/д № 3 и ч/2 дня № 2.
6. Циклоферон 12,5 % - по 2 мл в 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-й день.
7. Индинол 200 мг по 2 капсулы в день 10—12 недель.
8. Адаптогены — элеутерококк, экстракт китайского лимонника, настойка аралии [10-16].

**Профилактика:** исключение случайных половых контактов; использование средств барьерной контрацепции; обследование и лечение половых партнеров.

Одним из методов специфической первичной профилактики ВПЧ-ассоциированной патологии является вакцинация против ВПЧ различных генотипов. В Российской Федерации для профилактики заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, зарегистрированы вакцины: 1) вакцина против вируса папилломы человека рекомбинантная, адсорбированная, содержащая адъювант AS04 (двухвалентная, содержащая антигены ВПЧ 16 и 18 типа), 2) вакцина против вируса папилломы человека квадριвалентная, рекомбинантная (типов 6, 11, 16, 18) (содержащая антигены ВПЧ 6,11,16,18 типов) [3,12,13,16].

Таким образом, представленные данные свидетельствуют об актуальности проблемы и могут использоваться в повседневной деятельности врачей общей практики, дерматовенерологов, урологов, акушеров-гинекологов.

### Список литературы

1. Авад, Ж. М. Ж. Вирус папилломы человека как эпигенетический кофактор развития ряда эпителиальных немеланоцитарных новообразований кожи [Текст] / Ж. М. Ж. Авад, Е. С. Снарская // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2019. – Т. 22, № 5–6. – С. 138–148.
2. Андосова, Л. Д. Современные представления о роли вируса папилломы человека в генезе цервикального рака (обзор) [Текст] / Л. Д. Андосова, К. Н. Конторищикова, О. В. Качалина // Медицинский Альманах. – 2011. – № 5. – С. 116–120.
3. Батрова, Ю.В. Защита от ВПЧ / Ю.В. Батрова // Медицинский Вестник. – 2015. – № 17–18. – С. 10.
4. Беляев, В. В. Папилломавирусная инфекция (бородавки): аспекты клиники и лечения [Текст] / В. В. Беляев, Ю. С. Цветаева // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – № 5. – С. 97–100.
5. Волгарева, Г. М. Меланома и вирусы папилломы человека: есть ли перспектива для исследования? [Текст] / Г. М. Волгарева, И. Н. Михайлова, Д. А. Головина // Вестник РАМН. – 2016. – Т. 71, № 2. – С. 121–127.
6. ВПЧ-ассоциированные заболевания и качество жизни женщин [Текст] / Е. Г. Сычева [и др.] // Гинекология. – 2016. – Т. 18, № 4. – С. 39–44.
7. Встречаемость кожных типов вируса папилломы человека в патологиях кожи [Текст] / А. Ю. Кладова [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2009. – № 9. – С. 44–50.
8. Изучение статуса метилирования гена WIF1 при ВПЧ-ассоциированных доброкачественных образованиях кожи и слизистых оболочек [Текст] / Н. Н. Потеекаев [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2017. – Т. 16, № 4. – С. 38–43.
9. Кожные и венерические болезни [Текст] / Под ред. Е. В. Соколовского. — СПб.: Фолиант, 2006. — С. 109—110.
10. Костенко, Е. И. Интерфероновый статус пациентов с ВПЧ- ассоциированной формой себорейного кератоза [Текст] / Е. И. Костенко, Т. П. Пискалова // Российский иммунологический журнал. – 2014. – Т. 8 (17), № 3. – С. 543–544.
11. Кумыкова, З.Х. Распространенность и естественное течение ВПЧ- инфекции и ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки у девочек– подростков / З.Х. Кумыкова, Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 5. – С. 35–46.
12. Минкина, О.В. Генитальная папилломавирусная инфекция и возможность её профилактики / О.В. Минкина // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2007. – №1(3). – С. 3–10.
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
14. Родин, А.Ю. Изопринозин в терапии доброкачественных заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека [Текст] / А.Ю. Родин, Т.Н. Заклякова // Фарматека. – 2011. – № 6. – С. 72–74.
15. Родин, А.Ю. Проблемы диагностики и лечения папилломовирусных инфекций кожи и слизистых оболочек [Текст] / А.Ю. Родин, А.Е. Сердюкова, С. Н. Щава // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 36–40.
16. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передающиеся половым путем. – 5-е изд., перераб. И доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
17. Хансфилд, Х. Заболевания, передающиеся половым путем. Цветной атлас-справочник [Текст] / Х. Хансфилд. – М.: ООО «БИНОМ Пресс», 2004. – 296 с.

Rodin A. Yu.,<sup>1</sup> Voloshin R.N.<sup>2</sup>,

## HPV-INDUCED SKIN PROLIFERATIONS: EPIDEMIOLOGY, CLINIC, DIAGNOSIS, TREATMENT

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education  
"Volograd State Medical University" MH RF<sup>1</sup>,  
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education  
"Rostov State Medical University" MH RF<sup>2</sup>*

### **Summary**

The paper presents data on the epidemiology on HPV-infection, outlines the main points of its pathogenesis, clinical and morphological features, the contemporary methods of diagnosis and treatment of this condition.

**Key words:** *infection caused by human papillomavirus, epidemiology, clinic, diagnosis, treatment.*

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

**Родин А. Ю.**

д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Волгоградский Государственный медицинский университет». E-mail: [dermavolgmu@yandex.ru](mailto:dermavolgmu@yandex.ru); (анализ результатов обследования и лечения больных остроконечными кондиломами, написание текста статьи).

**Волошин Р. Н.**

д.мед.н., доц., профессор кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации (ФПК) и профессиональной подготовки специалистов (ППС). ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет». E-mail: [ruvoloshin@yandex.ru](mailto:ruvoloshin@yandex.ru); (анализ результатов обследования и лечения больных бородавками,

Лукьянченко Е.Н.

## ЛИГАТУРНЫЕ СВИЩИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НИТЕВОГО ЛИФТИНГА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

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

### Резюме

Представлено наблюдение клинического случая осложнения после нитевого лифтинга мягких тканей лица у пациентки 37 лет с ятрогенным анамнезом отсутствия своевременного оказания медицинской помощи. Определены клиничко-эпидемиологические особенности случая и представлена схема лечения осложнения.

**Ключевые слова:** нитевой лифтинг, женщины, осложнения, лечение.

---

Современная эстетическая медицина предлагает множество вариантов коррекции инволютивно-дистрофических изменений кожи лица. Одно из значимых мест занимают нитевые технологии [1-4].

Преимущества данного метода: быстрота проведения манипуляции, местная анестезия, отсутствие послеоперационных рубцов, короткий период реабилитации, выраженный эффект; причем, эффект достигается не только за счет лифтинга мягких тканей, но и за счет стимуляции неокollaгенеза. Установка нитей возможна при помощи канюли через один прокол. Отсутствует необходимость в их дополнительной фиксации [3].

### Клинический случай

11.04.2020 г. пациентка А., 37 лет, обратилась в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (РКДВД) г. Донецка с жалобами на асимметрию лица, болезненные ощущения левой половины лица в проекции проведения нитей, припухлость и покраснение левой щеки, повышенную возбудимость в течение месяца.

### Анамнез заболевания

Со слов пациентки, в феврале 2020 г.

косметологом была проведена процедура нитевого лифтинга в средней трети лица нитями неизвестного происхождения и конфигурации, без сертификации, в антисанитарных условиях. Специалист также не имела документов, подтверждающих ее медицинскую квалификацию.

Спустя месяц пациентка стала ощущать тянущие боли слева по ходу проведения нитей. Неоднократно обращалась за медицинской помощью к специалисту, выполнившему манипуляцию, и регулярно получала отказ.

За год до выполненной манипуляции в области лица этим же специалистом пациентке была проведена нитевая коррекция в области бровей. Пациентка продемонстрировала на фото и видео процесс заживления с гнойно-воспалительным отделяемым в местах крепления нитей с последующим заживлением в виде рубцовой атрофии волосистой части головы в височной зоне справа и слева с отсутствием волос.

За несколько дней до обращения в РКДВД пациентка получала локальное введение дексаметазона в среднюю треть лица, после чего ощущала уменьшение боли в об-

ласти щеки слева.

### **Locus morbi**

Асимметрия лица, увеличение средней трети лица слева, контурирование нитей в щечно-скуловой области при мимических движениях лица слева, уплотнение мягких тканей лица по ходу нитей; инфильтративное образование на гиперемизированном фоне в скуловой зоне в месте крепления нитей, размером 0,5 см.

Назначено лечение, с параллельным планом обследования: наружно – gesower gel (Aptos) с противовоспалительным, заживляющим, регенерирующим действием; ибупрофен – по 1 таб 2 раза в день; кетанов – по показаниям; курс микрококковой терапии с дренажными препаратами, № 5, через день; последующая консультация после обследований

### **Рекомендованный план обследования**

- 1) Общий анализ крови
- 2) Биохимический анализ крови
- 3) УЗИ мягких тканей лица, щитовидной железы, органов малого таза
- 4) Тиреоидная панель
- 5) Уровень женских половых гормонов
- 6) МРТ головы
- 7) МРТ шейного отдела позвоночника
- 8) Консультация гинеколога-эндокринолога, эндокринолога, невролога.

В общем анализе крови: лейкоциты –  $8,3 \times 10^9$ , лимфоциты –  $3 \times 10^9$ , гемоглобин – 145 г/л, эритроциты –  $4,78 \times 10^{12}$ , гематокрит – 42,3%, тромбоциты –  $336 \times 10^9$ , СОЭ – 15 мм/ч; лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, лимфоциты – 37%, моноциты – 6%.

Глюкоза – 4,23 ммоль/л. ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис – не обнаружены. Общий билирубин, АСТ, АЛТ, амилаза, СРБ, титр АСЛО, коагулограмма – в пределах нормы.

Тиреоидная панель: Т3, Т4, ТТГ в норме, антитела к пероксидазе тиреоцитов увеличены в 3 раза, уровень женских половых гормонов в пределах возрастной нормы.

УЗИ мягких тканей лица от 15.04.2020 г: в проекции скуловой кости определяются

участки гипоехогенной инфильтрации гиподермы с четкими, неровными контурами. В толще инфильтратов визуализируются гиперэхогенные линейные тяжи (инородные тела-нити), распространяющиеся до углов рта. Дерма на всем протяжении инфильтрирована, утолщена до 0,16 см. Вокруг нитей зона гипоехогенных включений до 0,9 см.

Выводы: эхопризнаки лимфангита вокруг инородных тел.

УЗИ щитовидной железы от 15.04.2020 г: в пределах возрастной нормы.

УЗИ органов малого таза от 15.04.2020 г.: мелкокистозная трансформация яичников.

МРТ головы: умеренное расширение субарахноидальных пространств. Объемной и очаговой патологии не выявлено.

МРТ шейного отдела позвоночника: дегенеративные отделы шейного отдела позвоночника; спондилез, спондилоартроз с умеренно выраженными явлениями синовита на уровне С2/3.

Консультация эндокринолога: аутоиммунный тиреоидит.

21.04.2020 г. после проведенного обследования пациентка обратилась с жалобами на усиление болезненности по ходу нитей в щечно-скуловой области слева, тянущие боли в области угла рта при открывании, иррадиацию боли в висок, зубы, ухо.

При объективном осмотре: на левой щеке визуализируются 2 инфильтративных образования на гиперемизированном фоне в местах крепления нитей в скуловой зоне, ближе к височной ямке, и области угла губы размером до 1,5 см; неравномерное уплотнение мягких тканей по ходу нитей, их подвижность, воспалительный экссудат в скуловой зоне.

Рекомендовано повторное УЗИ мягких тканей лица с последующей консультацией.

22.04.2020 г. пациентка на УЗИ и на повторную консультацию не явилась.

27.04.2020 г. повторно обратилась с жалобами на самостоятельное отхождение фрагментов нитей с гнойно-воспалительным отделяемым.

УЗИ мягких тканей от 27.04.2020 г. –

признаки лимфангита сохраняются.

Объективно: по всей левой щеке по ходу проведения нитей прослеживается уплотнение мягких тканей, болезненность при пальпации, пульсация в области виска, гиперемия в скуловой зоне.

**Лечение:** ципрофлоксацин – по 500 мг. 2 раза в день, 10 дней; лактив-ратиофарм по 1 капс. 2 раза в день, 2 недели; фенибут – по схеме; микрококковая терапия № 5 через день; после окончания микрококковой терапии – высокочастотный ультразвук №5 ежедневно с применением заживляющих гелей.

### Выводы

1. Не выполнять нитевые методы без предварительного обследования пациентов (выявить наличие противопоказаний)
2. Тщательным образом соблюдать правила стерильности
3. Не использовать не сертифицированные материалы
4. Наблюдать пациента в раннем послеоперационном периоде на 3, 7, 14 и 21 день
5. Неустанно повышать квалификацию для безупречно качественной работы.

### Список литературы

1. Жукова, О. Г. Лифтинг с использованием биорезорбируемых нитей [Текст] / О.Г. Жукова // Инъекционные методы в косметологии. – 2012. – № 2. – С. 48–54.
2. Лукьянченко, Е. Н. Оценка эффективности и безопасности рассасывающихся нитей из поликапролактона с полимолочной кислотой при инволютивных изменениях [Текст] / Е. Н. Лукьянченко // Инъекционные методы в косметологии. – 2016. – № 4. – С. 32-3.
3. Методика нитевого лифтинга [Текст] / Е.Н. Лукьянченко [и др.] // Портрет сложного пациента. – Саммит-книга. - Киев, 2019. – С. 106-131.
4. Федотова, Т. Н. Большие возможности маленьких нитей: внутридермальное армирование тканей в статических и кинетических подвижных зонах лица [Текст] / Т.Н. Федотова // Мезотерапия. – 2015. – № 4 (32). – С. 56-60.
5. Schierle, C. F. Nonsurgical rejuvenation of the aging face with injectable poly-L-lactic acid for restoration of soft tissue volume [Text] / C. F. Schierle, L.A. Casas // Aesthet. Surg. J. – 2011. – № 1(31). – P. 95–109.

*Lukyanchenko E. N.*

## LIGATION FISTULAS AS A COMPLICATION OF THREADS LIFTING OF SOFT TISSUES OF THE FACE

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

### Summary

An observation of a clinical case of a complication after thread lifting of the soft tissues of the face in a 37-year-old patient with an iatrogenic history of the lack of timely medical care is presented. The clinical and epidemiological features of the case were determined and the treatment regimen for the complication was presented.

**Key words:** *thread lifting, women, complications, treatment.*

### Авторская справка

Лукьянченко Е.Н.

к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии  
ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО,  
+380713591264.

*Базиян-Кухто Н. К., Кухто А. П.*

## ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ

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

### *Резюме*

В статье рассматриваются проблемы, возникшие при внедрении технологий дистанционного обучения в высших учебных учреждениях во время карантина вследствие распространения вируса COVID-19. Выявлено, что в республике при поддержке научно-педагогического сообщества была организована централизованная поддержка преподавателей, администрации заведений, учащихся, в частности, создано большое количество информационных ресурсов, электронная библиотека со свободным доступом к электронным версиям университетских учебников, и другое. Однако многие учреждения не были подготовлены к дистанционной форме обучения во время введения карантина, не организовали эту работу должным образом в процессе его продолжения. Выяснено, что общей проблемой для высшего образования стала проблема быстрой организации виртуального пространства. Наличие многих предложений для свободного использования и неопределенность конкретных из них внесли дезорганизацию в использование цифрового программного обеспечения. Недостаточный уровень цифровых компетентностей преподавателей не позволил эффективно использовать существующие программные средства, разработать собственные цифровые ресурсы, организовать плодотворную деятельность на цифровой образовательной платформе. Для студентов оказалось проблемой организовать самообучение на дому. Выяснилось, что не у всех обучающихся есть технические средства и постоянный доступ к интернету. Авторами предлагаются пути решения проблем организации дистанционного обучения в заведениях высшего образования. Отмечается, что цифровые технологии необходимо ежегодно совершенствовать, поскольку без них процесс обучения уже не может обойтись. Ситуация с карантином позволила каждому заведению увидеть свои проблемы в направлении развития дистанционного образования как альтернативной формы обучения, настроиться на положительные изменения оптимизации этого направления.

**Ключевые слова:** *дистанционное обучение, образовательный процесс, проблемы.*

---

Введение карантина в Донецкой Народной Республике (ДНР), в связи со стремительным распространением вируса COVID-19 и переходом на дистанционную форму обучения в заведениях высшего учебного образования стали для большинства университетов проблематичными, ведь предполагалось внесение кардинальных изменений в форму организации обучения, расписания занятий, быстрого налажива-

ния средств удаленной связи с участниками образовательного процесса, оперативного овладения преподавателями и учащимися принципов работы цифровых девайсов и информационных средств для обучения. Учебный 2020 год завершился, а проблемные вопросы остались, ведь ситуация с продолжением карантина может повториться. Чтобы улучшить дальнейшую плодотворную работу, целесообразно провести тщатель-

ный анализ полученного опыта, трудностей, возникших у педагогов и администрации учреждений. Такой подход к работе поможет быть готовым к любым возникающим ситуациям, и не только с распространением вируса COVID-19.

Вопросами организации дистанционной формы обучения в учебных заведениях в условиях глобальной пандемии, распространением информации о существующих цифровых образовательных средствах и методах их использования в образовательном процессе занимались ученые и специалисты как на международном, государственном, так и на местном уровнях. Трудно назвать ученых, которые не подключались к решению трудной задачи быстрого перехода учебных заведений на дистанционную форму обучения [3].

Целью статьи является обобщение проблем, возникших при внедрении технологий дистанционного обучения в учреждениях высшего образования во время карантина, и определение направлений их решения на перспективу

Итак, теперь различают дистанционную форму образования как отдельную форму получения образования. Под дистанционной формой получения образования понимается «индивидуализированный процесс получения образования, который происходит в основном при опосредованном взаимодействии удаленных друг от друга участников образовательного процесса в специализированной среде, функционирующей на базе современных психолого-педагогических и информационно-коммуникационных технологий». Если речь идет об использовании дистанционных технологий в различных формах образования, то это использование различных электронных платформ и инструментов, позволяющих учителю и учащимся настроить процесс передачи информации, задач с последующей проверкой, проводить тестирование, организовывать групповую работу, семестровый контроль и т.д. Такие технологии интегрируются в обучающий предмет и расширяют его

возможность за счет интеграции с информационно-коммуникационными технологиями [1].

Общей проблемой для заведений среднего образования стала быстрая организация виртуального пространства. Так, при организации перехода на дистанционный формат коллективы не всех университетов вовремя сориентировались в единой форме организации виртуального общения с учащимися. В результате преподаватели выбирали удобный для себя формат. Так, для проведения онлайн уроков могли использоваться Skype, Zoom, Google Meet, для обмена задачами – различные почтовые серверы, сервисы Telegram, Viber, Google Disk, для управления виртуальными классами выбирали Classroom, Classtime, Google Sites, для тестирования – Google Forms, Kahoot, Plickers, LearningApps и другие. Такое «разнообразие» электронных ресурсов не способствовало легкости в их использовании. Кроме того, при использовании электронных платформ, например, Google Classroom, преподаватели организовывали виртуальные «классные комнаты», в которые записывались ученики. Однако, по словам учеников, такие «комнаты» были по каждому учебному предмету, что вносило определенную дезориентацию. По нашему мнению, следует сделать эту операцию в другой последовательности: на университетском виртуальном пространстве лучше организовать группы, подписать на них студентов, которых может насчитываться до 200 человек, а затем к ним подписать преподавателей-предметников, которых около 20-30 человек. Такая структура позволила бы существенно сэкономить время на организацию дистанционного обучения, ведь учащиеся по сути сидят в таких же группах, куда «заходят» преподаватели [5].

Практика показала, что не все материалы, которыми пользовались педагоги многие годы, подходят под формат дистанционного обучения. Для проведения уроков в дистанционном режиме недостаточно иметь файлы, оформленные с помощью текстового

редактора и презентаций. Для качественного представления материала в дистанционной форме актуальны видео-лекции, дидактические упражнения, подготовленные с помощью различных программных средств, которые мы перечислили выше. Кроме того, формат электронного курса предполагает не просто слайды, а слайды, соединяющие текст с графикой, с добавлением анимации, сопровождение объяснений диктором (педагогом), запись видео-лекций. Кроме того, необходимо владеть инструментами для создания электронных курсов, тестов, диалоговых тренажеров. Однако, чтобы создать качественный учебный контент, нужно потратить слишком много времени (более трех месяцев) [4].

Следующей проблемой является проблема организации цифрового урока и его настройка под дистанционную форму проведения. К сожалению, наблюдались случаи, когда преподаватели присылали учащимся не только подробные планы уроков, а большее количество задач от «прочтите параграф... и сделайте все упражнения после него» к дополнительным задачам по написанию произведений, рефератов, обработке интернет источников и т.п. Это не тот урок, который нам необходим, ведь цифровой урок нуждается в других методах и приемах работы с удаленной аудиторией. Для этого наставник должен уметь не только разработать электронный учебник, наполнить его соответствующим содержанием, но и разработать задачи для учащихся так, чтобы их решение способствовало всестороннему развитию личности, формированию соответствующих компетенций. Преподавателю следует изучать и применять методы работы с цифровым контентом, интенсифицировать работу в отдаленном режиме, знать способы организации групповой, коллективной, творческой работы студентов в режиме самоподготовки. Методика работы с цифровым контентом не заменяет традиционных методов, она их обогащает и расширяет. Кроме того, необходимо помнить, что для учащихся коммуникация является

важным элементом обучения, воспитания и развития. Поэтому крайне важно применять в дистанционном обучении способы организации взаимодействия учащихся с преподавателем и между собой посредством цифровых девайсов [2].

К другим трудностям преподаватели университетов отнесли:

- невозможность в определенных случаях идентифицировать личность, выполняющую задание или тест, поэтому нет уверенности в самостоятельности выполнения учащимися отдельных заданий;

- большинство форм контроля при обучении проводится в форме тестирования или письменных ответов на вопросы, поэтому возникает вероятность неполной оценки компетенции учащихся; трудно оценить уровень сформированности общих компетенций, особенно коммуникативных, которые важны для развития речи студентов;

- методы работы, используемые на предметах, требуют выполнения практических работ с использованием специального оборудования, которое невозможно организовать в удаленном режиме.

Переход на дистанционный режим сделал образование де-факто платным, потому что для полноценного обучения каждому ученику необходимо иметь персональный компьютер или другой цифровой девайс с подключением к высокоскоростному интернету. В этом случае снова возникает вопрос о разделении учащихся в доступе к качественному образованию в зависимости от уровня доходов их родителей.

На основе проведенного анализа каждое заведение должно разработать план мероприятий по организации дистанционного обучения в университете. Обязательными пунктами этого плана, по нашему мнению, должны стать:

- избрание, при отсутствии до момента введения карантина, единой централизованной системы управления электронным учебным контентом, позволяющей совместить всех участников образовательного процесса, наладить эффективную коммуникацию

между ними в единой плоскости; при этом осуществлять дифференцированную работу для определенных групп учащихся, а также эффективно осуществлять контроль качества образовательного процесса;

– разработка качественного систематизированного образовательного контента с соблюдением требований к представлению информации в цифровом виде, адаптированного к современному уровню цифровых технологий;

– проведение целенаправленной работы по повышению уровня компетентности педагогов по владению не только цифровыми, но и педагогическими технологиями;

– организация постоянной связи с участниками образовательного процесса.

Несмотря на обстоятельства, которые мы раскрыли выше, современное образование сделало большой шаг вперед в направлении онлайн обучения. Карантин стал серьезным вызовом для преподавателей, проверил их на профессиональную пригодность, открытость современным вызовам информационного общества, мобильность. Выиграли те, кто смог быстро сориентироваться, использовать это время максимально продуктивно, экспериментируя с методами и методиками, средствами и формами организации работы, используя существующие и создавая новые.

### Список литературы

1. Буримская, Д. В. Смешанное обучение в высшем образовании [Текст] / Д. В. Буримская // Информационное общество. – 2016. – №1. – С. 48-54.
2. Елизаров, А. М. Использование информационно-коммуникационных технологий в электронном обучении в странах СНГ [Текст] / А. М. Елизаров // Информационное общество. – 2016. – №4-5. – С. 92-103.
3. Петров, Д. А. Об условиях эффективности использования дистанционных образовательных ресурсов при реализации основных профессиональных образовательных программ в условиях регионального вуза [Текст] / Д. А. Петров // Преподаватель XXI века. – 2016. – Т. 1. – №4. – С. 77- 85.
4. Пронин, В. В. Клиповое мышление студента в дистанционном обучении [Текст] / В. В. Пронин // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2014. – №2-2. – С. 468-471.
5. Каландаришвили, З.Н. Научно-исследовательская работа студентов как компонент подготовки специалистов в современном вузе [Текст] / З. Н. Каландаришвили, Ч. В. Кочисов // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 1. – С. 58-63

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

### PROBLEMS OF DISTANCE LEARNING AND METHODS FOR THEIR SOLUTION

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

#### **Summary**

The article discusses the problems that arose when introducing distance learning technologies in higher educational institutions during quarantine due to the spread of the COVID-19 virus. It was revealed that in the DPR, with the support of the scientific and pedagogical community, centralized support was organized for teachers, administrations of institutions, students, in particular, a large number of information resources, an electronic library with free access to electronic versions of university textbooks, and more were created. However, not all schools were responsible for the situation. Many institutions were not prepared for distance learning during the introduction of quarantine, and also did not organize this work properly in the process of its continuation. It was found that a common problem for higher education was the problem of fast organization of the virtual space. The availability of many offers for free use and the vagueness of specific ones have disorganized the use of digital software. The insufficient level of digital competencies of teachers did not allow to effectively use existing software tools, develop their own digital resources, and organize fruitful activities on a digital educational platform. It turned out to be a problem for the students to organize self-study at home. It also turned out that not all students have technical means and constant access to the Internet. The authors propose ways to solve the problems of organizing distance learning in higher education institutions. It is noted that digital technologies need to be improved annually, since the learning process can no longer do without them. The quarantine situation allowed each institution to see its problems in the direction of the development of distance education as an alternative form of education, to tune in to positive changes in optimizing this direction.

**Key words:** *distance learning, educational process, problems of organizing distance learning.*

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

**Базиян-Кухто Н. К**

к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (разработка дизайна исследования, научное редактирование статьи).

**Кухто А.П.**

д.мед.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи).

УДК 614.253:378:61

*Моногарова Н. Е., Бородий К. Н., Лукашевич Г. М.*

## ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

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

### **Резюме**

В настоящее время медицинскую этику принято определять посредством биоэтической модели взаимодействия медицинского работника с пациентом. На этапе формирования биоэтики как науки возросла общественная роль врача, морально-этическое регулирование его поведения обрело статус международных соглашений. Учитывая современные тенденции в сфере высшего медицинского образования, первостепенной задачей на пути полноценного овладения медицинской профессией и формирования профессионального мировоззрения врача стало обеспечение соответствующих общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, которые неразрывно связаны с процессом этико-деонтологической подготовки молодых специалистов.

**Ключевые слова:** медицинская этика, деонтология, высшее медицинское образование.

---

*Учиться быть врачом – это, значит,  
учиться быть человеком. Медицина  
для истинного врача больше чем  
профессия: она – образ жизни.  
(А.Ф. Билибин)*

Этическая проблематика неотделима от любого вида врачебной деятельности. История построения отношений между врачом и пациентом, уходит корнями в далекое прошлое. Еще во времена Гиппократов (V–IV вв. до н. э.), «великого отца медицины», суждение о том, что нравственная культура врача – не только заслуживающее уважения свойство его личности, но и качество, определяющее профессионализм, стало незыблемым постулатом. Гиппократом впервые были разработаны нравственные требования к врачу и к его отношению к пациентам

и коллегам, которые легли в основу «Клятвы Гиппократов», ставшей отправной точкой для создания других профессионально-моральных медицинских кодексов [6].

В XX в. в системе этических принципов, предложенной американскими учеными-теоретиками Т.Л. Бичампом и Д.Ф. Чилдрессом («Принципы биомедицинской этики», 1994 г.), основополагающий принцип «не навреди», сформулированный Гиппократом, рассматривается как первая модель взаимодействия медицинского работника с пациентом (см. рис.).

Вторая модель, построенная на принципе «делай благо», базируется на трудах немецкого врача и философа Филиппа Ауреола Теофраста Бомбаста фон Гогенгейма, более известного как Парацельс (XV–XVI вв. н. э.). В «Модели Парацельса» первостепенная роль отводится патернализму, духовному и эмоциональному контакту врача с пациентом, на основе которого строится весь лечебно-диагностический процесс. Третья модель, выделяемая Т.Л. Бичампом и Д.Ф. Чилдрессом, – деонтологическая – основана на принципе «соблюдения долга». Она раскрывает необходимость строжайшего выполнения предписаний морального порядка и безукоризненного соблюдения определенного набора правил, устанавливаемых социумом, медицинским сообществом, а также собственной волей и разумом врача. Авторы отмечают, что для каждой врачебной специальности имеется свой «кодекс чести», несоблюдение которого угрожает дисциплинарными взысканиями и даже исключением из врачебного сословия [7]. Исторически появление термина «деонтология» (от др.-греч. δέον – должное, надле-

жащее; λόγος – учение) связано с именем английского философа И. Бентама (XVIII–XIX вв.), который в своей книге «Деонтология, или наука о морали» изложил основные положения учения о долге, применительно к различным профессиям [6]. По сути, деонтология – не что иное, как практическое воплощение морально-этических принципов. Однако И. Бентам рассматривал это понятие с позиций изучения средств и способов достижения личной выгоды или пользы, представляя выбор поведения и моральной оценки делом личного вкуса или интересов. Переосмыслил и внес важные дополнения в понятие деонтологии в первой половине XX в. советский хирург-онколог Н.Н. Петров. В своей книге «Вопросы хирургической деонтологии» он отмечает, что соблюдать долг – значит выполнять определенные требования, следовать правилам и предписаниям морального порядка, устанавливаемым медицинским сообществом и собственным разумом и волей врача. Принцип соблюдения долга, подчеркивает Н.Н. Петров, не признает оправданий при уклонении от него [1].

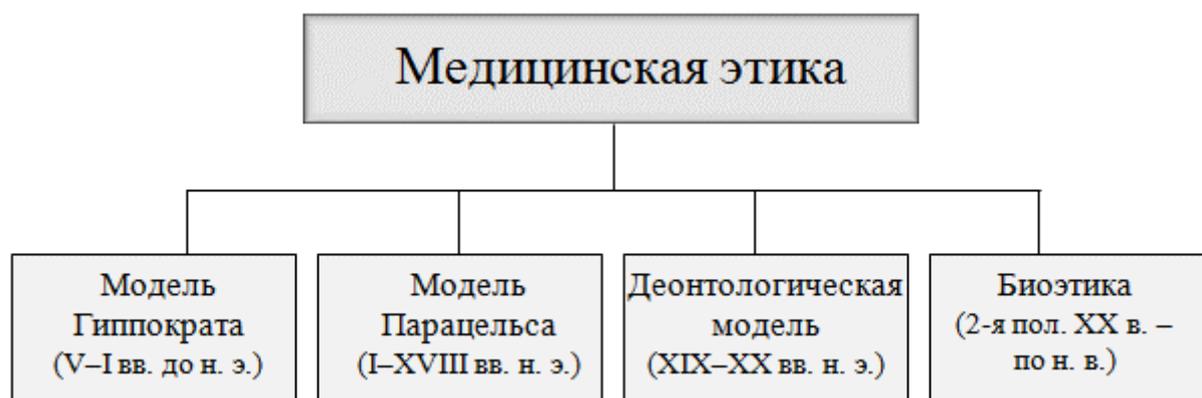


Рисунок. Модели взаимодействия медицинского работника с пациентом по Т.Л. Бичампу и Д.Ф. Чилдрессу.

Четвертая модель взаимодействия медицинского работника с пациентом, выделенная Т.Л. Бичампом и Д.Ф. Чилдрессом – биоэтика. В ее основу положен принцип автономии личности и уважения прав и достоинств человека, подчеркивающий важность соблюдения прав и свобод пациента

как личности и, собственно, прав пациента (право на информацию, право выбора и др.) [7]. Как исследовательское направление междисциплинарного характера биоэтика сформировалась в конце 60-х – в начале 70-х гг. прошлого столетия. Сам термин «биоэтика» был предложен американским ученым

В.Р. Поттером в 1969 г. Согласно обнародованной им концепции, биоэтика не только способна объяснять природные феномены, она дает возможность держать под контролем так называемые «опасные знания». В.Р. Поттер называет ее «наукой выживания», которая должна быть не просто наукой, а «новой мудростью», способной объединить два важнейших элемента – биологическое знание и общечеловеческие ценности. Таким образом и объясняется появление термина «биоэтика», произошедшего от др.-греч. βίος – жизнь и ἠθική – поведение, поступки. Однако довольно скоро смысл этого термина изменился. На первый план вышло междисциплинарное исследование антропологических, моральных, социальных и юридических проблем, сопряженных с развитием новейших биомедицинских технологий [4].

На этапе биоэтики возросла общественная роль врача, морально-этическое регулирование его поведения обрело статус международных соглашений. Первым этическим документом международного уровня стал Нюрнбергский кодекс (1947 г.), послуживший основой для принятия Всемирной медицинской ассоциацией Всеобщей декларации прав человека (1949 г.). Со временем были приняты: Хельсинская Декларация (1964 г., 2000 г.), Международные этические принципы биомедицинских исследований ВОЗ (1993 г.), Принципы качественной клинической практики (1996 г.) и Конвенция по правам человека и биомедицине (1997 г.). Эти документы, образующие систему SIDCER (Стратегическая инициатива по развитию потенциала этической экспертизы), были признаны практически всеми государствами [6].

На современном этапе в условиях инновационного развития экономики и общества в целом перед системой высшего медицинского образования остро стоит вопрос не только о технологиях, структуре и о содержании подготовки высококвалифицированных специалистов нового уровня, но и решается задача формирования личностных качеств будущих врачей [5]. В профессио-

нальном образовании наблюдается смещение акцентов с квалификационного подхода, направленного на подготовку узкоотраслевых специалистов к компетентностному, обеспечивающему подготовку широкопрофильных мобильных и социально-адаптированных к современным запросам рынка труда специалистов в области медицины [2]. Первостепенной задачей на пути полноценного овладения медицинской профессией и формирования профессионального мировоззрения современного врача становится обеспечение соответствующих профессиональных компетенций. Приобщение обучающихся медицинских вузов к профессиональной этико-деонтологической культуре дает возможность создавать базис для развития у них способности и готовности заниматься своей будущей профессиональной деятельностью с учетом принятых в современном обществе моральных и правовых норм, правил врачебной этики и деонтологии. Существующие на сегодняшний день особенности работы в медицинской сфере сопряжены с широким внедрением и абсолютизацией лечебно-диагностических технологий, которые сводят к минимуму контакт медицинского персонала и пациента, сокращая время их непосредственного живого общения. В связи с этим проблема этико-деонтологической подготовки будущих врачей не только не теряет актуальности, а, напротив, указывает на необходимость принятия дополнительных мер по ее решению на всех этапах обучения в медицинском вузе и постдипломного образования в целях предупреждения возникновения сбоев в коммуникации по линии «врач-пациент» и несоблюдения основных этических норм [5].

В настоящее время в медицинских вузах используются различные модели этико-деонтологической подготовки обучающихся. Самый распространенный вариант – преподавание основ врачебной этики и деонтологии в рамках отдельной дисциплины «Медицинская биоэтика» как основного источника усвоения знаний об этических нормах в медицинской сфере. Среди недо-

статков данного подхода можно отметить ограниченное наполнение дисциплины, направленное на решение достаточно узкого круга задач, который предполагает усвоение обучающимися фундаментальных знаний об этике и о нормативных документах, регулирующих правовые отношения врача и пациента. По сути, подобное изучение биомедицинской этики – это только первый, «пропедевтический» уровень общетеоретической подготовки, который требует введения второго этапа, направленного на конкретизацию применения изученных общетеоретических положений и имеющего прикладной характер в соответствии с реалиями практической деятельности медицинских работников [5, 8]. Дисциплина «Медицинская биоэтика», расширяет кругозор студентов, но как самостоятельная единица, которая ограничена по времени изучения одним семестром или годом, она не обладает достаточным потенциалом для практического применения полученных знаний. Более рациональным и эффективным, по мнению большинства специалистов, является использование иной модели этико-деонтологической подготовки, представляющей собой интегрированный курс на основе технологии проблемного обучения (Problem-based learning, PBL), которая дает возможность студентам с первых лет обучения решать практические задачи применительно к той или иной клинической ситуации [5]. Именно такая модель этико-деонтологической подготовки используется в ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького». Она обозначена в паспортах и программах формирования обязательных общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, разработанных ведущими педагогами вуза и сформулированных в соответствии с действующими государственными образовательными стандартами. Согласно этим документам в рамках общекультурных и общепрофессиональных компетенций выделены такие компетенции, как «готовность к работе в коллективе, толе-

рантно воспринимать этнические, конфессиональные и культурные различия» (ОК-8) и «способность и готовность реализовывать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности» (ОПК-4) [3]. Освоение этих компетенций по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» обеспечивается целым рядом дисциплин (модулей) и практик: ОК-8 – психология и педагогика, биоэтика; ОПК-4 – биоэтика, медицинская психология, акушерство и гинекология, пропедевтика внутренних болезней, урология, фтизиатрия, эндокринология, факультетская хирургия, клиническая иммунология, педиатрия (пропедевтическая педиатрия), трансплантология, сестринское дело (терапевтический профиль), сестринское дело (хирургический профиль), производственные клинические практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности: «Помощник младшего медицинского персонала», «Помощник палатной медицинской сестры», «Помощник процедурной медицинской сестры», «Помощник врача стационара. НИР» и учебные клинические практики по получению первичных профессиональных умений и навыков: «Уход за больными терапевтического профиля», «Уход за больными хирургического профиля». Таким образом, в ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» этико-деонтологическая подготовка молодых специалистов не только включает освоение общетеоретического материала по данной проблеме, но и использует технологии проблемного обучения и сквозного интегрированного преподавания на клинических кафедрах и при прохождении летней производственной практики, что обеспечивает более качественную подготовку молодых специалистов. В дальнейшем биоэтическое образование по принципу непрерывности продолжается в системе последипломного образования на кафедрах факультета интернатуры и последипломного образования.

Таким образом, сквозное интегрированное обучение, предполагающее исполь-

зование единого системного подхода к освоению знаний, умений и опыта на разных этапах обучения позволяет наилучшим образом решить проблему обеспечения комплексной этико-деонтологической подготовки квалифицированных специалистов. Знания, полученные при прохождении ос-

новного курса «Биоэтики» на теоретических кафедрах медицинского вуза конкретизируются и углубляются при дальнейшем обучении студентов на клинических кафедрах, а затем – на этапе последипломного образования и в процессе последующей профессиональной врачебной деятельности.

### Список литературы

1. Александрова, Д. П. Деонтологические проблемы в контексте биоэтики [Текст] / Д.П. Александрова // Ученые записки Орловского государственного университета. – 2015. – №2 (65). – С. 65–69.
2. Гаврилов, С.Н. Опыт применения проектной педагогической технологии в духовно-нравственном воспитании студентов медицинского вуза [Текст] / С.Н. Гаврилов, С.В. Старцева, А.А. Филозов // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2014. – №38. – С. 98–104.
3. Паспорта и программы формирования компетенций по специальности 31.05.01 Лечебное дело [Текст] / под общ. ред. члена-корреспондента НАМНУ, профессора Г.А. Игнатенко. – Донецк, 2018. – 648 с.
4. Тищенко, П.Д. Что такое биоэтика? [Текст] / П.Д. Тищенко. – М.: Юнеско, 2005. – Режим доступа: [https://iphras.ru/uplfile/ethics/biblio/tish\\_bioeth.html](https://iphras.ru/uplfile/ethics/biblio/tish_bioeth.html)
5. Трофимова, Г.С. Этико-деонтологическая подготовка студентов медицинского вуза на основе компетентностного подхода (на материале дисциплины «Иностранный язык») [Текст] / Г.С. Трофимова, Т.А. Баева, Е.В. Мушенко // Проблемы современного педагогического образования. – 2017. – №57-7. – С. 191–199.
6. Шерова, З.Н. Развитие этики и деонтологии [Текст] / З.Н. Шерова, Д.М. Маматова, А.С. Каттабеков, Г.Х. Ахатова // Молодой ученый. – 2015. – № 22 (102). – С. 312–316.
7. Beauchamp, T.L. Principles of Biomedical ethics [Text] / T.L. Beauchamp, J.F. Childress. – 4-th ed. – Oxford: Oxford Univ. Press, 1994. – 546 p.
8. Kaczmarek, E. Ethical Challenges in the Pharmaceutical Industry. An Outline of Issues [Text] / E. Kaczmarek // Annales. Ethics in Economic Life. – 2015. – Vol. 18. – №3. – P. 99–108. – Режим доступа: [http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2015/2015\\_3\\_kaczmarek\\_99\\_108.pdf](http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2015/2015_3_kaczmarek_99_108.pdf)

*Monogarova N.E., Borodiy K.N., Lukashevich G.M.*

### STUDYING THE BASICS OF PROFESSIONAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN THE SYSTEM OF HIGHER MEDICAL EDUCATION: PROBLEMS AND POSSIBLE SOLUTIONS

*State Educational Organization of Higher Professional Education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

#### **Summary**

At the present stage medical ethics is usually defined through the bioethical model of interaction between a medical worker and a patient. At the stage of the formation of bioethics as a science, the social role of the doctor increased, the moral and ethical regulation of his behavior acquired the status of international agreements. Taking into account current trends in the field of higher medical education, the primary task on the path to full mastery of the medical profession and the formation of a professional worldview of a doctor has become the provision of appropriate general cultural, general professional and professional competencies that are inextricably linked with the process of ethical and deontological training of young specialists.

**Key words:** *medical ethics, deontology, higher medical education.*

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

**Моногарова Н. Е.**

д.мед.н., проф., заведующая кафедрой факультетской терапии им. проф. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, kaf\_vnutr\_med@mail.ru (концепция и научное редактирование статьи).

**Бородий К. С.**

к. мед. н., доцент кафедры факультетской терапии им. проф. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, ksunka0101@yandex.ru (написание текста статьи).

**Лукашевич Г. М.**

ассистент кафедры факультетской терапии им. проф. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, kaf\_vnutr\_med@mail.ru (сбор и анализ данных литературы, обработка материала).

### 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;
- Долевое участие авторов.

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. Музалков. - 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.

**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.

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-ФЗ // *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.