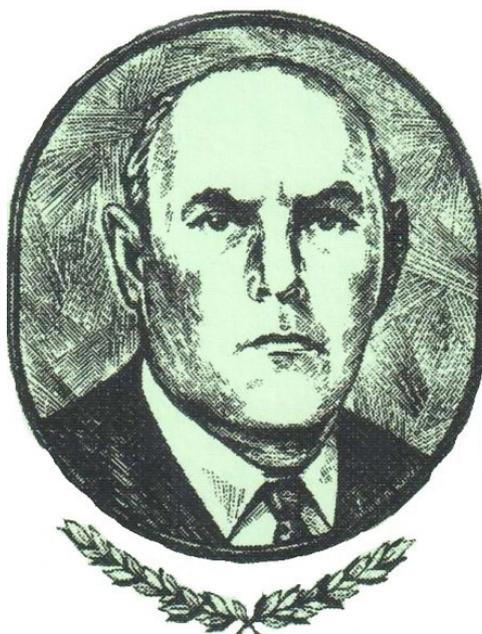


Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького»



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

«TORSUEV'S READING»

2022 № 4 (38)

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.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Игнатенко Г.А., Киосева Е.В., Милус И.Е.** Паттерны личностных черт и копинг-стиль у студентов с аллергическими заболеваниями кожи 8
- Проценко Т.В., Кишеня М.С., Провизион А.Н.** Клинико-иммунологическая эффективность комплексной терапии больных себорейным кератозом 16

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

- Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А., Кухто А.П., Луценко Ю.Г.** Исходы реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей у больных с критической ишемией и мультифокальным атеросклерозом на фоне трофических язв24
- Боряк С.А., Тахташов И.Р.** Клинико-дерматоскопические сопоставления у больных атопическим дерматитом при различных типах лактозной непереносимости.....31
- Забродняя В.К., Соболева А.А., Чайковская И.В.** Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у пациентов с сахарным диабетом.....39
- Павленко М.Ю., Бугорков И.В., Чайковская И.В.** Клинический случай применения составного импланта эндопротеза для замещения тотального дефекта нижней челюсти.....48
- Тахташов И.Р., Боряк С.А.** Клинические аспекты проблемы биологически ложноположительных реакций на сифилис.....54

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Небесная Л.В.** Медицинский лабораторный чек-ап.....61
- Проценко О.А., Корчак И.В.** Ятрогенные заболевания в практике дерматовенеролога и косметолога.....64

ПРОБЛЕМЫ КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- Лукьянченко Е.Н.** Коррекция периорбитальной области с помощью нитевого лифтинга..... 67

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

- Базиян-Кухто Н. К., Кухто А. П.** Преподавание – деятельность преподавателя.....70
- Проценко О.А., Проценко Т.В., Боряк С.А., Тахташов И.Р.** Эффективность применения дебрифинга и других интерактивных технологий обучения при подготовке в ординатуре по дерматовенерологии..... 74

ПО СЛЕДАМ КОНФЕРЕНЦИЙ..... 78

ТЕЗИСЫ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

- Анохина В.А.** Влияние продуктов с высоким гликемическим индексом на течение акне.....82
- Арешидзе А.И.** Особенности клиники и лечения простого герпеса у новорожденных.....83
- Божко Д.Н.** Оценка эффективности биоколлагенового комплекса «Tutoratch» в лечении болезни Пейрони.....85
- Валихметова Д.В., Федотенко С.А.** Очаговая алопеция у ребенка на фоне соматической патологии.....87
- Верич О.М., Евтушенко О.В., Евтушенко В.А.** Наш опыт лечения перфораций герпетических язв роговицы.....89
- Волошина Е.А.** Периоральный дерматит у пациента с атопическим анамнезом.....91
- Гаруст Ю.В.** Особенности клиники псориаза у женщин с климактерическим синдромом.....93
- Голубов Т.К.** Особенности клинической картины и лечения поражения роговицы вирусом герпес-зостер.....95

Содержание

Горбенко А.С. Оценка ситуативной и личностной тревожности у больных атопическим дерматитом	97
Зиаур С.-Т.Р. Отношение к проблеме «здоровая кожа» (по результатам анкетирования).....	98
Зубаревская О.А. Особенности ухода за кожей волосистой части головы у больных гнездной алопецией.....	100
Казарян К.Т. Особенности соматической патологии у пациентов медицинских косметологических центров.....	101
Кошеленко К.С. Случай рецидивирующего течения кольцевидной эритемы у ребенка 7 лет.....	103
Краснощеких А.В. Клинико-дерматоскопические особенности розацеа у больных различными формами тиреоидита.....	105
Логунов П.В. Особенности дерматологической патологии у больных сахарным диабетом.....	106
Лыгина Ю.А., Мельник К.В. К вопросу о заболеваемости болезнью Лайма на территории Донецкой Народной Республики.....	107
Мельник К.В. Особенности эпидемического процесса заразного акародерматита среди населения г. Макеевки.....	108
Пенделя Н.М. Случай герпетиформного дерматита Дюринга.....	109
Проценко О.И., Бондаренко Э.В. Опыт применения дерматокосметических средств Green Laboratory по уходу за лицом у больных угревой болезнью.....	111
Сердюк Е. Б. Влияние угревой сыпи на качество жизни женщин.....	112
Чучина В.А. Распространенный себорейный дерматит у онкологического больного.....	113
Шпатусько М.Н. Случай редкой формы алопеции у больной атопическим дерматитом.....	115

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей	116
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления	118

Contents

ORIGINAL RESEARCH

- Ignatenko G. A., Kioseva E. V., Milus I. E.** Patterns of personality traits and coping style in students with allergic skin diseases..... 8
- Protsenko T.V., Kishenya M.S., Provizion A.N.** Clinical and immunological evaluation of the efficiency of treatment of patients with seborrheic keratosis.....16

CLINICAL CASES, PRACTICE OBSERVATIONS

- Baziyan-Kukhto N.K., Ivanenko A.A., Kukhto A.P., Lutsenko Yu.G.** Outcomes of revascularizing surgery on lower limb arteries in patients with critical ischemia and multifocal atherosclerosis against the background of trophic ulcers.....24
- Boryak S.A., Takhtashov I.R.** Clinical and dermatoscopic comparisons in patients with atopic dermatitis with various types of lactose intolerance.....31
- Zabrodnyaya V.K., Soboleva A.A., Chaikovskaya I.V.** Complex treatment of chronic generalized periodontitis in patients with diabetes mellitus.....39
- Pavlenko M.Y., Bugorkov I.V., Tchaikovsky I.V.** A clinical case of the use of a composite implant of an endoprosthesis to replace a total defect of the lower jaw.....48
- Takhtashov I.R., Boryak S.A.** Clinical aspects of the problem of biologically false-positive serological reactions for syphilis.....54

FOR DERMATOLOGIST AND GENERAL PRACTITIONERS

- Nebesnaya L.V.** Medical laboratory check-up61
- Protsenko O.A., Korchak I.V.** Iatrogenic diseases in the practice of a dermatovenerologist and cosmetologist.....64

PROBLEMS OF COSMETOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE

- Lukyanchenko E.N.** Correction of the periorbital region using thread lifting.....67

PROBLEMS OF HIGHT SCHOOL'S PEDAGOGY

- Baziyan-Kuhto N.K., Kuhto A.P.** Teaching – activities of the teacher.....70
- Protsenko O.A., Protsenko T.V., Boryak S.A., Takhtashov I.R.** The efficiency of use of debriefing and other interactive learning technologies when training in residence in dermatovenerology.....74

FOLLOWING THE CONFERENCES.....78

ABSTRACTS OF YOUNG SCIENTISTS CONFERENCE

- Anokhina V.A.** Effects of high glycemic index foods on acne.....82
- Areshidze A.I.** Features of the clinic and treatment of herpes simplex in newborns.....83
- Bozhko D.N.** Evaluation of the effectiveness of the biocollagen complex “Tutopatch” in the treatment of Peyronie’s disease.....85
- Valikhmetova D.V., Fedotenko S.A.** Focal alopecia in a child on the background of somatic pathology.....87
- Verich O.M., Evtushenko O.V., Evtushenko V.A.** Our experience in the treatment of perforations of herpetic corneal ulcers.....89
- Voloshina E.A.** Perioral dermatitis in a patient with an atopic history.....91
- Garust Yu.V.** Features of the clinic of psoriasis in women with menopausal syndrome.....93
- Golubov T.K.** Features of the clinical picture and treatment of corneal lesions with the herpes-zoster virus.....95

Contents

Gorbenko A.S. Assessment of situational and personal anxiety in patients with atopic dermatitis.....	97
Ziaur S.-T.R. Attitude towards the problem of «healthy skin» (according to the results of the survey)...	98
Zubarevskaya O.A. Features of scalp care in patients with alopecia areata.....	100
Kazaryan K.T. Features of somatic pathology in patients of medical cosmetology centers.....	101
Koshelenko K.S. A case of recurrent course of annular erythema in a 7-year-old child.....	103
Krasnoshchekikh A.V. Clinical and dermatoscopic features of rosacea in patients with various forms of thyroiditis.....	105
Logunov P.V. Features of dermatological pathology in patients with diabetes mellitus.....	101
Lygina Yu.A., Melnik K.V. On the issue of the incidence of Lyme disease in the territory of the Donetsk People's Republic.....	107
Melnik K.V. Features of the epidemic process of infectious acarodermatitis among the population of Makeevka.....	108
Pendel N.M. A case of Duhring's dermatitis herpetiformis.....	109
Protsenko O.I., Bondarenko E.V. Experience in the use of Green Laboratory dermatocosmetics for face care in patients with acne.....	111
Serdyuk E. B. The effect of acne on the quality of life of women.....	112
Chuchina V.A. Generalized seborrheic dermatitis in a cancer patient.....	113
Shpatusko M.N. A case of a rare form of alopecia in a patient with atopic dermatitis.....	115

INFORMATION FOR AUTHORS

Requirements for registration of articles	116
Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003). Bibliographic record. Bibliographic description: General requirements and rules compiling	118

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Современная медицина требует, чтобы врач был широко образованным, с высоким культурным уровнем и диапазоном знаний, выходящим за пределы его специальности. Древние китайские мудрецы говорили, что знания, которые не совершенствуются, не используются, убывают с каждым днем. А известный польский ученый и врач Т. Келановский писал, что врача, который не заглядывает в книгу, следует остерегаться больше, чем болезни.

Одной из важнейших задач в подготовке и усовершенствовании врача любой специальности, помимо приобретения и накопления опыта и знаний, является развитие клинического мышления. Мыслить клинически – это значит через призму болезни уметь увидеть конкретного больного в данное время и выбрать оптимальный минимум болезнь-модифицирующих воздействий. С каждым десятилетием жизни пациенты приобретают те или иные болезни, которые могут изменять классическое течение патологии. Проблема полиморбидности и коморбидности актуальна во всех разделах клинической медицины. «Лечить больного, а не болезнь», уметь наладить коммуникативные связи с больным и с коллегами, задействованными в лечении больного в данное время - все это и есть искусство врачевания, которому учатся всю профессиональную жизнь.

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

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

Т.В. Проценко

УДК 616.89: 616.5-009

Игнатенко Г.А., Киосева Е.В., Милус И.Е.

ПАТТЕРНЫ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ И КОПИНГ-СТИЛЬ У СТУДЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

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

Резюме

Цель – определить паттерны личностных черт и копинг-стиль у студентов с аллергическими заболеваниями кожи, в том числе АД, для ранней диагностики и лечения.

Материал и методы: информационно-аналитический, клинико-anamnestический, психодиагностический, математико-статистический.

Результаты. Изучение акцентуаций характера у студентов выявило превалирование лиц с патохарактерологическими чертами среди обследуемых ОГ, а именно – 69,6% среди девушек и 74,4% – юношей, по сравнению с ГС, в которой соответствующие показатели составляли 51,6% и 57,9% соответственно, $p < 0,05$. В структуре стресс-преодолевающего поведения среди девушек-студенток из ОГ было большее количество опрашиваемых с высоким уровнем напряженности по типам дистанцирования ($14,9 \pm 3,6$ % в ОГ и 0 % в ГС), поиском социальной поддержки ($22,4 \pm 4,2$ % в ОГ и $6,9 \pm 2,5$ % в ГС и избеганием ($16,4 \pm 3,7$ % и 0% соответственно в ОГ и ГС), большой удельный вес среди опрашиваемых ОГ обнаружен по самоконтролю ($52,2 \pm 5,0$ % в ОГ и $31,0 \pm 4,6$ % в ГС). В структуре копинг-стратегий у юношей обнаружено большее количество опрашиваемых с высоким уровнем напряженности в ОГ по типам дистанцирования ($4,9 \pm 2,2$ % в ОГ и 0 % в ГП), поиском социальной поддержки и избеганием ($7,3 \pm 2,6$ % и $9,8 \pm 3,0$ % в ОГ и по 0 % в ГП соответственно).

Выводы. Анализ личностных и поведенческих особенностей у студентов с АД учитывал психические ассоциации: конструктивно-социальный и конструктивно-интернальный типы как психостабилизирующие, пассивно-избегающий и деструктивно-социальный – как дестабилизирующие и пассивно-социальный, игравший промежуточную роль. Особенностью студентов с АД было превалирование дестабилизирующих и промежуточных ассоциаций. Личностные и поведенческие особенности, их психические ассоциации выступают мишенями медико-психологических интервенций. Полученные данные легли в основу комплексной программы медико-психологической помощи студентам с заболеваниями кожи, в том числе с АД.

Ключевые слова: *аллергические заболевания кожи, дезадаптационные состояния, студенты.*

В современной медицине широкое распространение получили интеграционные тенденции, позволяющие получить целостное представление о патологии человека. Отображением этого процесса выступает раздел медицины – «психодерматология»,

где определена связь с психологическими особенностями, которые лежат в основе начала, течения и терапии дерматозов.

Аллергические заболевания кожи, в том числе атопического характера, это серьезная междисциплинарная медицин-

ская проблема, с которой встречаются в повседневной практике врачи различных специальностей.

Атопический дерматит (АД) сегодня рассматривается как системное заболевание, поскольку в патологический процесс вовлекается не только кожа, но и другие органы и системы [9]. По данным различных эпидемиологических исследований, заболеваемость АД колеблется от 6,0 до 25,0 на 1000 населения и имеет тенденцию к увеличению. Так, в начале 60-х годов распространенность АД составляла не более 3%. На сегодняшний день распространенность заболевания в детской популяции США достигла 17,2%, у детей в Европе – 15,6%, а в Японии – 24%. [8]. Наблюдается склонность к патоморфозу и более тяжелому течению дерматоза, что приводит к ограничению жизнедеятельности и социально-психологической дезадаптации пациентов [10, 11]. В последние годы отмечают увеличение частоты распространенных форм АД (86%); присоединение вторичного инфицирования кожи как у больных детской экземой (55,3%), так и АД (27,0%); увеличение количества больных с торпидным течением заболевания 36,4%; распространение инвалидизирующих форм (17,7%); высокая частота обострений кожного процесса – от 6 до 12 раз в год (29,0 – 45,9 %) [8, 9].

Учитывая распространенность АД среди подростков и молодежи, тенденцию к тяжелому течению и формированию дезадаптационных состояний, определение психоэмоциональных стрессоров как триггеров обострений дерматоза, изучение влияния психологических факторов на течение АД является одним из приоритетных направлений в терапии аллергических заболеваний кожи, в том числе АД [1, 2].

В свою очередь, психоадаптационные нарушения в структуре заболеваний кожи оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, сопровождаются формированием диссонантных отношений с окружающими [4]. Доминирующую роль в коррекции ко-

морбидных дезадаптационных состояний и заболеваний кожи играет психотерапия и психопревенция, а в их предупреждении – психообразование [3, 6].

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования.

Цель – определить паттерны личностных черт и копинг-стиль у студентов с аллергическими заболеваниями кожи, в том числе АД, для ранней диагностики и лечения.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, при условии информированного согласия, в 2018-2021 учебных годах, с целью ранней диагностики аллергических заболеваний кожи, в том числе атопического характера, и личностных паттернов у студенческой молодежи ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, было проведено комплексное обследование 112 студентов младших курсов университета с аллергическими заболеваниями кожи. Исследование проводили среди юношей и девушек в возрасте от 17 до 21 года. Основная группа (ОГ, 69 девушек и 43 юноши) и 52 практически здоровых студента, которые составили группу сравнения (ГС, 31 девушка и 19 юношей).

Индивидуально-личностные характеристики изучали с помощью Патохарактерологического диагностического опросника для подростков (ПДО) (по Н.Я. Иванову, А.Е. Личко, 1995) [5].

Для изучения присущих контингенту копинг-стратегий применяли Опросник способов совладания (ОСС) WCQ (Ways of Coping Questionnaire; Р. Лазарус С. Фолкман; адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2007) [7].

Математико-статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета программ «Statistica for Windows 10.0».

Изучение акцентуаций характера у студентов выявило превалирование лиц с патохарактерологическими чертами среди обследуемых ОГ, а именно – 69,6% среди девушек и 74,4% – юношей, по сравнению с ГС, в которой соответствующие показатели составляли 51,6% и 57,9% соответственно,

$p < 0,05$.

В структуре акцентуаций ОГ среди девушек преобладали астено-невротический (20,9%), истероидный (13,4%) и лабильный типы (11,9%), среди юношей – астено-невротический (22,0%) и гипертимный типы (17,1%). В ГС доминирующими акцентуациями у девушек были гипертимная (17,2%) и сензитивная (13,8%), тогда как у юношей – гипертимная (26,3%).

Среди девушек ОГ, по сравнению с юношами ГС, количество опрашиваемых с астено-невротическим и лабильным типом акцентуации было больше (20,9% в ОГ и 6,9% в ГС; 11,9% в ОГ и 0% в ГС, $p < 0,05$). У юношей отличия обнаружены по гипертимному типу – большая доля лиц в ГС (26,3%), в отличие от ОГ (17,1%), астено-невротическим и эпилептоидным типами, где наоборот было большее количество студентов в ОГ (22,0%) в ОГ и 5,3% в ГС, 7,3% в ОГ и 0% в ГС, $p < 0,05$).

Выявлены различия в структуре акцентуаций между девушками и юношами в ОГ: у юношей была большей часть лиц с гипертимным и эпилептоидным типами ($p < 0,05$).

Анализ выраженности типов копинга у опрашиваемых выявил отличия степени их проявления между студентами в ОГ и ГС.

У девушек из ОГ, по сравнению с девушками ГС, выше были уровни копинга, ориентированного на конфронтацию (7,4 ± 4,3 балла в ОГ и 4,4 ± 2,8 балла в ГС), дистанцирование (7,6 ± 4,0 и 4,6 ± 2,6 балла в ОГ и ГС соответственно), самоконтроль (6,4 ± 3,7 балла в ОГ и 3,9 ± 2,5 балла в ГС), поиск социальной поддержки (в ОГ 8,4 ± 4,0 балла и в ГС 5,6 ± 3,4 балла), принятие ответственности (6,0 ± 3,2 и 4,0 ± 2,5 балла соответственно в ОГ и ГС) и избегание (7,6 ± 3,8 балла в ОГ и 4,9 ± 3,1 балла в ГС), $p < 0,01$ и планирование решения проблемы (5,0 ± 3,2 и 3,8 ± 2,5 балла в ОГ и ГС, соответственно), $p < 0,05$.

У юношей из ОГ, по сравнению с юношами ГС, большей напряженностью копинга отмечалась конфронтация (6,9 ± 3,7 балла в ОГ и 5,3 ± 2,6 балла в ГС), дистанцирование (6,1 ± 3,5 и 4,1 ± 2,9 балла в ОГ и ГС соот-

ветственно), самоконтроль (6,4 ± 4,5 балла в ОГ и 4,2 ± 2,6 балла в ГС), поиск социальной поддержки (в ОГ 6,4 ± 4,0 балла и в ГС 4,4 ± 2,4 балла), избегание и положительное переоценивание (6,3 ± 3,8 и 5,6 ± 3,3 балла в ОГ и 4,4 ± 2,2 и 5,0 ± 2,2 балла в ГС соответственно), $p < 0,05$.

Выявлены различия в напряженности копинг-стратегий в зависимости от пола, а именно – более высокая выраженность у девушек по сравнению с юношами в ОГ, дистанцирование (7,6 ± 4,0 балла у девушек и 6,1 ± 3,5 балла у юношей), поиск социальной поддержки (соответственно 8,4 ± 4,0 и 6,4 ± 4,0 балла у девушек и юношей) и избегание (7,6 ± 3,8 балла у девушек и 6,3 ± 3,8 балла у юношей), тогда как у юношей из данной группы больше были показатели положительной переоценки (5,6 ± 3,3 балла у юношей и 4,6 ± 2,8 балла у девушек). В ГС отличия касались высших уровней проявления планирования решения проблемы и положительной переоценки стрессовой ситуации у юношей по сравнению с девушками (5,1 ± 2,5 и 5,0 ± 2,2 балла у юношей и 3,8 ± 2,5 и 3,8 ± 2,5 балла у девушек).

В структуре стресс-преодолевающего поведения среди девушек-студенток из ОГ было большее количество опрашиваемых с высоким уровнем напряженности по типам дистанцирования (14,9 ± 3,6% в ОГ и 0% в ГС), поиском социальной поддержки (22,4 ± 4,2% в ОГ и 6,9 ± 2,5% в ГС) и избеганием (16,4 ± 3,7% и 0% соответственно в ОГ и ГС). Типы копингов дистанцирование и поиск социальной поддержки среди девушек в ОГ также имели большую долю лиц по среднему уровню напряженности (49,3 ± 5,0% и 49,3 ± 5,0% в ОГ и 27,6 ± 4,5% и 31,0 ± 4,6% в ГС), кроме того, больший удельный вес среди опрашиваемых ОГ обнаружен по самоконтролю (52,2 ± 5,0% в ОГ и 31,0 ± 4,6% в ГС).

В структуре копинг-стратегий у юношей обнаружено большее количество опрашиваемых с высоким уровнем напряженности в ОГ по типам дистанцирования (4,9 ± 2,2% в ОГ и 0% в ГС), поиском социальной поддержки и избеганием (7,3 ± 2,6% и 9,8 ±

3,0 % в ОГ и по 0 % в ГП соответственно), со средним уровнем напряженности – поиском социальной поддержки ($51,2 \pm 5,0$ % в ОГ и $26,3, \pm 4,4$ % в ГС).

При сравнении удельного веса лиц с разными уровнями напряженности копинг-стратегий между девушками и юношами в каждой группе установлено, что у юношей в ОГ было большее количество опрашиваемых с высокой напряженностью самоконтроля ($19,5 \pm 4,0$ % у юношей и $6,0 \pm 2,4$ % у девушек) и средней напряженностью – конфронтации ($53,7 \pm 5,0$ % и $37,3 \pm 4,8$ % у юношей и девушек соответственно) и принятие ответственности ($43,9 \pm 5,0$ % у юношей и $35,8 \pm 4,8$ % у девушек). В ГС среди юношей было большее количество лиц с низ-

ким уровнем напряженности поиска социальной поддержки и избегания (показатели $73,7 \pm 4,4$ % у юношей и $62,1 \pm 4,9$ % у девушек по каждой из шкал).

Анализ личностных и поведенческих паттернов у студентов с заболеваниями кожи, в том числе с АД помимо оценки отдельных показателей позволил выявить ассоциации психических свойств, определенного стиля или типа реагирования. На основании данных клинко-психологического интервью, наблюдения в динамике, результатов психодиагностического обследования были выделены следующие типы: конструктивно-социальный, конструктивно-интернальный, пассивно-социальный, пассивно-избегающий и деструктивно-социальный (табл.).

Таблица

Характеристики психотипов на основе акцентуации характера и стратегий стресс преодолеляющего поведения

Психотип	Интрапсихические признаки	Поведенческие признаки
Конструктивно-социальный	Нормотимия Адекватная самооценка Высокий жизненный тонус Активность Оптимизм Коммуникабельность	Привлечение внешних ресурсов Поиск информации, эмоциональной и действенной поддержки от окружающих
Конструктивно-интернальный	Нормотимия Низкая тревожность Адекватная самооценка Коммуникабельность Активность Организованность	Сдерживание отрицательных эмоций Признание собственной роли в возникновении проблем Анализ ситуации Планирование собственных действий Поиск положительных аспектов ситуации
Пассивно-социальный	Предрасположенность к гипотимии Высокий уровень тревожности Низкая самооценка Утомляемость Сензитивность Нерешительность Избегание ответственности Несамостоятельность	Привлечение внешних ресурсов Поиск информации Поиск эмоциональной и действенной поддержки от окружающих Ожидание внешней поддержки

Пассивно-избегающий	<p>Предрасположенность к гипотимии</p> <p>Высокий уровень тревожности</p> <p>Низкая самооценка</p> <p>Замкнутость</p> <p>Некоммуникабельность</p> <p>Склонность к фантазированию</p> <p>Избегание ответственности</p>	<p>Рационализация</p> <p>Переключение внимания, отвлечение</p> <p>Отстранение от ситуации</p> <p>Обесценивание значимости событий</p> <p>Возражение проблеме</p> <p>Фантазирование</p> <p>Неоправданные ожидания</p>
Деструктивно-социальный	<p>Склонность к дисфории</p> <p>Эгоцентризм</p> <p>Завышенная самооценка</p> <p>Раздражительность</p> <p>Импульсивность</p> <p>Высокая напряженность аффектов</p>	<p>Противостояние</p> <p>Активное отстаивание собственных интересов</p>

К конструктивно-социальному типу были отнесены опрашиваемые, у которых в акцентуационном профиле определялись гипертимные, сензитивные, циклоидные черты и как доминирующая стратегия копинга применялся поиск социальной поддержки.

Конструктивно-интернальный тип характеризовался сочетанием гипертимных, сензитивных, циклоидных черт с такими формами стресс преодолеляющего поведения как самоконтроль, принятие ответственности, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

Пассивно-социальный тип базировался на акцентуациях по лабильному, психастеническому и астено-невротическому типам и копинг-стратегиям поиска социальной поддержки и дистанцирования.

К пассивно-избегающему типу были отнесены опрашиваемые с лабильными, астено-невротическими, сензитивными и шизоидными чертами в сочетании с копингом, ориентированным на дистанцирование и избегание.

Для деструктивно-социального типа характерны психастенические, гипертимные, циклоидные, epileптоидные и истероидные черты при их ассоциации со стратегией конфронтации.

По данным о распределении опрашиваемых ОГ и ГС в зависимости от психотипа, выявлены различия в структуре психотипов у студентов в ОГ и ГС. В ОГ было меньшее

количество опрашиваемых как среди юношей, так и среди девушек, по сравнению с ГС, по конструктивно-социальному типу ($19,4 \pm 4,0\%$ у девушек и $17,1 \pm 3,8\%$ – юношей в ОГ и $51,7 \pm 5,0\%$ у девушек и $47,4 \pm 5,0\%$ – юношей в ГС, $p < 0,05$). Также среди девушек в ОГ было больше опрашиваемых с пассивно-избегающим типом, в отличие от сверстников в ГС ($34,3 \pm 4,7\%$ в ОГ и $13,8 \pm 3,4\%$ в ГС, $p < 0,05$).

Конструктивно-социальный и конструктивно-интернальный типы были отнесены к психостабилизирующим, пассивно-избегающий и деструктивно-социальный – к дестабилизирующим, тогда как пассивно-социальный занимал промежуточное положение. Обобщив результаты, получили, что в ОГ на долю стабилизирующих паттернов приходилось у девушек $29,9 \pm 4,6\%$ и у юношей – $31,7 \pm 4,7\%$, промежуточных – $26,9 \pm 4,4\%$ у девушек и $29,3 \pm 4,5\%$ у юношей, дестабилизирующих – $43,3 \pm 5,0\%$ и $39,0 \pm 4,9\%$ соответственно. В то время как в ГС показатели были такими: стабилизирующие паттерны обнаружены у $65,5 \pm 4,8\%$ девушек и $63,2 \pm 4,8\%$ юношей, промежуточные – у $17,2 \pm 3,8\%$ девушек и $15,8 \pm 3,6\%$ юношей, дестабилизирующие соответственно – у $17,2 \pm 3,8\%$ и $21,1 \pm 4,1\%$. Существенной была разница, а именно, преобладание стабилизирующих паттернов у опрашиваемых в ГС среди юношей и девушек и дестабилизирующих – у девушек в ОГ.

Выводы

Таким образом, изучение паттернов личностных черт и копинг-стиля у студентов с заболеваниями кожи, в том числе с АД, выявило существенные различия в структуре акцентуаций характера по сравнению с практически здоровыми сверстниками, а именно – преобладание лабильного и астено-невротического типов у девушек и астено-невротического и эпилептоидного – у юношей, что с одной стороны, в свете психосоматической медицины может свидетельствовать о повышенной склонности определенных психотипов к развитию ряда заболеваний, а с другой – о вероятности углубления имеющихся дезадаптивных психических паттернов (невротизация) и нейрорпсихологических состояний (резидуальные органические расстройства).

У студентов, болевших АД, напряженность стратегий стресс-преодолевающего поведения была выше по сравнению с практически здоровыми сверстниками, и имелись различия в выборе копинг-поведения в

зависимости от пола.

Наличие большей части опрашиваемых с высокими уровнями напряженности по типам дистанцирования и избегания среди студентов с АД свидетельствует о недостаточности адаптационного ресурса.

Анализ личностных и поведенческих особенностей у студентов с АД учитывал психические ассоциации: конструктивно-социальный и конструктивно-интернальный типы как психостабилизирующие, пассивно-избегающий и деструктивно-социальный – как дестабилизирующие и пассивно-социальный, игравший промежуточную роль. Особенностью студентов с АД было превалирование дестабилизирующих и промежуточных ассоциаций.

Личностные и поведенческие особенности, их психические ассоциации выступают мишенями медико-психологических интервенций. Полученные данные легли в основу комплексной программы медико-психологической помощи студентам с заболеваниями кожи, в том числе с АД.

Список литературы

1. Александровский, Ю. А. Состояния психической адаптации и невротические расстройства [Текст] / Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 52 с.
2. Алмазов, Б.П. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних [Текст]: монография / Б. Н. Алмазов – 2-е изд. – М.: Издательство Юрайт, 2019 – 180с.
3. Артеменков, А. А. Комплексная программа оздоровления студентов с дезадаптивными расстройствами [Текст] / А. А. Артеменков // Российский медицинский журнал. – 2017. – Т. 23, № 3. – С. 142-147.
4. Балабанова, А. М. Особенности адаптации студентов в вузе [Текст] / А. М. Балабанова // Молодой ученый. — 2018. — №14. — С. 254-256.
5. Иванов, Н.Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков [Текст] / Н. Я. Иванов, А. Е. Личко. – М.: «Фолиум», 1995. – 64 с.
6. Киосева, Е.В. Медико-психологическая характеристика и психопревенция адаптационных нарушений у студенческой молодежи (симптоматология, патофизиология, аддиктивный фон, копинг-стратегии, генодиспозиционная коммуникация) [Текст]: дис. докт. мед. наук: 19.00.04 / Киосева Елена Викторовна. – ХМАПО МЗ Укр. – Х., 2017. – 354 с.
7. Крюкова, Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) [Текст] / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93—112.
8. Ревякина, В. А. Атопическая болезнь: диагностика, терапия, профилактика [Текст] / В.А. Ревякина // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – № 4. – С. 55—58.
9. Смирнова, Г. И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей [Текст] / Г. И. Смирнова. – М., 2006. – 130 с.

10. Смулевич, А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств [Текст]: учебное пособие / А. Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208.
11. Смулевич, А.Б. Психокardiология [Текст] / А. Б. Смулевич [и др.]. – М., 2005 – 784 с.

Ignatenko G. A., Kioseva E. V., Milus I. E.

PATTERNS OF PERSONALITY TRAITS AND COPING STYLE IN STUDENTS WITH ALLERGIC SKIN DISEASES

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

Summary

Purpose - to determine the patterns of personality traits and coping style in students with allergic skin diseases, including AD, for early diagnosis and treatment.

Material and methods: information-analytical, clinical-anamnestic, psychodiagnostic, mathematical-statistical.

Results. The study of character accentuations among students revealed the prevalence of persons with pathocharacterological features among the examined MG, namely, 69.6% among girls and 74.4% among boys, compared with the GS, in which the corresponding figures were 51.6% and 57.9 %, respectively, $p < 0.05$. In the structure of stress-overcoming behavior among female students from the MG, there were more respondents with a high level of tension by types of distancing ($14.9 \pm 3.6\%$ in the MG and 0% in the SG), the search for social support ($22.4 \pm 4.2\%$ in the MG and $6.9 \pm 2.5\%$ in the SG) and avoidance ($16.4 \pm 3.7\%$ and 0%, respectively, in the MG and SG), a larger share among the respondents in the MG was found in self-control ($52.2 \pm 5.0\%$ in the MG and $31.0 \pm 4.6\%$ in the SG). In the structure of coping strategies among young men, a greater number of respondents with a high level of tension in the MG by types of distancing were found ($4.9 \pm 2.2\%$ in MG and 0% in SH), seeking social support and avoidance ($7.3 \pm 2.6\%$ and $9.8 \pm 3.0\%$ in MG and 0% in SH, respectively).

Conclusions. The analysis of personal and behavioral characteristics of students with AD took into account mental associations: constructive-social and constructive-internal types as psycho-stabilizing, passive-avoiding and destructive-social - as destabilizing and passive-social, which played an intermediate role. A feature of students with AD was the prevalence of destabilizing and intermediate associations. Personal and behavioral characteristics, their mental associations are the targets of medical and psychological interventions. The data obtained formed the basis of a comprehensive program of medical and psychological assistance to students with skin diseases, including AD.

Keywords: *allergic skin diseases, maladjustment conditions, students.*

Авторская справка и доленое участие

Игнатенко Г.А. чл.-корр. НАМНУ, д.мед.н., профессор, ректор ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, зав. каф. пропедевтики внутренних болезней ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: (062) 344-44-18 (разработка концепции исследования).

Киосева Е.В. д.мед.н. проф. каф. высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (дизайн работы и научное редактирование статьи).

Милус И.Е. к.мед.н., доц. каф. дерматовенерологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, главный врач Республиканского клинического дерматовенерологического центра МЗ ДНР, тел.+380713040589 (статистическая обработка и анализ материала, написание текста статьи).

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

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ

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

Резюме

Целью исследования была оценка эффективности разработанного комплексного метода лечения больных себорейным кератозом (СК) по анализу ближайших и отдаленных клинических результатов и динамике иммунологических показателей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 94 человек в т.ч. 62 больных СК и 32 человека без СК. СК удаляли как радиоволновым методом, так и криодеструкцией. В основной группе больным наряду с удалением очагов СК применяли аллоферон, метформин, озонотерапию. На мелкие очаги СК наносили 20% азелаиновую кислоту в виде крема.

Результаты. У больных СК выявлены нарушения клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической защиты. Иммунологические нарушения характеризовались депрессией Т- и В-лимфоцитарного звена, активацией цитотоксических лимфоцитов. Наличие единичных и множественных очагов СК имело значимые различия и, вероятно, было обусловлено угнетением иммунореактивности при распространенном характере СК.

Вывод. Лечение заключающееся только в удалении очагов СК не имело эффективных изменений иммунореактивности, а в дальнейшем сопровождалось появлением новых очагов СК, коррекция иммунного статуса с применением иммуномодулирующей терапии приводила к устранению иммунологической недостаточности с протективной активацией Т- и В-клеток и стабильной защитой с участием натуральных киллеров, что характеризовалось более длительной ремиссией.

Ключевые слова: себорейный кератоз, лечение, Т- В-лимфоциты.

Себорейный кератоз (СК) является наиболее распространенной доброкачественной опухолью кожи лиц пожилого возраста, обусловленной инволютивными изменениями кожи [1,3,9]. Проведенными ранее исследованиями было показано, что возникновение и прогрессирование СК наблюдается на фоне местной иммуносупрессии и нарушений дифференцировки кератиноцитов [2,5,6,7,8]. Это объясняет бесперспективность изолированного применения деструктивных методов лечения СК.

Целью работы явилась оценка эффективности разработанного комплексного метода лечения больных СК по анализу ближайших и отдаленных клинических результатов и динамике иммунологических показателей.

Материал и методы

В исследование были включены 62 больных СК, из них 23 - с единичными очагами и 39 – с множественными очагами. Комплексная терапия, наряду с традиционно применяемыми различными мето-

дами деструкции (хирургическое или радиоволновое удаление, крио- или химическая деструкция), включала олигопептид аллоферон, являющийся индуктором синтеза эндогенного интерферона и локальной активации Т-лимфоцитов-киллеров [] (по 1 мл подкожно через день 6 инъекций, 2 курса с интервалом в 2 недели), препарат метаболического действия метформин (по 1000 мг 1 раз в день вечером 3 месяца), озонотерапию.

В зависимости от метода лечения были выделены 2 терапевтические группы: основная группа (33 больных, из них с единичными очагами - 11, с множественными - 22), лечение которых проводили по разработанной методике и группа сравнения (29 больных, из них с единичными очагами - 12, с множественными - 17), у которых проводили только деструкцию очагов.

У всех больных до начала и через 3 месяца после проведенного лечения исследовали иммунологический статус с определением абсолютного и относительного содержания лейкоцитов, методом иммунофенотипирования выделяли CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+ клетки по стандартной методике с использованием тест-систем «Анти-CD3», «Анти-CD4», «Анти-CD8», «Анти-CD16», «Анти-CD22» («Лаборатория Гранум», Харьков). Определяли иммунорегуляторный индекс (ИРИ) по соотношению CD4/CD8 лимфоцитов. Контрольную группу составили 32 человека аналогичного возраста без СК.

Эффективность терапии оценивали по анализу ближайших и отдаленных клинических результатов, динамике иммунологических показателей.

Результаты исследования проанализированы с учетом непараметрических критериев Манна-Уитни и Вилкоксона. Статистическая обработка полученного материала осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение

Анализ результатов исследования абсолютного и относительного количества лейкоцитов у пациентов с СК и лиц контрольной группы статистически достоверных различий не показал. Показатели лейкоцитов находились в пределах нормы и составляли 4,0-9,0·Г/л. Показатели субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови в контрольной, основной и группе сравнения в зависимости от распространения очагов СК на фоне проведенного лечения представлены в таблице.

У больных с СК до лечения количество CD3+ клеток статистически достоверно было ниже в 1,6-1,8 раза в каждой группе, по сравнению с контролем ($p < 0,001$), что свидетельствует об угнетении активности реакций клеточного иммунитета при СК. После лечения установлено достоверное увеличение CD3+ клеток, по сравнению с периодом до лечения ($p < 0,001$). Достоверные различия в эффективности лечения проявлялись в увеличении количества CD3+ клеток в основной группе у больных с единичными и множественными очагами СК в 2,5 и 1,9 раза, и менее выраженной экспрессией в группе сравнения в 1,7 и 1,6 раза, соответственно ($p < 0,001$), вероятно, обусловленной отсутствием фармакологической стимуляции интерфероном. Сравнительный анализ количества CD3+ клеток у пациентов, как с единичными, так и с множественными очагами СК между основной группой и группой сравнения показал достоверное преобладание Т-лимфоцитов в 1,5 и 1,22 раза, соответственно ($p < 0,05$). Характерной особенностью иммунореактивности СК являлось значимое превышение CD3+ клеток у пациентов с единичными очагами СК по сравнению с множественными в 1,34 и 1,1 раза в основной группе и в группе сравнения, что свидетельствовало о более выраженных нарушениях иммунного статуса при наличии множественных очагов СК.

Динамика показателей клеточного и гуморального иммунитета
у больных с себорейным кератозом на фоне лечения

Показатель	Контроль	Основная группа		Группа сравнения	
		Единичные очаги	Множественные очаги	Единичные очаги	Множественные очаги
	1	2	3	4	5
CD3, Г/л					
До лечения					
Me (Q1-Q3) min-max	1,51 (1,46;1,56) 1,34-1,64	0,56 (0,5;0,82)* ^c 0,35-1,02	0,55 (0,38;0,73)* ^f 0,21-0,86	0,57 (0,52;0,73)* ^g 0,33-1,05	0,54 (0,43;0,55)* ^h 0,33-0,82
После лечения					
		1,4 (1,15;1,47)* ^{a c} 0,67-1,6	1,05 (0,98;1,16)* ^d 0,91-1,34	0,95 (0,86;1,1)* ^b 0,73-1,25	0,86 (0,8;0,94)* 0,63-0,99
CD4, Г/л					
До лечения					
	0,62 (0,57;0,67) 0,41-0,81	0,29 (0,26;0,42)* ^c 0,13-0,52	0,22 (0,16;0,31)* ^f 0,07-0,57	0,24 (0,22;0,28)* ^g 0,15-0,48	0,24 (0,2;0,33)* ^h 0,11-0,45
После лечения					
		0,74 (0,69;0,77)* ^{a c e} 0,57-0,81	0,54 (0,51;0,6)* ^{d f} 0,42-0,66	0,45 (0,41;0,47)* ^g 0,32-0,5	0,36 (0,35;0,42)* ^h 0,31-0,55
CD8, Г/л					
До лечения					
	0,36 (0,33;0,38) 0,29-0,44	0,32 (0,28;0,36)* 0,13-0,56	0,22 (0,19;0,32)* 0,09-0,44	0,26 (0,25;0,28)* ^g 0,18-0,48	0,26 (0,23;0,34)* ^h 0,16-0,39
После лечения					
		0,39 (0,38;0,42)* 0,37-0,43	0,4 (0,39;0,42)* ^{d f} 0,37-0,44	0,38 (0,36;0,39) ^g 0,31-0,42	0,35 (0,32;0,38) ^h 0,29-0,42
CD4/CD8					
До лечения					
	1,78 (1,64;1,95) 1,0-2,19	1,0 (0,89;1,05)* ^{c e} 0,81-1,38	0,96 (0,8;1,03)* ^f 0,63-1,52	0,96 (0,91;0,97)* ^g 0,85-1,0	0,91 (0,86;0,97)* ^h 0,68-1,17
После лечения					
		1,88 (1,73;1,94) ^{a c e} 1,5-2,0	1,35 (1,27;1,42)* ^{a d f} 1,14-1,55	1,19 (1,07;1,2)* ^{c g} 1,02-1,28	1,1 (1,0;1,15)* ^{d h} 0,95-1,29
CD16, Г/л					
До лечения					
	0,21 (0,16;0,34) 0,04-0,57	0,28 (0,22;0,44) ^{a c} 0,13-0,73	0,2 (0,13;0,26) ^{a f} 0,07-0,69	0,2 (0,17;0,26) ^g 0,12-0,53	0,22 (0,16;0,28) ^h 0,06-0,61
После лечения					
		0,53 (0,43;0,6)* ^{a c e} 0,36-0,89	0,29 (0,26;0,35)* ^{a f} 0,21-0,71	0,27 (0,27;0,32)* ^g 0,24-0,54	0,3 (0,27;0,33)* ^h 0,26-0,45

CD22, Г/л					
До лечения					
	0,28 (0,14;0,35) 0,07-0,56	0,21 (0,18;0,24) ^a 0,17-0,26	0,18 (0,16;0,2) ^{* a} 0,11-0,32	0,2 (0,17;0,26) 0,17-0,22	0,17 (0,15;0,2) [*] 0,13-0,23
После лечения					
		0,47 (0,44;0,48) ^{* c e} 0,41-0,54	0,36 (0,32;0,39) ^{* d f} 0,27-0,46	0,3 (0,23;0,33) ^{c g} 0,26-0,36	0,26 (0,25;0,31) ^{d h} 0,21-0,39

Примечания: *^{a, b, c, d} - статистически достоверные различия, установленные с помощью критерия Манна-Уитни; ^{e, f, g, h} - достоверные различия, установленные с помощью критерия Вилкоксона; * - различия с показателями в контрольной группе; ^a - различия у больных с единичными и множественными очагами СК в основной группе; ^b - различия у больных с единичными и множественными очагами СК в группе сравнения; ^c - различия у больных с единичными очагами СК в основной группе и группе сравнения; ^d - различия у больных с множественными очагами СК в основной группе и группе сравнения; ^e - различия у больных с единичными очагами СК в основной группе до и после лечения; ^f - различия у больных с множественными очагами СК в основной группе до и после лечения; ^g - различия у больных с единичными очагами СК в группе сравнения до и после лечения; ^h - различия у больных с множественными очагами СК в группе сравнения до и после лечения.

При оценке содержания CD4+ клеток до лечения установлено их статистически достоверное снижение во всех группах исследования в 2,14-2,82 раза в сравнении с контролем ($p < 0,001$) и не имели различий между характером распространения очагов, которое было обусловлено дефицитом CD3+ клеток при СК. После лечения отмечено значимое увеличение количества CD4+ клеток во всех группах. При этом в основной группе с единичными СК содержание CD4+ клеток увеличилось в 2,55 раза ($p = 0,003$), с множественными СК – в 2,45 раза ($p < 0,001$), в группе сравнения уровень CD4+ клеток с единичными и множественными очагами характеризовался менее выраженным увеличением в 1,8 и 1,5 раза, соответственно ($p < 0,001$), свидетельствуя о менее выраженной Т-хелперной активности при наличии множественных очагов СК. Различия в распространенности очагов СК сопровождались достоверным увеличением CD4+ клеток в 1,4 раза у пациентов с единичными очагами ($p < 0,001$). Сравнительный анализ уровня CD4+ клеток между основной группой и группой сравнения показал достоверное увеличение CD4+ клеток в 1,64 раза ($p < 0,001$) у больных с единичными очагами

и в 1,5 раза ($p < 0,001$) – с множественными, что свидетельствовало о стимулирующем влиянии интерферона на экспрессию CD4 рецепторов при иммунологической недостаточности в лечении СК.

У больных с единичными очагами СК в основной группе уровень CD8+ клеток несущественно снижался (в 1,13 раза) в сравнении с контролем ($p = 0,11$), что указывало на достаточную цитотоксическую активность клеток. В остальных группах наблюдения достоверное снижение количества CD8+ клеток свидетельствовало об угнетении их функциональных свойств и цитотоксических эффектов при развитии СК. На фоне лечения больных в основной группе и группе сравнения отмечали увеличение содержания CD8+ клеток с достоверным превышением контрольных значений ($p < 0,001$) в основной группе, но без значимых различий в группе сравнения ($p > 0,05$), подтверждая эффективность стимулирующего влияния интерферона на цитотоксическую активность CD8+ клеток. Сравнительный анализ содержания CD8+ клеток до и после лечения показал значимое увеличение во всех группах наблюдения ($p < 0,05$) за исключением основной группы больных с единичными очагами

СК ($p=0,068$), что объяснялось не столь существенной динамикой количества CD8+ клеток.

О направленности иммунных реакций в большей степени принято судить по величине иммунорегуляторного индекса (ИРИ), который является соотношением CD4/CD8 лимфоцитов. У больных с СК до лечения ИРИ был достоверно ниже в 1,78-1,96 раз во всех группах наблюдения по сравнению с контролем ($p<0,001$), но без различий внутри групп между единичными и множественными очагами распространения СК. После лечения было выявлено достоверное увеличение ИРИ во всех исследованных группах в 1,32-1,62 раза в сравнении с контролем ($p<0,05$) за исключением основной группы с единичными очагами за счет более существенного увеличения ИРИ до 1,88, что было связано со значимым возрастанием удельной доли CD4 и CD8 клеток на фоне комплексного лечения. ИРИ в основной группе больных, как с единичными, так и с множественными очагами достоверно превышали значения индекса в группе сравнения с обоими клиническими вариантами очагов СК. Сравнительный анализ показателей ИРИ до и после лечения показал значимое увеличение во всех группах с преимущественным подъемом в основной группе с единичными и множественными очагами в 1,88 ($p=0,003$) и 1,4 раза ($p=0,005$), соответственно. В группе сравнения с единичными и множественными очагами на фоне лечения ИРИ достоверно увеличивался в 1,24 ($p=0,003$) и в 1,21 ($p<0,001$) раза, соответственно, демонстрируя более высокую эффективность лечения с применением комплексного иммуномодулирующего лечения.

Количество CD16+ клеток у пациентов с СК всех исследованных групп не имело достоверных различий с контрольными значениями ($p>0,05$, для всех наблюдений), при этом диапазон величин составлял от 0,13 до 0,73 Г/л, тем самым, указывая на активное участие CD16+ клеток в противоопухолевой защите при СК, что наиболее выражено у больных основной группы с наличием единичных очагов. После лечения количество натуральных

киллеров достоверно увеличилось в 1,3-2,5 раза по сравнению с контролем ($p<0,05$) и более значительно в основной группе с наличием единичных очагов СК. Сравнение уровня CD16+ клеток до и после лечения с помощью критерия Вилкоксона показало достоверное увеличение иммунологического показателя в основной группе с единичными очагами в 1,9 раза ($p=0,003$), с множественными очагами – в 1,45 раза ($p<0,001$), в группе сравнения с единичными очагами в 1,35 раза ($p=0,003$) и с множественными очагами – в 1,36 раза ($p=0,022$), указывая на усиление цитотоксических эффектов на фоне иммуномодулирующей терапии, направленных по отношению к инфицированным вирусом клеткам и опухолевым клеткам.

Оценивая диагностическое значение количества В-лимфоцитов иммунологическому маркеру CD22, можно судить о его роли в реализации гуморального иммунитета с продукцией антител в конечном итоге. У больных с СК в периоде до лечения уровень экспрессии CD22+ клеток был снижен, но показатели статистической значимости продемонстрированы при сопоставлении контрольных величин и значений маркера CD22 у больных с наличием множественных очагов в основной группе и группе сравнения ($p=0,028$). Сравнение медианных значений количества CD22+ клеток у больных с единичными и множественными очагами в основной группе также показало значимые различия ($p=0,027$), выразившиеся в увеличении экспрессии CD22 у больных с единичными очагами. После лечения СК ситуация с динамикой CD22 изменилась и имела более направленный характер. Была определена тенденция увеличения количества CD22+ клеток в основной группе с единичными и множественными очагами в 1,68 ($p<0,001$) и 1,29 ($p=0,005$) по сравнению с контролем. В группе сравнения у больных с единичными и множественными очагами по количеству CD22+ клеток достоверных различий с контролем не установлено ($p=0,4$ и $p=0,74$, соответственно). Определение удельной доли CD22+ клеток позволило установить достоверное увеличение маркера

у больных с единичными очагами в сравнении с множественными в 1,3 раза ($p < 0,001$) в основной группе и в 1,15 раза ($p = 0,038$) в группе сравнения. Достоверными являлись различия в увеличении CD22+ клеток у больных с единичными очагами СК между основной группой и группой сравнения в 1,57 раза ($p < 0,001$), а также – с множественными очагами СК в 1,38 раза ($p < 0,001$) между аналогичными группами. Сравнительный анализ распределения CD22+ клеток у больных с СК до и после лечения показал статистически достоверное увеличение количества эффекторных клеток гуморального иммунитета в каждой из исследуемых групп: в основной группе с единичными очагами в 2,24 раза ($p = 0,003$), с множественными очагами – в 2 раза ($p < 0,001$), в группе сравнения с единичными очагами в 1,5 раза ($p = 0,004$), с множе-

ственными очагами – в 1,53 раза ($p < 0,001$). Увеличение количества В-клеток на фоне лечения могло быть проявлением иммуномодулирующего эффекта с активацией противовирусной защиты и продукцией защитных антител.

Отдаленные результаты лечения оценивали по продолжительности ремиссии и числу рецидивов, как в основной, так и в группе сравнения. Установлено, что рецидивы СК были у 14 (22,6%) больных, в т.ч. у 12 (40,0%) больных группы сравнения и лишь у 2 (6,2%) больных основной группы ($\phi = 3,13$, $p < 0,01$).

Установлено, что у большинства больных СК ремиссия продлилась свыше 2 лет – у 48 (77,4%) больных, в т.ч. в основной группе – у 30 (93,8%), в группе сравнения – у 18 (60,0%) ($\phi = 3,4$, $p > 0,01$) (рисунок).



Рисунок. Распределение СК в группах сравнения по продолжительности ремиссии

Выводы

Ремиссия от 1,5 года до 2 лет была у 10 (33,3%) больных группы сравнения и лишь у 2 (6,3%) больных основной группы ($\phi = 2,86$, $p < 0,01$). Ремиссия от 1 года до 1,5 лет была только у больных группы сравнения – у 2 (6,6%).

Таким образом, подводя итоги результатов исследований, полученных при решении вопроса о состоянии основных показателей иммунного статуса у больных с СК можно констатировать, что имели место нарушения клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической защиты. Иммунологические нарушения характеризовались депрессией Т- и В-лимфоцитарного звена, активацией цитотоксических лимфоцитов, что, по-види-

мому, являлось компенсаторным проявлением противоопухолевой защиты. Наличие единичных и множественных очагов СК имело значимые различия и, вероятно, было обусловлено угнетением иммунореактивности при фактически распространенном системном характере заболевания.

Проведение базового лечения с удалением очагов СК не имело эффективных изменений иммунореактивности, а коррекция иммунного статуса с применением иммуномодулирующей терапии приводила к устранению иммунологической недостаточности с протективной активацией Т- и В-клеток и стабильной противоопухолевой защитой с участием натуральных киллеров.

Список литературы

1. Александрова, А. К. Инсулинорезистентность и себорейный кератоз [Текст] / А. К. Александрова, В. А. Смольяникова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – № 5. – С. 73–78.
2. Биологические маркеры опухолей в клинике – достижения, проблемы, перспективы [Текст] / Н. Е. Кушлинский [и др.] // Клиническая онкология. – 2009. – Т. 8, № 3. – С. 95–101.
3. Иммуномодулирующая терапия папилломавирусной инфекции [Текст] / Г. Э. Баграмова [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – № 6. – С. 47–50.
4. Ковалева, А. С. Популяционный состав лимфоцитов, процессы апоптоза и характер цитокин- и нитроксидергической регуляции у больных с множественными папилломами (нитевидными бородавками) кожи [Текст] / А. С. Ковалева, С. Н. Теплова, Т. П. Пискалова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2010. – № 1. – С. 13–16.
5. Костенко, Е. И. Иммунный статус пациентов с солитарными и множественными очагами себорейного кератоза [Текст] / Е. И. Костенко, Л. Ф. Телешева // Российский иммунологический журнал. – 2014. – Т. 8 (17), № 3. – С. 541–542.
6. 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.
7. Лебедева, Ю. В. Клиническая оценка распространенности себорейного кератоза кожи лица и шеи среди онкологических больных [Текст] / Ю. В. Лебедева, А. Б. Давыдов // Стоматология. – 2009. – № 5. – Р. 45–48.

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

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SEBORRHOIC KERATOSIS

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

Summary

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the developed complex method for the treatment of patients with seborrheic keratosis (SK) by analyzing the immediate and long-term clinical results and the dynamics of immunological parameters.

Materials and methods. 94 people were under observation, incl. 62 patients with SK and 32 people without SK. SK were removed both by the radio wave method and by cryodestruction. In the main group, along with the removal of SK foci, alloferon, metformin, and ozone therapy were used in patients. Small SK lesions were treated with 20% azelaic acid in the form of a cream.

Results. In patients with SK, disorders of cellular, humoral immunity and nonspecific defense were revealed. Immunological disorders were characterized by depression of the T- and B-lymphocytes, activation of cytotoxic lymphocytes. The presence of single and multiple foci of SK had significant differences and was probably due to the suppression of immunoreactivity with the widespread nature of SK.

Conclusion. Treatment consisting only in the removal of SK foci did not have effective changes in immunoreactivity, and later was accompanied by the appearance of new SK foci, correction of the immune status with the use of immunomodulatory therapy led to the elimination of immunological deficiency with protective activation of T- and B-cells and stable protection with the participation of natural killers which was characterized by a longer remission.

Keywords: *seborrheic keratosis, treatment, T-B-lymphocytes.*

Авторская справка и долевое участие

- Проценко Т.В.** д.мед.н., профессор, проф. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, protsenkotv2005@gmail.com (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).
- Кишеня М.С.** к.мед.н. зав. отделом молекулярной генетики центральной научно-исследовательской лаборатории ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (проведение генетических исследований, трактовка результатов генетического исследования, статистическая обработка).
- Провизион А.Н.** к.мед.н., доцент, доц. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, provik@inbox.ru (набор и ведение больных, написание текста статьи).

Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А., Кухто А.П., Луценко Ю.Г.

ИСХОДЫ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

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

Резюме

Цель исследования. Провести анализ исходов и эффективность реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей у больных с критической ишемией и мультифокальным атеросклерозом на фоне трофических язв.

Материал и методы. В данном исследовании представлены результаты лечения 601 пациента (474 мужчин, 127 женщин) с критической ишемией нижних конечностей и мультифокальным атеросклерозом на фоне трофических язв. Средний возраст составил 64 года. Пациентам была оказана специализированная этапная хирургическая помощь с применением открытых и эндоваскулярных реваскуляризирующих операций. Причиной КИНК послужили: тромбоз – у 85 человек (14%), окклюзия – у 280 человек (46%), стеноз окклюзия – у 180 человек (29,85%), синдром Лериша – у 2 человек (0,33%), посттромботическая окклюзия – у 59 человек (9,82%). После тщательной диагностики пациентам были назначены и проведены соответствующие реваскуляризирующие операции.

Результаты. Продолжительность пребывания на койке в среднем составило 21 сутки. Гнойно-некротические поражения кожных покровов определялись у 289 пациентов (48,09%). После оказанного лечения положительный эффект с сохранением конечности и восстановлением функции был достигнут у 523 пациентов (87,02%), первичная ампутация в связи с тяжестью состояния и прямыми противопоказаниями к проведению реваскуляризации была выполнена 18 пациентам (3%), вторичная ампутация в связи невозможностью восстановления кровотока после операции выполнена 57 больным (9,48%), 3 пациентов скончалось (0,5%).

Ключевые слова: *трофические язвы, мультифокальный атеросклероз, критическая ишемия нижних конечностей, реваскуляризирующие операции, гнойно-некротические поражения.*

Рассматривая увеличение численности населения с критической ишемией нижних конечностей (КИНК), необходимо четко понимать причину и возможные осложнения, связанные с данной патологией. Одним из главных факторов развития КИНК является атеросклероз, характеризующийся прогрессирующим стенозированием артериального

русла. Вследствие данного процесса происходит нарушение оксигенации пораженной конечности, что в конечном итоге приводит к нарушению обменных процессов конечности и гнойно-некротическим изменениям [4]. Данное понятие впервые упоминалось в документе, разработанном группой специалистов и опубликованном в British Journal of

Surgery в 1982 г. Критическая ишемия нижних конечностей включает в себя 3 и 4 степени хронической артериальной недостаточности (ХАН) по классификации Покровского. Наиболее точным показателем, определяющим тяжесть поражения, является метод транскутанной оксиметрии. Своевременная диагностика и правильно назначенные реваскуляризирующие операции, позволяют улучшить прогноз и качество жизни пациентов. Гнойно-некротические поражения являются крайне опасными и при несвоевременном обращении пациента или неправильно назначенном хирургическом лечении, приводят к ампутации конечности и стойкой нетрудоспособности, а следственно и ухудшению качества жизни [6].

На данный момент общепринятыми являются 2 вида хирургического лечения КИНК: открытые и эндоваскулярные методы [1]. При определении тактики и вида оперативного вмешательства необходимо оценить риски и возможные послеоперационные осложнения, а также провести предоперационную диагностику и определить локализацию и протяженность поражения артериального русла нижних конечностей. Частота рестенозов артериального русла после проведенного эндоваскулярного лечения ранее составляла около 20%, однако с развитием технологий и внедрения стентов с лекарственным покрытием данные риски уменьшились до 4-7 % [2]. Однако на фоне ожидаемого риска, который на данный момент маловероятен, травматичность и срок нахождения на койке пациента при выборе эндоваскулярного метода лечения на порядок ниже по сравнению с открытыми методами. Но в ряде случаев использование открытого лечения позволяет на большом протяжении выполнить реваскуляризацию пораженного участка артериального русла, а также при поражении артерии более чем 15 см, использование эндоваскулярного метода не рекомендовано. Исходя из данных исследования BASIL (Bypass versus Angioplasty in Severe Ischemia of the Limb) при использовании открытого оперативного вмешательства

отдаленные показатели проходимости артериального русла в среднем составляют 2 года и более при приверженности пациента к правильно подобранной антикоагулянтной терапии в послеоперационном периоде [5].

В последующем пришли к тому, что необходимо применять комплексное этапное хирургическое лечение, которое включает в себя проведение самого оперативного приема, а также грамотная медикаментозная поддержка и в дальнейшем, по необходимости, применение пластических закрытий пораженного участка нижних конечностей [3].

Цель исследования: провести анализ исходов и эффективность реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей у больных с критической ишемией и мультифокальным атеросклерозом на фоне трофических язв.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 601 пациента с КИНК и мультифокальным атеросклерозом после реваскуляризирующих операций, выполненных в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе сосудистого, рентгенэндоваскулярного и комбустиологического отделений за период с 2014 по 2020 гг. Пациентам из данной выборки была оказана комплексная этапная хирургическая помощь с использованием методов открытой и эндоваскулярной хирургии, назначения адекватной медикаментозной терапии и использованием пластических способов устранения дефектов кожных покровов. По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин – 474 (78,87%), женщин – 127 (21,13%). Возраст пациентов от 40 до 88 лет, средний возраст составил – 64 года. Все пациенты данной выборки имели в анамнезе мультифокальный атеросклероз, что само по себе влияет на развитие КИНК. Однако на фоне имеющегося мультифокального атеросклероза были выявлены, при поступлении, патологии, послужившие развитию КИНК: тромбоз – у 85 человек (14%), окклюзия – у 280 человек (46%), стеноз окклюзия – у 180 человек (29,85%), синдром

Лериша – у 2 человек (0,33%), посттромботическая окклюзия – у 59 человек (9,82%). При поступлении у пациентов определялась 3 или 4 степень ХАН и гнойно-некротические поражения. Так же были выявлены сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 558 пациентов и гипертоническая болезнь (ГБ) 2-3 степени у 586 пациентов.

Для определения локализации и степени тяжести поражения артериального русла нижних конечностей при поступлении использовались физикальные, инструментальные и клинические методы диагностики. При проведении физикальных методов диагностики основное внимание оказывают: внешнему виду конечности, температуре кожных покровов, состоянию волосяного покрова и ногтевых пластин, определяется наличие отеков и трофических изменений, а также наличия или отсутствия пульсации на магистральных артериях. Основными методами инструментальной диагностики являются: ультразвуковая доплерография (УЗДГ) с дуплексным сканированием, обязательно проводится определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), а также одним

информативных методов исследования является ангиография. Ангиография является обязательным методом исследования перед проведением эндоваскулярных вмешательств для определения протяженности и степени стенозирования артериального русла.

Исходя из данных обследования, врачи определяют с тактикой и методом оперативного приема, а также обязательным является определение рисков оперативного вмешательства. Существует классификация WIFI (Wound, Ischemia, foot Infection), направленная на определение рисков потери конечности при КИНК и развитии при этом тяжелых гнойно-некротических осложнений. Главными критериями, определяемыми в данной классификации, является: раневое поражение, ишемия и инфекция стопы с определением их степеней тяжести. После проведенных исследований пациентам были назначены и выполнены в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака следующие реваскуляризирующие операции на сосудах нижних конечностей (таб.1).

Таблица 1

Реваскуляризирующие операции пациентов с КИНК

Название операции	Количество
Тромбэктомия	87
Эмболэктомия	17
РЭД	83
Стентирование	60
Протезирование	27
Резекция аневризмы	8
Тромбэктомия из бранши	30
Аорто-бедренные шунтирование	129
Шунтирование бедренно-берцового сегмента	245
Ампутация первичная	18
Ампутация вторичная	57

Клинические случаи, наблюдения из практики

Вследствие проведения реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей в раннем послеоперационном

периоде у 40 пациентов возникли такие осложнения (таб. 2):

Таблица 2

Осложнения, возникшие в раннем послеоперационном периоде

Осложнения	Количество
Тромбоз	15
Тромбоз шунта	7
Кровотечение	7
Ишемия	11

Обязательным этапом хирургической помощи пациентам с КИНК и мультифокальным атеросклерозом является устранение гнойно-некротических осложнений, которые проводятся при первичном оперативном вмешательстве, либо при пластической коррекции поражений кожных покровов, так как несвоевременное оказание помощи при развитии некроза увеличивают риски ампутации конечности, с развитием серьезной угрозы жизни пациента. Пациентов после

восстановления проходимости сосудистого русла переводят по показаниям в отделение комбустиологии для дальнейшего лечения.

В отделении комбустиологии было проведено 106 пластических операций, которые входят в план комплексного хирургического лечения пациентов с КИНК и мультифокальным атеросклерозом после реваскуляризирующих операций на сосудах нижних конечностей (таб. 3).

Таблица 3

Проведенные пластические операции

Пластические операции	Количество
Некрэктомия	15
Аутодермотрансплантация	26
Иссечение раны	9
Вскрытие затеков	10
Комбинированная кожная пластика	15
Пластика местными тканями	13
Некрэктомия + аутодермотрансплантация	18

Результаты и обсуждение

Используя различные методы оперативного лечения совместно с медикаментозной терапией пациентов с КИНК и мультифокальным атеросклерозом удалось значительно снизить риски осложнений и развития тяжелых гнойно-некротических поражений нижних конечностей. Сохранение функции и целостности нижних конечностей является главной целью в этапной хирургической помощи больным. Было рассмотрено оказанное специализированное лечение, проведенное в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе сосудистого, рентгенэндоваскулярного и комбустиологического отделений.

Главными критериями оценки эффективности ревазуляризирующих операций являются: подтверждение восстановления кровотока при дуплексном сканировании артериального русла, улучшение показателей ЛПИ, а также проводилось измерение методом транскутанной оксиметрии. Цель этих операций заключалась также в улучшении клинической симптоматики, а именно: исчезновение боли в покое, восстановление нормального цвета кожных покровов и потепления, исчезновение трофических изменений и в отдаленном периоде полное восстановление функции конечности и улучшение качества жизни пациента. Среди 601 пациента данной выборки с КИНК и мультифокальным атеросклерозом продолжительность пребывания на койке в среднем 21 сутки. На момент поступления гнойно-некротические поражения кожных покровов определялись у 289 пациентов (48,09%). После проведенных ревазуляризирующих операций и комплексной терапии положительный эффект с сохранением конечности и восстановлением функции был

достигнут у 523 пациентов (87,02%), первичная ампутация в связи с тяжестью состояния и прямыми противопоказаниями к проведению ревазуляризации была выполнена 18 пациентам (3%), вторичная ампутация в связи невозможностью восстановления кровотока после операции выполнена 57 больным (9,48%), 3 пациентов скончалось (0,5%).

Выводы

Подходы в терапии КИНК постоянно совершенствуются и пересматриваются в связи с увеличением случаев развития данной патологии среди населения. Данное заболевание влечет за собой не только тяжелые осложнения в виде гнойно-некротических осложнений и тяжелой интоксикации организма, а также приводят к летальному исходу при несвоевременном обращении за специализированной помощью. Проведенное исследование было направлено на изучение исходов и эффективности ревазуляризирующих операций. Важным критерием положительного результата явилась своевременная диагностика и грамотно подобранный метод оперативного вмешательства, что позволило избежать интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также летальных исходов.

Таким образом, грамотный и высокоспециализированный подход в лечении позволил существенно снизить инвалидизацию среди данной категории пациентов. В отдаленном наблюдении через 3 и 12 месяцев была сохранена проходимость артериального русла и значительно улучшилось качество жизни и физическая активность. Разработка новых и усовершенствование существующих способов оперативного лечения с учетом коррекции медикаментозной терапии и применения современных технологий позволит значительно упростить ведение пациентов с КИНК.

Список литературы

1. Асланов, А.Д. Опыт лечения критической ишемии нижних конечностей на фоне диффузного поражения артерий [Текст] / А.Д. Асланов, О.Е. Логвина, А.Г. Куготов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2013. – Т.18. – №4. – С.125-127.
2. Белов, Ю.В. Прогнозирование результатов реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей на основе методов оценки регионарного кровотока [Текст] / Ю.В. Белов, О.А. Виноградов, Д.Н. Ульянов // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2014. – №5 – С.62-66.
3. Воронов, Д.А. Комплексное лечение больных с хронической ишемией нижних конечностей: сочетание реконструктивных операций с генноинженерными технологиями [Текст]: авто-реф. дис... докт. мед. наук / Д.А. Воронов. – М., 2013. – С.3-7.
4. Гавриленко, А.В. Методы хирургического лечения больных облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей с поражением дистального русла [Текст] / А.В. Гавриленко [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2011. – Т.17. – №3. – С. 121-125.
5. Кохан, Е.П. Причины и результаты повторных реконструктивных операций на аортобедренном сегменте [Текст] / Е.П. Кохан, М.И. Васильченко, Р.А. Регада // *Воен.-мед. журн.* – 2010. – №2. – С. 56-59.
6. Полянцев, А.А. Эффективность патогенетического лечения атеросклероза с коррекцией тромбофилических состояний у пациентов с гибридными операциями на артериях нижних конечностей [Текст] / А.А. Полянцев [и др.] // *Регионарное кровообращение и микроциркуляция*. – 2011. – Т.10. – №2. – С. 40 - 44.

Baziyani-Kukhto N.K., Ivanenko A.A., Kukhto A.P., Lutsenko Yu.G.

OUTCOMES OF REVASCULARIZING SURGERY ON LOWER LIMB ARTERIES IN PATIENTS WITH CRITICAL ISCHEMIA AND MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS AGAINST THE BACKGROUND OF TROPHIC ULCERS

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

Summary

The aim of the study. To analyze the outcomes and effectiveness of revascularization operations on the arteries of the lower extremities in patients with critical ischemia and multifocal atherosclerosis.

Material and methods. This study presents the results of treatment of 601 patients (474 men, 127 women) with critical lower limb ischemia and multifocal atherosclerosis. The average age was 64 years. Patients were provided with specialized staged surgical care using open and endovascular revascularization operations. The causes of CLI were: thrombosis - in 85 people (14%), occlusion - in 280 people (46%), occlusion stenosis - in 180 people (29.85%), Leriche's syndrome - in 2 people (0.33%), post-thrombotic occlusion - in 59 people (9.82%). After a thorough diagnosis, the patients were prescribed and performed appropriate revascularization operations.

Results. The average length of stay in bed was 21 days. Purulent-necrotic lesions of the skin were determined in 289 patients (48.09%). After the treatment, a positive effect with preservation of the limb and restoration of function was achieved in 523 patients (87.02%), primary amputation due to the severity of the condition and direct contraindications to revascularization was performed in 18 patients (3%), secondary amputation due to the impossibility of restoration of blood flow after surgery was performed in 57 patients (9.48%), 3 patients died (0.5%).

Key words: *trophic ulcers, multifocal atherosclerosis, critical ischemia of the lower extremities, revascularization operations, purulent-necrotic lesions.*

Авторская справка и доленое участие

- Базиян-Кухто Н. К.** к.мед.н., доц. каф. сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, naira-251088@mail.ru (предложена идея, статистическая обработка данных).
- Иваненко А.А.** к.мед.н., доц. каф. сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, naira-251088@mail.ru (разработка дизайна исследования).
- Кухто А.П.** д.мед.н., проф. каф. общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, arkuhto@mail.ru (обзор публикаций по теме).
- Луценко Ю. Г.** к.мед.н., доц. каф. хирургии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, hirurgiya.fipo@mail.ru (анализ полученных данных).

Боряк С.А.¹, Тахташов И.Р.^{1,2}

КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

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

Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР²

Резюме

Цель исследования. Выявить особенности атопического дерматита (АтД) у больных при различных типах лактозной непереносимости (ЛН).

Материал и методы. Под наблюдением были 26 больных АтД в возрасте от 6 до 30 лет. Диагноз, клиническую форму и степень тяжести дерматоза определяли в соответствии с общепринятыми стандартами и унифицированными клиническими протоколами МЗ ДНР ЛН определяли методом полимеразной цепной реакции по полиморфизму 13910 С/Т гена лактазы. Количественное содержание С-реактивного белка (СРБ) определяли иммунотурбидиметрическим методом. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа Heine DELTA 20+ (Германия), анализировали 4 дерматоскопических признака (ДсП), каждый из которых градируют по шкале от 0 до 3 баллов, рассчитывая дерматоскопический индекс (ДсИ).

Результаты. ЛН выявлена у 76,9% больных АтД. Дерматоскопически более выраженные изменения были у больных АтД с ЛН, особенно при индексе SCORAD больше 30 баллов. Сосудистый ДсП был более выражен у больных АтД с ЛН С/С, чем у больных АтД с ЛН С/Т и без ЛН. Среднее значение ДсИ у больных АтД с С/С было $2,12 \pm 0,19$ балла, у больных АтД без ЛН – $1,71 \pm 0,04$ балла ($p > 0,05$), у больных АтД с ЛН С/Т – $1,71 \pm 0,16$ балла ($p > 0,05$). Выявлена прямая статистически значимая ($p < 0,01$) зависимость ДсИ от индекса SCORAD, особенно у больных АтД с ЛН С/С и ЛН С/Т ($R = +0,95$, $p < 0,01$). Установлена прямая сильная корреляционная связь между ДсИ и СРБ у больных АтД с ЛН, даже при показателях СРБ, не превышающих норму ($R = +0,78$, $p = 0,01$).

Выводы. Проведенные клинико-дерматоскопические сопоставления у больных АтД с ЛН показали большую выраженность воспалительного процесса даже при одинаковых значениях индекса SCORAD.

Ключевые слова: атопический дерматит, лактозная непереносимость, дерматоскопия, С-реактивный белок.

Дерматоскопия как неинвазивный инструментальный метод визуальной оценки поверхностных структур кожи в последние годы широко используется в дерматологии при различных воспалительных, пигментных и других дерматозах [2,3,8]. При

атопическом дерматите (АтД) изучение дерматоскопических признаков (ДсП) позволяет оценить состояние структур кожи, определить полноценность эпидермального барьера и оценить степень выраженности воспалительного процесса, что может спо-

способствовать оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий [1-3,7,8].

Цель исследования: выявить особенности АтД у больных при различных формах генетически детерминированной лактозной непереносимости (ЛН).

Материалы и методы

Под наблюдением были 26 больных АтД в возрасте от 6 до 30 лет. Диагноз, клиническую форму и степень тяжести дерматоза определяли в соответствии с общепринятыми стандартами и унифицированными клиническими протоколами МЗ ДНР [5,6].

Полиморфизм 13910 С/Т гена лактазы (LPH) в сыворотке венозной крови определяли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме Real-time с использованием анализатора Детектор «ДТ-96» (ДНК-технология, Россия) и тест-систем ДНК-Технология (Россия).

Количественное содержание С-реактивного белка (СРБ) определяли иммунотурбидиметрическим методом.

Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа Heine DELTA 20+ (Германия), анализируя следующие ДсП: выраженность эритемы, наличие точечных кровоизлияний как объективного критерия интенсивности зуда, соответственно активности воспалительного процесса, роговой (наличие шелушения и чешуйко-корок) и сосудистый (точечные, глыбчатые сосуды различного диаметра, линейные сосуды). Каждый из этих ДсП градируют по шкале от 0 до 3 баллов, включая промежуточные величины (0,5; 1,5 и 2,5), где 0 – отсутствие признака, 1 – слабо выраженный, 2 – умеренно выраженный, 3 – выраженный. Определяли дерматоскопи-

ческий индекс (ДсИ) по степени выраженности ДсП АтД (в баллах) по разработанной оригинальной формуле:

$$ДсИ АтД = \frac{С + Р + Э + ТК}{4},$$

где С – сосудистый ДсП, Р – роговой ДсП, Э – выраженность эритемы, ТК – выраженность точечных кровоизлияний. ДсИ от 2,5 до 3,0 баллов соответствовал тяжелой степени выраженности симптомов АтД, ДсИ от 1,5 до 2,49 баллов – средней степени выраженности, ДсИ меньше 1,5 баллов – легкой степени выраженности.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро-Уилка. Совокупности количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, описывались при помощи значений медианы (Me) и минимума и максимума переменной (min-max). Для сравнения независимых совокупностей использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

Проведены клинико-дерматоскопические сопоставления и сравнительный анализ ДсП в 3-х группах больных АтД, сопоставимых по клиническим формам дерматоза и степени тяжести: 1-я группа – 6 (23,1%) больных без ЛН (ЛН Т/Т), 2-я группа – 10 (38,5%) больных с вторичной ЛН (ЛН С/Т), 3-я группа – 10 (38,5%) больных с первичной ЛН (ЛН С/С) (табл.1).

Распределение обследованных больных АтД в зависимости от типа ЛН, клинической формы АтД и тяжести процесса

Особенности АтД, количество больных	Тип ЛН, количество больных		
	Т/Т n=6	С/Т n=10	С/С n=10
<i>Клиническая форма:</i>			
– эритематозно-сквамозная, n=9	2	4	3
– эритематозно-сквамозная с лихенификацией, n=17	4	6	7
<i>Тяжесть АтД, в баллах:</i>			
– индекс SCORAD меньше 25, n=4		2	2
– индекс SCORAD 25-50, n=20	6	7	7
– индекс SCORAD больше 50, n= 2		1	1

Эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией была у большинства больных АтД при всех типах ЛН – у 17 (65,4%) больных, в т.ч. у 7 (26,9%) больных с ЛН С/С, у 6 (23,1%) больных с ЛН С/Т и лишь у 4 (15,4%) больных без ЛН. Эритематозно-сквамозная форма АтД была у 9 (34,6%) больных, в т.ч. у 3 (11,5%) больных с ЛН С/С, у 4 (15,4%) больных с ЛН С/Т и у 2 (7,7%) больных без ЛН.

Большинство обследованных больных были со средней тяжестью дерматоза (индекс SCORAD 25-50 баллов) – 20 (76,9%), в т.ч. по 7 (26,9%) больных с ЛН С/С и ЛН С/Т и 6 (23,1%) больных без ЛН. Тяжелый АтД (индекс SCORAD > 50 баллов) был у 2 (7,7%) больных, в т.ч. у 1 (3,85%) больного с ЛН С/С, у 1 (3,85%) – с ЛН С/Т и ни у одного из 6 больных без ЛН (Т/Т).

При сопоставлении ДсП с индексом SCORAD в зависимости от клинической формы АтД для сведения к минимуму разночтения в интерпретации ДсП при различных типах ЛН и различных формах АтД, их определяли только в очагах поражения с наиболее клинически выраженным воспалением (эритемой, шелушением, эскориациями), в одной топографической зоне (сгибательная поверхность предплечий), при отсутствии предшествующей мазевой терапии в течение 2-х суток.

При эритематозно-сквамозной форме АтД с индексом SCORAD < 25 баллов сосудистый ДсП был в виде диффузной эритемы бледно-розового цвета и/или единичных точечных сосудов, расположенных фокусно. В наших наблюдениях при этой форме дерматоза и индексе SCORAD < 25 баллов не было глыбчатых сосудов, точечных кровоизлияний. При этой же клинической форме, но при индексе SCORAD 25-50 баллов, наблюдали наиболее выраженные ДсП: эритему разной степени выраженности (от розовой до розово-красной), различное количество фокусно расположенных точечных и глыбчатых сосудов разного диаметра, точечные кровоизлияния (от 1 до 4-5 в одном очаге поражения), отражавшие интенсивность зуда. При индексе SCORAD > 50 баллов сосудистый ДсП был представлен диффузной эритемой ярко- или темно-красного цвета. Точечные, чаще глыбчатые сосуды разного диаметра располагались диффузно или отсутствовали вообще, возможно, из-за выраженного отека сосочкового слоя дермы. Характерными были точечные кровоизлияния, особенно при интенсивном зуде. При сопоставлении ДсП с ЛН у больных этой клинической формой АтД обращало внимание, что сосудистый признак был более выраженным у больных АтД с ЛН С/С (цвет и интенсивность эритемы, больший диаметр

глыбчатых сосудов), чем у больных АтД с ЛН С/Т и без ЛН.

У больных с эритематозно-сквамозной формой АтД с лихенификацией и индексом SCORAD до 25 баллов эритема была слабо выраженной, бледно-розового цвета. Точечные, глыбчатые сосуды отсутствовали, наблюдали единичные точечные кровоизлияния. При этой же клинической форме АтД, но при индексе SCORAD 25-50 баллов в очагах поражения наблюдали эритему разной степени выраженности (от бледно-розовой до красной), немногочисленные точечные сосуды, расположенные равномерно; глыбчатые сосуды были меньшего диаметра, чем при эритематозно-сквамозной форме АтД; наблюдали различное число точечных кровоизлияний. При индексе SCORAD > 50 баллов эритема была застойно-розового или синюшно-красного цвета, с единичными,

беспорядочно расположенными точечными или глыбчатыми сосудами маленького диаметра, большим количеством точечных кровоизлияний, чешуйко-корок. При сопоставлении ДсП с ЛН у больных этой клинической формой АтД убедительной разницы в дерматоскопической картине при разных типах ЛН не было.

Обращало внимание, что в очагах поражения, подвергавшихся длительному нанесению топических стероидов, преобладали линейные сосуды, представлявшие собой медикаментозные телеангиэктазии. В последующем при расчете ДсИ они не учитывались.

В последующем проведен корреляционный анализ ДсИ и индексов SCORAD у больных АтД при различных видах ЛН (табл.2).

Таблица 2

Клинико-дерматоскопические сопоставления у больных АтД в зависимости от типа ЛН и тяжести дерматоза

№ Пп	Тип ЛН					
	Т/Т		С/Т		С/С	
	SCORAD, баллы	ДсИ, баллы	SCORAD, баллы	ДсИ, баллы	SCORAD, баллы	ДсИ, баллы
1.			21,5	0,88	21,2	1,0
2.			22,5	1,13	22,0	1,25
3.	25,8	1,63	25,3	1,5	25,5	1,63
4.	28,5	1,75	26,5	1,63	26,5	1,75
5.	30,0	1,75	26,8	1,75	26,8	2,0
6.	31,7	1,63	31,0	2,0	31,0	2,6
7.	33,5	1,75	34,8	2,13	34,8	2,5
8.	36,8	1,75	38,0	2,13	38,0	2,5
9.			40,0	2,25	40,5	2,6
10.			58,6	2,63	58,5	2,88

ДсИ находился в прямой статистически значимой ($p < 0,01$) зависимости от величины индекса SCORAD: при индексе SCORAD до 30 баллов среднее значение ДсИ составило $1,5 \pm 0,1$ балла; при индексе SCORAD > 30 баллов – $2,3 \pm 0,1$ балла. С увеличением индекса SCORAD, соответственно, увеличивался ДсИ. Это же подтверждалось корреляционным анализом с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

У всех обследованных больных отмечалась сильная прямая корреляционная связь между ДсИ и индексом SCORAD ($R = +0,89$, $p < 0,01$). Наиболее сильная прямая корреляционная связь между ДсИ и индексом SCORAD была у больных АтД с индексом SCORAD до 30 баллов ($R = +0,93$, $p < 0,01$). У больных АтД с индексом SCORAD > 30 баллов определялась средняя прямая корреляционная связь между ДсИ и индексом SCORAD ($R = +0,60$, $p = 0,029$) (табл.3).

Таблица 3

Корреляционная связь между ДсИ и индексом SCORAD у больных АтД и ЛН

Корреляционная связь между:	N	R	P
ДсИ и SCORAD	26	+0,89	<0,01
ДсИ и SCORAD до 30 баллов	13	+0,93	<0,01
ДсИ и SCORAD больше 30 баллов	13	+0,60	0,029
ДсИ и SCORAD	20	+0,95	<0,01

Примечание: N – количество обследованных больных; R – выборочный коэффициент ранговой корреляции Спирмена; p – уровень значимости.

Более выраженная сильная прямая корреляционная связь между ДсИ и индексом SCORAD ($R = +0,95$, $p < 0,01$) была у больных АтД с ЛН С/С и с ЛН С/Т.

Проведен анализ величины ДсИ у больных АтД с различными типами ЛН и индексом SCORAD до 30 баллов и более 30 баллов (табл.4).

Таблица 4

ДсИ в зависимости от типа ЛН и индекса SCORAD ($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатель	ЛН, тип		
	Т/Т	С/Т	С/С
ДсИ, баллы	$1,71 \pm 0,04$ Me=1,75 (1,63-1,75)	$1,71 \pm 0,16$ Me=1,75 (0,88-2,25)	$2,12 \pm 0,19$ Me=2,5 (1,0-2,88)

При индексе SCORAD до 30 баллов:	1,71±0,04 Me=1,75 (1,63-1,75)	1,38±0,16 Me=1,5 (0,88-1,75)	1,53±0,18 Me=1,63 (1,0-2,0)
При индексе SCORAD больше 30 баллов:	1,71±0,04 Me=1,75 (1,63-1,75)	2,13±0,05# Me=2,13 (2,0-2,25)	2,62±0,06 ⁰ Me=2,6 (2,5-2,88)

Примечание: * - уровень статистической значимости различий между ДсИ при ЛН С/С и ДсИ при ЛН С/Т при индексе SCORAD > 30 баллов $p=0,01$; # - уровень статистической значимости различий между ДсИ при ЛН С/Т при индексе SCORAD до и больше 30 баллов $p=0,02$; 0 - уровень статистической значимости различий между ДсИ при ЛН С/С при индексе SCORAD до и больше 30 баллов $p<0,01$.

При сопоставлении ДсИ с различными типами ЛН, но без учета индекса SCORAD установлено, что среднее значение ДсИ у больных АтД без ЛН (1,71±0,04 балла) не отличалось от среднего значения ДсИ у больных АтД с ЛН С/Т (1,71±0,16 балла). Среднее значение ДсИ у больных АтД с ЛН С/С было выше – 2,12±0,19 балла, но статистически значимой разницы между ДсИ при различ-

ных типах ЛН не выявлено ($p>0,05$).

При дальнейшем анализе ДсИ в зависимости от индекса SCORAD выявлены достоверные существенные различия ДсИ. При индексе SCORAD > 30 баллов у больных АтД с ЛН С/С ДсИ был достоверно выше ($p=0,01$), чем у больных АтД с ЛН С/Т – 2,62±0,06 балла и 2,13±0,05 балла соответственно (рис.1).

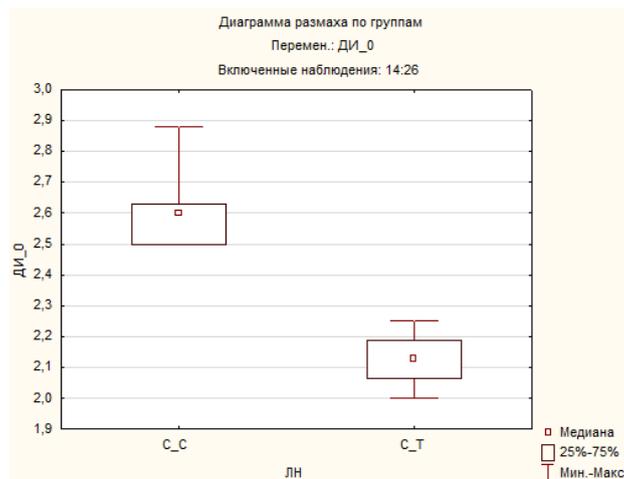


Рисунок. ДсИ при индексе SCORAD больше 30 баллов у больных АтД с ЛН С/С и С/Т.

Полученные результаты свидетельствовали о более выраженном воспалительном процессе при одинаковых значениях индекса SCORAD у больных АтД с ЛН С/С, чем у больных АтД с ЛН С/Т.

При индексе SCORAD < 30 баллов разница между ДсИ при ЛН С/С и ЛН С/Т есть (1,53±0,18 балла и 1,38±0,16 балла соответственно), но она статистически не значима ($p>0,05$). Отмечалась статистически значи-

мая разница ДсИ у больных АтД с ЛН С/Т при индексе SCORAD до 30 и более 30 баллов (1,38±0,16 балла и 2,13±0,05 балла соответственно; $p=0,02$). Аналогичная тенденция отмечалась у больных АтД с ЛН С/С и индексом SCORAD до и более 30 баллов: ДсИ был 1,53±0,18 балла и 2,62±0,06 балла, соответственно ($p<0,01$).

Среднее значение ДсИ у больных АтД без ЛН не зависело от величины индекса

SCORAD (до или более 30 баллов) и составило $1,71 \pm 0,04$ балла.

Проведенный корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена показал прямую сильную корреляционную связь между ДСИ и СРБ у больных АтД с ЛН ($N=9$, $R=+0,78$, $p=0,01$). При показателях СРБ, даже не превышающих норму, ДСИ был выше у больных АтД с ЛН с более высоким значением СРБ. Известно, что СРБ отражает выраженность воспалительного процесса в соединитель-

ной ткани, в т.ч. дерме [4]. Поэтому даже при количественных показателях СРБ в пределах допустимых норм, у больных АтД с ЛН воспалительные реакции в коже выражены в большей степени.

Выводы

Таким образом, проведенные клинико-дерматоскопические сопоставления у больных АтД с ЛН показали большую выраженность воспалительного процесса даже при одинаковых значениях индекса SCORAD.

Список литературы

1. Атопический дерматит [Текст]: руководство для врачей / под ред. Т.В.Проценко. – Донецк: Східний видавничий дім, 2003. – 128 с.
2. Зайнуллина, О. Н. Современные методы оценки состояния кожи при атопическом дерматите у детей [Текст] / О. Н. Зайнуллина, Д. В. Печкуров, З. Р. Хисматуллина // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2017. – № 4 (51). – С. 4–9.
3. Дерматоскопия в общей дерматологии [Текст] / под ред. А.Лалласа, Э.Эрричетти, Д.Йоаннидиса; пер. с англ. Под ред. Н.Н.Потекаева, А.В.Миченко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 392 с.
4. Клиническая лабораторная диагностика [Текст]: национальное руководство: в 2 т. / под ред. В.В. Долгова, В.В. Меньшикова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 928 с.
5. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом [Текст] / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – Москва, 2017. – 42 с.
6. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Атопический дерматит», утвержденный приказом министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики № 1554 от 28.12.2016г.
7. Федорцов, О. Е. Новые подходы к диагностике атопического дерматита у детей [Текст] / О. Е. Федорцов, О. Н. Мочульская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. 62, № 3. – С. 99–104.
8. Errichetti, Enzo Ioannides. Dermoscopy in general dermatology [Text] / Enzo Ioannides Errichetti, Dimitrios Lallas Aimilios // CRC Press, 2019. – P. 32–37.

Boryak S.A.¹, Takhtashov I.R.^{1,2}

CLINICAL AND DERMATOSCOPIC COMPARISONS IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS WITH VARIOUS TYPES OF LACTOSE INTOLERANCE

*State educational organization of higher professional education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»¹,
Republican Clinical Dermatovenereological Dispensary MH DPR²*

Summary

The aim. To reveal the features of atopic dermatitis (AD) in patients with various types of lactose intolerance (LN).

Material and methods. We observed 26 patients with AD aged 6 to 30 years. The diagnosis, clinical form, and severity of dermatosis were determined in accordance with generally accepted standards and unified clinical protocols of the Ministry of Health of the DPR. LN was determined by polymerase chain reaction by polymorphism 13910 C/T of the lactase gene. The quantitative content of C-reactive protein (CRP) was determined by immunoturbidimetric method. Dermatoscopy was performed using a Heine DELTA 20+ dermatoscope (Germany), 4 dermoscopic signs (DsP) were analyzed, each of which was graded on a scale from 0 to 3 points, calculating the dermoscopic index (DSI).

Results. LN was detected in 76.9% of AD patients. Dermatoscopically, more pronounced changes were observed in AD patients with LN, especially when the SCORAD index was more than 30 points. Vascular DSP was more pronounced in AD patients with LN C/S than in AD patients with LN C/T and without LN. The mean value of DSI in AD patients with S/S was 2.12 ± 0.19 points, in AD patients without LN it was 1.71 ± 0.04 points ($p > 0.05$), in AD patients with LN S/T – 1.71 ± 0.16 points ($p > 0.05$). A direct statistically significant ($p < 0.01$) dependence of DSI on the SCORAD index was revealed, especially in patients with AD with LN C/S and LN C/T ($R = +0.95$, $p < 0.01$). A direct strong correlation was established between DSI and CRP in AD patients with LN, even with CRP values not exceeding the norm ($R = +0.78$, $p = 0.01$).

Conclusions. Conducted clinical and dermatoscopic comparisons in patients with AD with LN showed a greater severity of the inflammatory process even with the same values of the SCORAD index.

Keywords: *atopic dermatitis, lactose intolerance, dermatoscopy, C-reactive protein.*

Авторская справка и доленое участие

Боряк С.А.

к.мед.н., асс. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +7949 4159821
(разработка дизайна исследования, наблюдение за больными,
написание текста статьи).

Тахташов И.Р.

к.мед.н., доц. каф. дерматовенерологии и косметологии
ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, врач-
дерматовенеролог высшей категории РКДВД МЗ ДНР
тел.: +7949 4076924 (анализ данных литературы, научное
редактирование статьи)

Забродняя В.К., Соболева А.А., Чайковская И.В.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Резюме

Цель – повышение эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита II степени тяжести (ХГП) у пациентов сахарным диабетом I типа путем использования предложенных методов лечения.

Материал и методы. В зависимости от используемых методов лечения пациенты с ХГП на фоне инсулинозависимого сахарного диабета (ИЗСД) были распределены на 2 рандомизированные группы: I (А) подгруппа (основная) – пациенты с ГП на фоне ИЗСД с использованием разработанного лечения, входящего в комплексное лечение, и I (В) подгруппа (контрольная) – пациенты с ГП на фоне ИЗСД, которым применяли традиционные методы лечения согласно унифицированным клиническим протоколам МЗ ДНР оказания стоматологической помощи [1]. Оценку результатов комплексного лечения у больных ГП проводили через 1, 6 и 12 месяцев.

Результаты. Подводя итоги оценки эффективности результатов комплексного лечения у больных ГП через 1 месяц, более высокий эффект выбранного лечения у пациентов I (А) подгруппы ($p=0,016$), через 6 месяцев в основной группе ($p=0,005$), через 12 месяцев после лечения в основной группе результаты такие же, как и в период 6 месяцев, отмечалось только «улучшение» и «значительное улучшение» результатов лечебных мероприятий, что составило в среднем в 100% случаев, в контрольной группе отмечены результаты более низкие: так «значительное улучшение» зафиксировано лишь в $77,8 \pm 8,0\%$ случаев, а «незначительное улучшение» в $22,2 \pm 8,1\%$ случаев.

Выводы. Выявлена и оценена клиническая эффективность использования в комплексном лечении генерализованного пародонтита у инсулинозависимых пациентов иммуномодулирующих препаратов, которые повышают эффективность лечения, что подтверждается показателем САР $22,2\%$ (95%ДИ: 4,9–40,8). Используемая терапия способствует снижению в 3 раза исходных повышенных концентрациях в ротовой жидкости IL-1 β , в 2 раза лактоферрина и sIgA, повышением в крови IL-4 и IgA, что отражается и соотносится с клиническими индексами и пробами.

Ключевые слова: *хронический генерализованный пародонтит, сахарный диабет, пародонтологические индексы и пробы, иммуномодулирующие препараты.*

Заболевания пародонта являются одной из главных нозологических форм, с которой довольно часто приходится встречаться врачам в стоматологической практике. По отношению к другим заболеваниям рото-

вой полости, лечение хронического генерализованного пародонтита не может проводиться стереотипно, поскольку определение прогноза и возможного сохранения зубов с разной степенью подвижности более про-

блематично [2,3]. Следует отметить, что все имеющиеся в настоящее время методы и средства приносят лишь временный эффект, поскольку воздействуют только на какие-либо отдельные звенья патогенеза ХГП. Поэтому, лечение строится на принципе индивидуального подхода к каждому больному, должно быть целенаправленным и в тоже время, носить комплексный характер [4]. В настоящее время перечень методов и средств лечения данного состояния чрезвычайно обширен. Это во многом обусловлено сложными, до конца не изученными патогенетическими механизмами формирования [5,6]. При этом проблема особенностей комплексного лечения ХГП у больных с сахарным диабетом широко представлена в современной литературе, предложены методы дифференциальной терапии, в зависимости от типа сахарного диабета, степени тяжести [7-10]. Особенности лечения ГП у больных с проявлениями ИЗСД изучены недостаточно. Исследуя в данном направлении актуальны, так как могут позволить обосновать эффективность использования в комплексном лечении ГП ряда новых методов и средств.

Цель работы – повышение эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита II степени тяжести (ХГП) у пациентов сахарным диабетом I типа путем использования предложенных методов лечения.

Материал и методы

В зависимости от используемых методов лечения пациенты с ГП на фоне ИЗСД были распределены на 2 рандомизированные группы: I (А) подгруппа – пациенты с ГП на фоне ИЗСД с использованием разработанного лечения, входящего в комплексное лечение, и I (В) подгруппа – пациенты с ГП на фоне ИЗСД использовали традиционные методы лечения согласно унифицированным клиническим протоколам МЗ ДНР оказания стоматологической помощи [1]. Всем пациентам проводилось базисное лечение, назначенное соответствующими врачами после дополнительного комплексного обследования (эндокринолог, иммунолог).

Врачом-стоматологом параллельно проведено первичное пародонтологическое лечение, включающее санацию полости рта, профессиональную гигиену полости рта: снятие наддесневых и поддесневых зубных отложений, детоксикацию поверхностей корней зубов, консервативное лечение пародонтальных карманов (ПК), обучение индивидуальной гигиене полости рта. Следующим этапом было устранение местных раздражающих факторов (замена или коррекция некачественных, с нависающими краями пломб, заменой ортопедических конструкций, не соответствующих требованиям). Избирательное пришлифовывание зубов (методика Дженкельсона) проводилось с целью устранения вторичной травматической окклюзии с целью снятия воспалительного процесса, улучшения кровообращения и трофики тканей, а также устранения патологической подвижности и нормализации окклюзионных соотношений, снимающих травмирующее действие жевательного давления. Местная противовоспалительная и антибактериальная терапия – до улучшения клинической картины и исчезновения жалоб, т.е. до устранения воспалительного процесса в тканях пародонта: отсутствия боли и отека в десне, восстановления цветовой гаммы и рельефа десневого края, отсутствия кровоточивости десен.

Для местной антимикробной терапии I (А) подгруппы использовали: 0,02 % раствор хлоргексидина биглюканата, после чего проводили аппликационную сорбентотерапию 20 % гидрогелевым раствором «Атоксил» на 20 минут на *locus morbi*, меняя каждые 4-6 минут ватные турунды. Параллельно системно назначали сорбент *per os* с целью профилактики синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ). После сорбентотерапии проводили инстилляцию в ПК лекарственной фито-композиции разработанной вместе с фармакологами [11]. Приоритетное значение в использовании разработанного способа заключается в том, что в состав композиции входит спиртово-эфирная настойка прополиса, которая образует тонкую

защитную пленку, покрывающую *locus morbi* и дает возможность длительного медикаментозного воздействия на ткани пародонта. Курс местного лечения фитокомпозицией составил 4-5 дней.

Параллельно в состав комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита у пациентов сахарным диабетом I типа назначались два синтетических препарата, «Полиоксидоний», по 1 таблетке под язык, 1 раз в день, курс приема 10 дней, принимать за 20-30 минут до еды и Ликопид по 1 таблетке под язык, 1 раз в день, курс приема 10 дней, принимать за 20-30 минут до еды. Используемые препараты способствует нормализации и стабилизации показателей иммунитета. Применение двух препаратов благоприятно отражается на результатах комплексного лечения ГП у ИЗСД, которые способны воздействовать на активность клеток моноцитарно-макрофагальной системы и оказывать влияние на наличие признаков вторичного иммунодефицита, в результате чего увеличивается продолжительность клинического благополучия, уменьшаются сроки лечения и количество посещений, что является перспективным направлением в эндокринологии и пародонтологии. Для местной антимикробной терапии ГП пациентов I (B) подгруппы использовали: 0,02 % раствор хлоргексидина биглюконата; аппликационно применяли гель «Метрогил-дента» с последующим ополаскиванием полости рта раствором «Фитодент».

Эффективность лечения оценивали через 1, 6 и 12 месяцев после лечения.

По показаниям использовали физи-

ческие методы лечения, которые назначались врачом-физиотерапевтом по индивидуальным показаниям: электрофорез, диадинамотерапию, короткоимпульсную электроаналгезию, индуктотерапию, магнитотерапию и лазеротерапию. Хирургическое и ортопедическое лечение проводилось в соответствии с основным планом лечения, поэтапно, на протяжении всего курса лечебных мероприятий, где контролировали не только состояние тканей пародонта, но и состояние уровня показателей углеводного и липидного обмена. Использовалась также витаминотерапия Квадевитом по 1 таблетке в день, на протяжении 1 месяца, которая назначалась врачом-терапевтом-стоматологом и остеотропная терапия Кальцемином по 1 таблетке 1 раз в день, на протяжении 3 месяцев, которая назначалась врачом-терапевтом-стоматологом курс 3 раза в год. Применение остеотропных препаратов в комплексном лечении ГП способствует повышению эффективности лечения, стабилизации дистрофических процессов в альвеолярной кости и тканях пародонта, удлинению сроков ремиссии.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием авторской программы для «MedStat» и универсального пакета для статистического анализа «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждения

В таблице 1 представлены результаты эффективности лечения больных основной и контрольной групп через месяц после комплексного лечения.

Оценка эффективности лечения инсулинозависимых больных с ГП основной и контрольной групп через 1 месяц после комплексного лечения

Группы больных	Всего	Эффективность лечения					
		незначительное улучшение		улучшение		значительное улучшение	
		абс.	%±m%	абс.	%±m%	абс.	%±m%
I (А) подгруппа-(Основная) – разработанное лечение	30	4	13,3±6,2	11	36,7±8,8	15	50,0±9,1
I (В) подгруппа – (Контрольная)- традиционное лечение	30	14	46,7±9,1	6	20,0±7,3	10	33,3±8,6
Итого	60	18	30,0±5,9	17	28,3±5,8	15	25,0±5,6
$\chi^2=5,79, p=0,016$							

Подводя итоги оценки эффективности результатов комплексного лечения у больных ГП через 1 месяц, было установлено, что в I (А) подгруппе отмечалось «улучшение» и «значительное улучшение» результатов лечебных мероприятий, что составило в среднем 86,7±6,2%, а «незначительное улучшение» – в 13,3±6,2% случаев (табл.1). В I (В) подгруппе отмечены результаты хуже, поскольку «значительное улучшение» зафиксировано лишь в 33,3±8,6%, а «незначительное улучшение» в 46,7±9,1% случаев. Здесь можно говорить о статистически значимом более высоком эффекте выбранного лечения у пациентов I (А) подгруппы (p=0,016). Абсолютный риск формирования «незначи-

тельного улучшения» после лечения в I (А) подгруппе составил 13,3% (95% ДИ: 3,5%–28,3%), а в контрольной - I (А) подгруппе – 46,7% (95%ДИ:28,7%–65,1%) (p=0,011). Отношение рисков формирования «незначительного улучшения» после лечения в основной группе к контрольной составило 3,5 (95%ДИ:1,30–9,41) (p=0,05), т.е в среднем в 3,5 раза реже в I (А) подгруппе наблюдается низкий эффект лечебного воздействия через 1 месяц от начала лечения с применением новой методики. В таблице 2 представлены результаты эффективности лечения больных основной и контрольной групп через 6 месяцев после комплексного лечения.

Оценка эффективности комплексного лечения у инсулинозависимых больных с ГП основной и контрольной групп через 6 месяцев после проведения комплексного лечения

Группы больных	Всего	Эффективность лечения					
		незначительное улучшение		улучшение		значительное улучшение	
		абс.	%±m%	абс.	%±m%	абс.	%±m%
Контрольная	30	8	26,7±8,1	13	43,3±9,0	9	30,0±8,4
Основная	30	-	0,0	13	43,3±9,0	17	56,7±9,0
Итого	60	8	13,3±4,4	26	43,3±6,4	26	43,3±6,4
$\chi^2 = 10,45, p < 0,005$							

Оценка эффективности результатов комплексного лечения у больных ГП через 6 месяцев после его проведения показала, что в основной группе отмечалось только «улучшение» и «значительное улучшение» результатов лечебных мероприятий, что составило в среднем в 100% случаев (табл. 2). В контрольной группе отмечены результаты более низкие: так «значительное улучшение» зафиксировано лишь в 73,3±8,1%, а «незначительное улучшение» в 26,7±8,1% случаев. Таким образом, можно говорить о статистически значимом более высоком эффекте лечения в основной группе ($p=0,005$). Абсолютный риск формирования незначительного улучшения

после лечения в основной группе составил 0,0% (95%ДИ:0,0%–6,2%), а в контрольной – 26,7%(95%ДИ:12,1%–44,4%) ($p=0,05$). Снижение абсолютного риска формирования состояния «незначительного улучшения» после лечения в основной группе по отношению к контрольной составило 26,7(95%ДИ: 9,8–44,4) ($p=0,003$), т.е через 6 месяцев от начала лечения в среднем у 26,7% больных в основной группе чаще наблюдается высокий эффект лечения, чем низкий. В таблице 3 представлены результаты эффективности лечения больных основной и контрольной групп через 12 месяцев после комплексного лечения.

Оценка эффективности комплексного лечения у инсулинозависимых больных с ГП основной и контрольной групп через 12 месяцев после проведения комплексного лечения

Группы больных	Всего	Эффективность лечения					
		незначительное улучшение		улучшение		значительное улучшение	
		абс.	%±m%	абс.	%±m%	абс.	%±m%
Контрольная	27	6	22,2±8,0	12	44,4±9,6	9	33,4±9,1
Основная	26	-	0,0	10	38,5±9,5	16	61,5±9,5
Итого	53	6	11,3±4,4	22	41,5±6,7	25	47,2±6,9
$\chi^2=8,13$, $p<0,017$							

Оценка эффективности комплексного лечения у больных ГП через 12 месяцев после его проведения показала, что в основной группе так же, как и в период 6 месяцев, отмечалось только «улучшение» и «значительное улучшение» результатов лечебных мероприятий, что составило в среднем в 100% случаев (табл. 3). В контрольной группе отмечены результаты более низкие: так «значительное улучшение» зафиксировано лишь в 77,8±8,0% случаев, а «незначительное улучшение» в 22,2±8,1% случаев. Таким образом, можно говорить о статистически значимом более высоком эффекте лечения в основной

группе ($p=0,017$). Абсолютный риск формирования незначительного улучшения после лечения в основной группе через 12 месяцев составил 0,0% (95% ДИ: 0,0%–7,1%), а в контрольной – 22,2% (95% ДИ: 8,3%–40,4%) ($p=0,05$). Снижение абсолютного риска формирования незначительного улучшения после лечения в основной группе по отношению к контрольной составило 22,2(95% ДИ: 4,9–40,8) ($p=0,02$), т.е. через 12 месяцев от начала лечения в среднем у 22,2% пациентов в основной группе реже наблюдается низкий эффект, чем высокий.

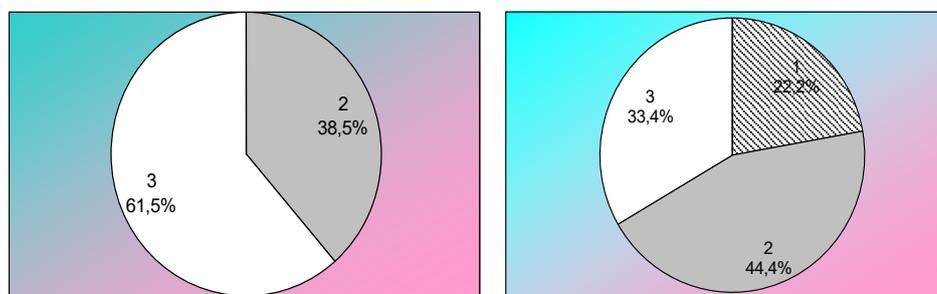


Рисунок. Эффективность комплексного лечения больных ГП основной и контрольной групп.

Примечание: 1 – незначительное улучшение; 2 – улучшение; 3 – значительное улучшение.

Выводы

По результатам проведенных клинико-лабораторных исследований разработана схема восстановления дисбаланса иммунной системы, предусматривающая использование иммунотерапевтических препаратов входящих в состав комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов сахарным диабетом I типа, с использованием Полиоксидония, Ликопида и разработанной фитокомпозиции, позволившая активизировать местную и общую реактивность организма, снизить количество рецидивов и добиться длительной стабилизации кли-

нико-рентгенологического статуса тканей пародонта. Выявлена и оценена клиническая эффективность использования в комплексном лечении генерализованного пародонтита у пациентов сахарным диабетом I типа иммуномодулирующих препаратов, которые повышают эффективность лечения, что подтверждается показателем САР 22,2 % (95%ДИ: 4,9–40,8). Используемая терапия способствует снижению в 3 раза исходных повышенных концентрациях в ротовой жидкости IL-1 β , в 2 раза лактоферрина и sIgA, повышением в крови IL-4 и IgA, что отражается и соотносится с клиническими индексами и пробами.

Список литературы

1. Амхадова, М.А. Фармакоэкономическая оценка эффективности местного лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне сахарного диабета 2-го типа [Текст] / М.А. Амхадова [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2011. – 3 1. – С. 18-19.
2. Балаболкин, М.И. Возможности адекватного лечения сахарного диабета типа I на современном этапе [Текст] / М. И. Балаболкин, В.М. Креминская, Е.М. Клебанова // *Consilium medicum*. 2001. – № 11. – С. 531-534.
3. Гударьян, А.А. Частота и особенности клинических проявлений генерализованного пародонтита при различных компонентах метаболического синдрома [Текст] / А.А. Гударьян // *Вісник стоматології*. – 2003. – № 1. – С. 20-22.
4. Дмитриева, Л.А. Пародонтит [Текст] / Л.А. Дмитриева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 507с.
5. Иванова, Ж.В.. Распространенность и интенсивность и особенности клинического течения заболевания пародонта у лиц молодого возраста [Текст] / Ж.В. Иванова // *Современная стоматология*. – 2008. – № 1. – С. 15 – 21.
6. Осипенкова, Т.С. Современные представления о роли этиологии, патогенеза и лечения воспалительных заболеваний пародонта: материалы лекции [Текст] / Осипенкова Т.С. – Донецк, 2007. – 35 с.
7. Приказ № 98 МЗ ДНР от 01.02.2017 «Об утверждении унифицированных клинических протоколов стоматологической ортопедической, терапевтической, хирургической помощи взрослому населению».
8. Романенко, И.Г. Повышение эффективности комплексного лечения пародонтита у больных сахарным диабетом [Текст] / И.Г. Романенко, Е.Н. Казинина // *Современная стоматология*. – 2011. – № 5. – С. 121.
9. «Состав для лечения пародонтальных карманов при заболеваниях пародонта у больных сахарным диабетом» Рационализаторское предложение № 6233 от 06.07.2018г. «Склад для лікування пародонтальних карманів при захворюваннях пародонта у хворих на цукровий діабет» Патент на корисну модель № 129666 від 12.11.2018, Бюл. № 21.
10. Тарасенко, Л.М. Стресс и пародонт [Текст] / Л.М. Тарасенко, Т.А. Петрушанко. – Полтава, 1999. – 192 с.
11. Чайковская И.В. Эффективность проведения этиопатогенетического лечения больных генерализованным пародонтитом III степени тяжести [Текст] / И.В. Чайковская // *Український стоматологічний альманах*. – 2009. – № 6. – С. 31-37.

Zabrodnyaya V.K., Soboleva A.A., Chaikovskaya I.V.

COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

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

Summary

The aim. Improving the effectiveness of complex treatment of chronic generalized periodontitis II severity (CGP) in patients with type I diabetes mellitus by using the proposed methods of treatment.

Material and methods. Depending on the methods of treatment used, patients with GP against the background of insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) were divided into 2 randomized groups: I (A) subgroup (main) - patients with GP against the background of IDDM using the developed treatment included in the complex treatment, and I (C) subgroup (control) - patients with HP against the background of IDDM, who used traditional methods of treatment according to the unified clinical protocols of the Ministry of Health of the DPR for the provision of dental care [1]. The results of complex treatment in patients with GP were evaluated after 1, 6 and 12 months.

Results. Summing up the evaluation of the effectiveness of the results of complex treatment in patients with GP after 1 month, a higher effect of the selected treatment in patients of subgroup I (A) ($p=0.016$), after 6 months in the main group ($p=0.005$), 12 months after treatment in the main group the results are the same as in the period of 6 months, there was only "improvement" and "significant improvement" in the results of therapeutic measures, which averaged 100% of cases, in the control group the results were lower: so "significant improvement" was recorded only in $77.8\pm 8.0\%$ of cases, and "slight improvement" in $22.2\pm 8.1\%$ of cases.

Conclusions. The clinical effectiveness of the use of immunomodulatory drugs in the complex treatment of generalized periodontitis in insulin-dependent patients, which increase the effectiveness of treatment, was identified and evaluated, as evidenced by the SAR index of 22.2% (95% CI: 4.9–40.8). The therapy used contributes to a 3-fold decrease in the initial elevated concentrations in the oral fluid of IL-1 β , 2-fold decrease in lactoferrin and sIgA, an increase in IL-4 and IgA in the blood, which is reflected and correlated with clinical indices and samples.

Keywords: *chronic generalized periodontitis, diabetes mellitus, periodontal indices and tests, immunomodulatory drugs.*

Авторская справка и доленое участие

Забродняя В.К.

преподаватель дисциплины «Микробиология» Государственного профессионального образовательного учреждения «Донецкий медицинский колледж», v.zabrodnyaya@mail.ru (наблюдение больных, сбор и анализ данных литературы, написание текста статьи).

Чайковская И.В.

д.мед.н., профессор, проф. каф. стоматологии ФИПО ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, anna.lukashuk@mail.ru (разработка концепции и дизайна работы).

Соболева А. А.

асс. каф. стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.
М. ГОРЬКОГО, soboleva_anna1986@mail.ru (анализ данных
литературы и научное редактирование статьи).

УДК: 616.716.4-001+615.471.24

Павленко М.Ю., Бугорков И.В., Чайковская И.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ СОСТАВНОГО ИМПЛАНТАТА ЭНДОПРОТЕЗА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

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

Резюме

Целью данной работы стала оптимизация хирургических подходов в лечении субтотальных дефектов нижней челюсти, позволяющих достигнуть максимальных функциональных и косметических результатов.

В статье представлен клинический случай применения составного имплантата-эндопротеза у пациента с субтотальным дефектом нижней челюсти. Для изготовления имплантата использовался метод компьютерного моделирования, позволяющий оценить объем дефекта и изготовить методом 3D-печати составной имплантат эндопротез из материала РЕЕК 220. Двухэтапное оперативное вмешательство позволяет вначале интегрировать в мягкие ткани среднюю часть эндопротеза и прошествии 2 месяцев установить остальные элементы эндопротеза, что исключает прорезывания имплантата на начальных стадиях.

Использование данной методики позволило добиться интеграции протеза с мягкими тканями, и получить высокий функциональный и эстетический результат, путем восстановления контуров лица.

Ключевые слова: *эндопротез, восстановление контуров лица, эстетика, нижняя челюсть, реконструкция.*

Общеизвестно, что нижняя челюсть является подвижной частью зубочелюстного аппарата, обеспечивающая прикрепление мышц, участвующих в сложном механизме биомеханической деятельности.

Одним из этиологических факторов, приводящих к тотальным дефектам нижней челюсти является токсический остеомиелит, возникающий вследствие приема наркотических препаратов либо на фоне химиолучевой терапии [1,2,3].

Возникновение обширных дефектов, вследствие употребления наркотических средств приводит к поражению, с дальнейшей утратой нижней челюсти, приводящей к нару-

шению каркасности нижней челюсти, и функциональных расстройств (функции глотания, жевания и речи). Грубое западение нижней трети лица ведет к обезображиванию пациента и способствует психоэмоциональным расстройствам. Пациенты не могут дышать лежа на спине, за счет отсутствия прикрепления органокомплекса мышц, что делает невозможным проведение интубационного наркоза без наложения трахеостомы.

Стоит отметить, что замещение данного дефекта представляет определенные трудности, связанные с обширностью костного дефекта. Для замещения подобных дефектов, как правило, используется реваскуляризированный

трансплантат на сосудистой ножке из малоберцовой кости [4,5]. Данная методика стала золотым стандартом современной реконструктивной хирургии. К сожалению, для ее применения существуют определенные противопоказания. Прежде всего, нарушение сосудистого кровотока, как и в реципиентной зоне, так и в зоне забора трансплантата, что делает проведение данной операции невозможной у пациентов, употребляющих в анамнезе инъекционные наркотические препараты.

В современной литературе описаны случаи успешного замещения тотальных дефектов при помощи эндопротезирования цельной конструкцией из титана, изготовленной методом 3D-селективного лазерного спекания. Такой протез покрыт биосовместимым гидроксиапатитом и имеет полированные суставные головки. Конструкция предусматривает установку несъемного протеза посредством винтовой фиксации [6,7].

Литературные данные свидетельствуют о применении индивидуального пористого имплантата эндопротеза из никелида титана для замещения тотальных дефектов [2]. Однако стоит отметить эндопротезирование таких обширных дефектов представляют особые трудности, связанные прежде всего с прорезыванием эндопротеза через мягкие ткани, что впоследствии приводит к инфицированию [8,9,10]. Данные виды эндопротезирования имеют ряд нерешенных вопросов. Например, не определены методологические аспекты хирургических подходов по их установке. Именно это и является целью нашей работы.

Цель: оптимизация хирургических подходов в лечении субтотальных дефектов нижней челюсти, позволяющих достигнуть максимальных функциональных и эстетических результатов за счет восстановления контуров лица и создание каркаса для прикрепления мышц.

Материал и методы

Для лечения пациента с послеоперационной деформацией нижней челюсти был применен составной эндопротез, изготовленный посредством использования 3D-технологии с использованием материала PEEK M220.

Пациент Р. 36 лет, обратился в ЧЛХО г. Макеевки с жалобами на деформацию лица, затрудненное жевание, глотание. Со слов больного болеет в течении 10 лет, после употребления некротических препаратов (дезоморфин в течении 12 лет) стали расшатываться и выпадать зубы на нижней челюсти, лунки зубов долго не заживали. Пациенту выставлен диагноз: хронический токсический остеомиелит нижней челюсти. Неоднократно оперировался в ЧЛХО г. Макеевки (6 раз). Последний раз в ноябре 2020 г. было произведено под общим наркозом оперативное вмешательство: некрэтомия, удаление некротических участков тела, ветви и тела челюсти и суставного отростка справа. Госпитализирован на следующий этап оперативного лечения. В 2021 была произведена неудачная попытка эндопротезирования, которая привела к удалению эндопротеза. На момент осмотра: лицо асимметрично за счет послеоперационной деформации нижней челюсти. Слева имеется дефект костной ткани: отсутствие тела ветви и суставного отростка, справа у пациента. В подчелюстной области слева и справа имеются послеоперационные рубцы, бледно-розовые, мягко-эластической консистенции. Открывание рта ограничено до 2,5 см. При осмотре полости рта зубы на нижней челюсти отсутствуют. Определяются рубцы в области альвеолярных отростков бледно-розовые, мягко эластической консистенции (рис. 1).



Рисунок 1. Внешний вид пациента до проведения оперативного вмешательства.

Пациенту была произведена спиральная компьютерная томография лицевого скелета с объемной реконструкцией изображения (рис. 2).

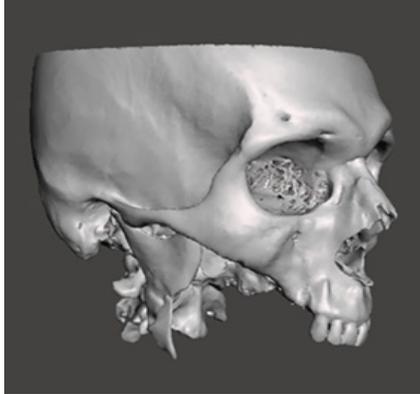


Рисунок 2. СКТ лицевого скелета пациента.

На серии СКТ определяется обширный костный дефект нижней челюсти, так же определяется сохранившийся фрагмент ветви нижней челюсти суставного и венечного отростка слева, края костного дефекта сглажены. С помощью программного обеспечения из данных компьютерной томограммы получена компьютерная модель косного дефекта нижней челюсти пациента. Оценены антропометрические данные пациента, фрагмент челюсти виртуально поставлен в правильное анатомическое положение. Из имеющихся данных произведено моделирование конструкции индивидуального эндопротеза нижней челюсти, восстанавливающего исходную форму и размеры утраченного фрагмента нижней челюсти. Смоделированный имплантат эндопротез состоял из трех частей и полностью соответствовал утраченному фрагменту нижней челюсти пациента (рис. 3).



Рисунок 3. Вид эндопротеза.

Примечание: 1 – тело челюсти; 2 – симметричные фрагменты, содержащие симметричные половины угла челюсти, ветви челюсти с мыщелковым отростком и венечным отростком.

Все элементы, согласно полезной модели, выполнен из материала РЕЕК М220. Все три части эндопротеза разборные и крепятся к друг другу при помощи пазов и проволочных швов. Левая часть имеет отверстия для фиксации к телу части при помощи реконструктивных винтов.

Средняя часть представлена на рис. 4.

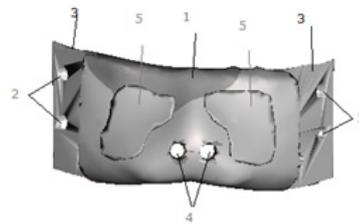


Рисунок 4. Средняя часть эндопротеза.

Примечание: 1 – тело челюсти; 2 – отверстия под титановую проволоку; 3 – пазы для фиксации к другим частям эндопротеза; 4 – отверстия для фиксации мягких тканей; 5 – пористая структура для прорастания мягких тканей

На рис. 5 изображена правая часть, все элементы которой имеют пористую структуру для интеграции и прорастания мягких тканей, схожую со структурой костной трабекулы.

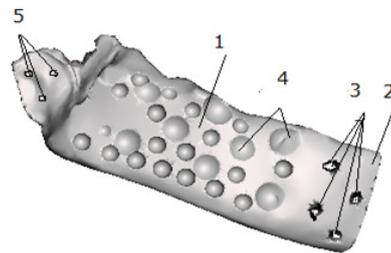


Рисунок 5. Правая часть эндопротеза.

Примечание: 1 – тело челюсти; 2 – обратные части пазов для фиксации; 3 – угол челюсти; 4 – мыщелковый отросток, который имеет форму соответствующую суставной ямки; 5 – сквозные отверстия для плотной фиксации мягких тканей к эндопротезу.

На рис. 6 изображена левая часть.

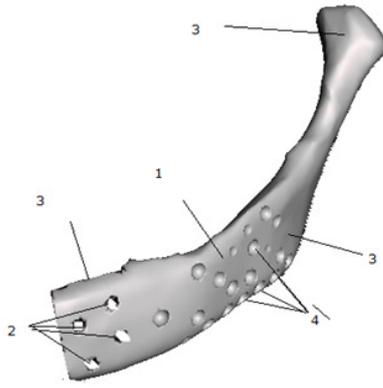


Рисунок 6. Левая часть эндопротеза.

Примечание: 1 – тело челюсти; 2 – отверстия под титановую проволоку; 3 – пазы для фиксации; 4 – пористая структура для прорастания мягких тканей; 5 – отверстия для фиксации реконструктивных винтов.

На рис. 7 изображена компьютерная модель, согласно которой производилась печать пористой структуры для интеграции и прорастания в мягких тканях, схожая со структурой костной трабекулы.

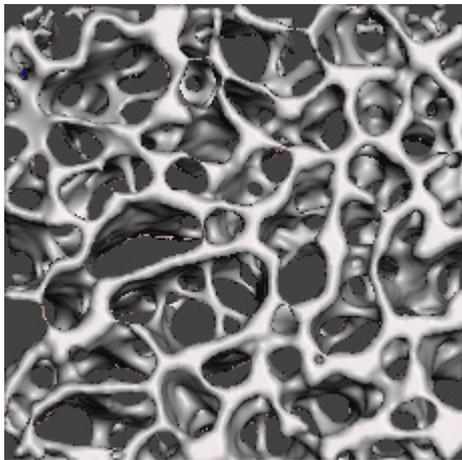


Рисунок 7. Структура костных трабекул.

Осуществлена виртуальная постановка эндопротеза нижней челюсти согласно головки и суставной ямки слева в правильное анатомическое положение. На основании полученной компьютерной модели из материала РЕЕК М220 методом 3D-печати изготовлены 3 части индивидуальных эндопротеза.

Выполнен первый этап операции. Под интубационным наркозом производится полуовальный разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки. Выделены мягкие ткани и культя

подподбородочных мышц. Эндопротез содержащий срединный элемент ментального отдела установлен в отпрепарированное ложе, через отверстия в ментальном отделе подшит к подподбородочным мышцам. Рану послойно ушита викрилом и полиамидом, установлены ленточные дренажи.

Через 2 месяца после интеграции эндопротеза с мягкими тканями выполнен второй этап операции. Под интубационным наркозом произведены два симметричных разреза окаймляющие углы нижней челюсти слева и справа рассечены мягкие ткани, отсепарировано ложе для имплантата слева и справа. Выделены пазы на средней части эндопротеза, после чего установлены левый и правые части сложносоставного имплантата-эндопротеза в правильное анатомическое положение, и фиксированы к пазам проволочными швами. Скелетирован костный фрагмент культи тела правого суставного отростка. Правую часть эндопротеза фиксировали реконструктивными винтами к фрагменту нижней челюсти. Рану ушили послойно с дренажами. Пациенту было проведено снятие швов на 12 сутки.

Результаты и обсуждение

На всех этапах лечения заживление ран было первичным натяжением, без осложнений. Через 6 месяцев произведен контрольный осмотр. На момент осмотра пациент жалоб со стороны зубочелюстной системы не предъявлял. Конфигурация лица правильная (рис. 8).



Рисунок 8. Фотография пациента после проведенного оперативного вмешательства.

Функция нижней челюсти не нарушена, движения суставных головок свободные, одномоментные. Пациент может открывать рот до 3,0 см, выдвигать и задвигать челюсть. Патологическая подвижность не определяется. На контрольной рентгенограмме протез установлен удовлетворительно, патологическая резорбция костной ткани в области фиксирующих винтов в области тела справа не определяется.

Выводы

Результаты проведенного лечения обширного субтотального дефекта нижней челюсти позволило нам установить, что целесообразно применять разработанные

составные эндопротезы изготовленные из материала РЕЕК М220 с пористым наполнением. Использование методики компьютерного моделирования позволяет оценить объем дефекта, виртуально спланировать оперативное вмешательство, создать индивидуальную модель будущего эндопротеза. Разборной эндопротез позволяет (спокойно без нагрузки) добиться интеграции средней части эндопротеза с мягкими тканями, что исключит в последующем прорезывания имплантата эндопротеза. Эндопротез полностью восстанавливает эстетические контуры лица и создает опорный каркас для фиксации мышц.

Список литературы

1. Басин, Е.В. Препаратобусловленный остеонекроз челюстей [Текст] / Е.В. Басин, Ю.Д.Медведев, К.А. Поляков // *Врач*. — 2015. — №3. — С.66-68.
2. Вербо, Е.В. Поиск оптимальных методов хирургического лечения пациентов с остеорадионекрозом челюстей [Текст] / Е.В. Вербо [и др.] // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. — 2018. — № 4. — С.68-72.
3. Нестеров, А.А. Состояние костной ткани челюстей на этапах лечения одонтогенных дезоморфических остеонекрозов [Текст] / А.А. Нестеров, Э.Р. Яхьяева, Е.В. Тулаева // *Клиническая стоматология*. 2021. — №1(97). — С. 86-93.
4. Adrianus M.M., Nikolaas J.M. Pat. Medical B.V. WO 2013/034180 A1, International Filing Date 07.09.2011; Publication Date 14.03.2013
5. Braimah, R.O. Mandibular reconstruction with autogenous non-vascularised bone graft [Text] / R.O. Braimah [et al.] // *Health Sciences*. — 2019. — №19(3). — P.268-277. — DOI: 10.4314/ahs.v19i3.53
6. Chengzhu, L. Polyetheretherketone and Its Composites for Bone Replacement and Regeneration [Text] / L. Chengzhu, L. Yuchao, S.C. Tjong // *Polymers (Basel)*. — 2020. — Nov №29(12). — P.28-34. — DOI: 10.3390/polym12122858
7. Chernohorskyi, D.M. Total mandibular defect reconstruction by total titanium patient-specific implant: clinical efficacy and long term follow up. clinical case [Text] / D.M. Chernohorskyi [et al.] // *Wiadomości Lekarskie*. — 2021. — №74(4). — P. 1037-1041. — DOI: 10.36740/WLek202104142
8. Li, S. Surface porous poly-ether-ether-ketone based on three-dimensional printing for load-bearing orthopedic implant [Text] / S. Li [et al.] // *Mech Behav Biomed Mater*. — 2021. — № 120. — P. 104-110. — DOI: 10.1016/j.jmbbm.2021.104561
9. Neto, T. Resection and microvascular reconstruction of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: The role of microvascular reconstruction. / T. Neto [et al.] // *Head & Neck*. — 2016. — № 38(8). — P.1278-1285. — DOI: 10.1002/hed.24395
10. Silva, L.F. Surgical management of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: literature review [Text] / L.F. Silva [et al.] // *Oral Maxillofac Surg*. — 2016. — № 20(1). — P. 9-17. — DOI: 10.1007/s10006-015-0538-x

Pavlenko M.Y., Bugorkov I.V., Tchaikovsky I.V.

A CLINICAL CASE OF THE USE OF A COMPOSITE IMPLANT OF AN ENDOPROSTHESIS TO REPLACE A TOTAL DEFECT OF THE LOWER JAW

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

Summary

The aim of this work was to optimize surgical approaches in the treatment of subtotal mandibular defects, allowing to achieve maximum functional and cosmetic results.

The article presents a clinical case of using a composite endoprosthesis implant in a patient with a subtotal mandibular defect. For the manufacture of the implant, a computer simulation method was used to estimate the volume of the defect and to fabricate a composite endoprosthesis implant from PEEK 220 material using 3D-printing implant in the early stages.

The use of this technique made it possible to achieve integration of the prosthesis with soft tissues, and to obtain a high functional and aesthetic result by restoring the contours of the face.

Keywords: *endoprosthesis, restoration of facial contours, aesthetics, lower jaw, reconstruction.*

Авторская справка и доленое участие

Павленко М. Ю.

к.мед.н., доц. каф. стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, e-mail: stmaxi@mail.ru (сбор и анализ литературы, ведение больных, написание текста статьи).

Бугорков И.В.

д.мед.н., зав. каф. стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (научное редактирование статьи).

Чайковская И.В.

д.мед.н. профессор, проф. каф. стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (разработка концепции и дизайна работы).

Тахташов И.Р.^{1,2}, Боряк С.А.¹

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИЧЕСКИ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА СИФИЛИС

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

Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР²

Резюме

В статье приведены данные о тенденции заболеваемости сифилисом, дано определение биологически ложноположительные серологические реакции на сифилис (БЛПР), их частоте, приведена классификация по остроте процесса и этиологическому фактору. Описаны случаи БЛПР при беременности, неопластическом процессе, аутоиммунном заболевании, выделены особенности диагностики заболевания, тактики ведения пациентов, представлен обзор литературы по этой проблеме.

Ключевые слова: сифилис, биологически ложноположительные серологические реакции на сифилис.

В последние годы отмечается уменьшение заболеваемости сифилисом, однако, прослеживается высокий удельный вес скрытых и поздних форм заболевания [3,7]. По официальным статистическим данным, заболеваемость сифилисом в Российской Федерации стабильно снижается. Так, в 2018 г. показатель заболеваемости в целом составил 16,7 на 100 000 населения, однако, в общей структуре доля поздних форм, в том числе скрытого позднего сифилиса, сохраняется на высоком уровне [2]. В различных регионах пациенты со скрытым ранним сифилисом составляют от 35,5% до 69% от общего числа больных [2]. Все это определяет высокую социальную значимость этой инфекции [2, 4].

В этих условиях при диагностике сифилиса решающую роль играют лабораторные методы исследования, среди которых абсолютный приоритет имеют серологические

методы исследования, основанные на выявлении в сыворотке крови антител к возбудителю сифилиса, однако ни один из них не обладает абсолютной специфичностью [1].

К числу регламентированных серологических методов исследования крови относят нетрепонемные тесты (НТТ) — реакцию микропреципитации (МРП) или ее аналоги: тест быстрых плазменных реактивов (РПР), тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний (Venereal Disease Research Laboratory test, VDRL) и трепонемные тесты (ТТ) — иммуноферментный анализ (ИФА), реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА), реакцию иммунофлюоресценции (РИФ) в модификациях РИФ-абс и РИФ-200, реакцию иммобилизации бледных трепонем (РИБТ), метод иммунохемилюминесценции (ИХЛ) и метод иммунохроматографии (ИХГ) [4,6].

Установление диагноза скрытого сифи-

лиса только на основании положительных результатов серологических тестов при отсутствии клинических симптомов болезни, отрицательных данных кон-frontации и анамнеза – весьма ответственная задача, так как не всегда позитивные серологические реакции указывают на наличие специфической инфекции в организме.

В ряде случаев эти реакции могут быть положительными при отсутствии специфической инфекции в организме. Положительные результаты серологических реакций на сифилис у лиц, не страдающих им, называют ложноположительными, неспецифическими, биологически ложноположительными (biological false positive tests results for syphilis), ложноположительными несифилитическими серологическими реакциями. Эти названия не совсем точно отражают ситуацию, так как результаты серологических исследований не являются ложноположительными. Они действительно положительны, но наблюдаются у человека, не больного сифилисом [5].

Биологически ложноположительные серологические реакции (БЛПР или ЛПР) условно подразделяются на:

- острые, с давностью менее 6 месяцев,
- хронические – с давностью более 6 месяцев.

Острые БЛПР нестойки и негативизируются спонтанно в течение 4-6 месяцев, как правило, после исчезновения вызвавшей их причины [5]. Хронические БЛПР сохраняются длительное время, иногда могут оставаться позитивными в течение всей жизни [5].

Частота БЛПР колеблется в широких пределах (от 0,03% до 2,3 %) и зависит от контингента обследуемых (доноры, беременные, соматические больные, практически здоровые) и вида серологических реакций [1].

При обследовании практически здоровых людей из общей популяции, на каждый истинно положительный нетрепонемный тест приходится 20 ложноположительных [5]. Наиболее часто неспецифические ложноположительных результаты

выпадают в серологических реакциях, в которых используется кардиолипидный антиген [5].

Все причины, вызывающие неспецифические положительные результаты серологических реакций на сифилис, можно разделить на три группы [8]:

1. Заболевания, вызываемые возбудителями, которые имеют антигенное сходство с бледной трепонемой. К этой группе относятся БЛПР, наблюдающиеся при возвратном тифе, фрамбезии, беджель, пинте, лептоспирозе, наличии других видов трепонем, боррелий и лептоспир, сапрофитов на слизистой оболочке рта и гениталий и приводящих к возникновению воспалительных процессов [8]. В результате их воздействия в организме человека начинают вырабатываться антитела, сходные с антителами, которые вырабатываются при заражении человека сифилисом.

2. Физиологические и патологические состояния организма, обуславливающие обменные нарушения [4,7]. Это проявляется физико-химическими изменениями сыворотки крови, сдвигами в состоянии белкового и липидного обмена, аутоиммунными нарушениями. Нарушается соотношение альбуминовых и глобулиновых фракций, увеличивается количество глобулинов, изменяются показатели белковых фракций сыворотки крови, повышается уровень холестерина и лецитина [8].

3. Ошибки лабораторных методов исследования [7,8].

Цель исследования – представить особенности течения острых и хронических БЛПР, развившихся вследствие физиологических состояний и заболеваний, вызывающих, в том числе и обменные изменения организма, на примере анализа 3 клинических случаев.

Результаты и обсуждение

Первый случай клинических наблюдений:

Больная Ш, 33 лет, осмотрена врачом дерматовенерологом в связи с выявлением положительных серологических реакций на

сифилис при плановом обследовании в отделении акушерской патологии с диагнозом беременность II, 39-40 недель

Анамнез жизни: ранее сифилисом не болела.

При постановке на учет по поводу беременности в сроке 8-9 недель, реакция связывания комплемента (РСК) с кардиолипидным антигеном отрицательная, с трепонемным антигеном отрицательная, микрореакция преципитации (МРП) с трепонемным антигеном отрицательная.

Женскую консультацию пациентка посещала не регулярно. Поступила в родильный стационар в родах.

Ранее, 13 лет назад, во время первой беременности при постановке пациентки на учет в сроке 8-9 недель, РСК с кардиолипидным антигеном отрицательный, с трепонемным антигеном отрицательный, МРП с трепонемным антигеном отрицательная. В сроке 24-25 недель РСК с кардиолипидным антигеном отрицательный, с трепонемным антигеном отрицательный, МРП с трепонемным антигеном отрицательная.

В родильном стационаре РСК с кардиолипидным антигеном слабо положительный 2+, с трепонемным антигеном слабо положительный 2+, МРП с трепонемным антигеном слабо положительная 2+, РИФ-200 и РИФ-абс. отрицательные, РИБТ отрицательная.

Обследован половой партнер: кожные покровы и видимые слизистые свободны от проявлений активного сифилиса. РСК с кардиолипидным антигеном отрицательный, с трепонемным антигеном отрицательный, МРП с трепонемным антигеном отрицательная, РИФ-200 и РИФ-абс. отрицательные).

В анамнезе указания на перенесенный сифилис отсутствуют.

Другие половые связи пациентка категорически отрицает.

На основании данных объективного осмотра, серологического обследования, результатов осмотра смежными специалистами, а также данных эпидемиологического анамнеза, пациентке диагноз сифилиса ис-

ключен и установлен диагноз острое БЛПР.

Роды в срок. Новорожденный обследован. Кожные покровы и видимые слизистые свободны от специфических проявлений. КСР с кардиолипидным антигеном отрицательный, с трепонемным антигеном отрицательный, МРП с трепонемным антигеном отрицательная, РИФ-200 и РИФ-абс. отрицательные). IgM к *Treponema pallidum* в сыворотке крови на 14 сутки после рождения не обнаружены.

Диагноз сифилиса исключен.

Через 3 месяца после родов у пациентки КСР, МРП негативировались.

Половой анамнез: замужем. Внебрачные половые связи отрицает.

Бытовые контакты: - нет.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, свободные от специфических высыпаний. Зев свободен от проявлений заразного сифилиса. Кожа ладоней, подошв без особенностей. Паховые и регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Периаанальная область свободна от специфических высыпаний.

Пациентка осмотрена врачом-терапевтом, врачом-окулистом, врачом-неврологом, ЛОР-врачом – специфической патологии не выявлено.

Обследована: общий анализ крови, мочи, функциональные пробы печени в пределах физиологических норм.

КСР положительная с кардиолипидным антигеном пол. 3+ (в титре 1:5), с трепонемным антигеном пол. 3+, МРП 3+ (в титре 1:2)

На 7-е сутки пребывания в стационаре повторно произведено серологическое исследование крови: КСР с кардиолипидным антигеном пол. 3+ (в титре 1:5), с трепонемным антигеном пол. 3+ (в титре 1:5), РИФ-200 и РИФ-абс., РПГА отрицательные).

Обследован половой партнер: Кожные покровы и видимые слизистые свободны от проявлений активного сифилиса. КСР с кардиолипидным антигеном отрицательный, с трепонемным антигеном отрицательный,

МРП с трепонемным антигеном отрицательная, РИФ-200 и РИФ-абс. отрицательные). В анамнезе указания на перенесенный сифилис отсутствуют.

На основании данных объективного осмотра, серологического обследования, результатов осмотра смежными специалистами, а также данных эпидемиологического анамнеза, пациентке диагноз сифилиса исключен и установлен диагноз острые БЛПР.

Роды в срок. Новорожденный обследован. Кожные покровы и видимые слизистые свободны от специфических проявлений.

При макро- и микроскопическом обследовании плаценты патологии не выявлено.

При осмотре врачом-неонатологом, врачом-окулистом, врачом-неврологом, ЛОР-врачом, при рентгенологическом исследовании длинных трубчатых костей, патологии не выявлено.

КСР с кардиолипновым антигеном отрицательный, с трепонемным антигеном отрицательный, МРП с трепонемным антигеном отрицательная, РИФ-200 и РИФ-абс. отрицательные). IgM к *Treponema pallidum* в сыворотке крови на 14 сутки после рождения не обнаружены.

Диагноз сифилиса исключен.

Через 3 месяца после родов у пациентки КСР, МРП негативировались.

Данный случай иллюстрирует развития острых биологически ложноположительных серологических реакций во время беременности. Поэтому установление диагноза требует тщательного комплексного подхода, включающего в себя синтез данных анамнеза, результатов нетрепонемных и трепонемных серологических тестов (нередко в динамике), результатов осмотра пациентки врачами смежных специальностей.

Второй случай клинических наблюдений:

Больной С., 52 лет представлен на консультацию врачу-дерматовенерологу по поводу положительной КСР при плановом обследовании в соматическом отделении. Пациент находится на лечении в хирургиче-

ском отделении по поводу Сa верхней трети желудка, аденокарцинома с участками внутриклеточного слизееобразования, T3N0M0, 2 стадия, G3.2 кл. группа. Рак антрального отдела желудка, гистологический тип аденокарцинома, T 2 N0 M0, стадия 1в, G1.

Жалобы на вздутие живота, чувство тяжести в желудке не связанное с приемом пищи. Снижение веса на 3 кг за последние 3 месяца.

Анамнез жизни: Ранее сифилисом не болел.

Половой анамнез: Женат. Внебрачные половые связи отрицает.

Обследована жена: Кожные покровы и видимые слизистые свободны от проявлений активного сифилиса. КСР с кардиолипновым антигеном отрицательный, с трепонемным антигеном отрицательный, МРП с трепонемным антигеном отрицательная, РИФ-200 и РИФ-абс. отрицательные). В анамнезе указания на перенесенный сифилис отсутствуют.

Бытовые контакты: - нет.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, свободные от специфических высыпаний. Зев свободен от проявлений заразного сифилиса. Кожа ладоней и подошв без особенностей. Паховые и регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Периаанальная область свободна от специфических высыпаний.

Обследован: общий анализ крови, мочи, функциональные пробы печени в пределах физиологических норм.

КСР положительная с кардиолипновым антигеном пол. 4+в титре 1:80, с трепонемным антигеном пол. 4+, МРП пол.4+ в титре 1:8

Произведено гистологическое исследование материала биопсии образований выявленного в желудке образования: Аденокарцинома желудка низко дифференцированная, альвеолярно-папиллярный тип, солидного строения, с внутриклеточным слизееобразованием и изъязвлением.

Пациент осмотрен врачом-терапевтом, врачом-окулистом, врачом-неврологом,

ЛОР-врачом – специфической патологии не выявлено.

На 8-ой день пребывания в стационаре произведено повторное серологическое исследование крови: КСР с кардиолипновым антигеном пол. 3+(в титре 1:5), с трепонемным антигеном пол. 3+(в титре 1:5), РИФ-200 и РИФ-абс., РПГА отрицательные).

На основании данных объективного осмотра, серологического обследования, наличия сопутствующей патологии, результатов осмотра смежными специалистами, а также данных эпидемиологического анамнеза, пациенту диагноз сифилиса исключен и установлен диагноз острые БЛПР и рекомендован КСК у врача-дерматовенеролога.

Больному по поводу Са верхней трети желудка проведен бо оперативное лечение - экстирпация желудка с лимфодиссекцией в объеме Д2. В послеоперационном периоде проведен курс химиотерапии.

Через 6 месяцев после лечения у пациента КСР, МРП негативировались при стойко отрицательных РИФ-200 и РИФ-абс., РПГА.

Данный случай иллюстрирует развитие острых биологически ложноположительных серологических реакций на фоне патологического состояния организма, обусловленного сопутствующей патологией, вызывающей интоксикацию, обменные нарушения. После успешной терапии достигнута негативация результатов серологических исследований.

Третий случай клинических наблюдений:

Больная П., 56 лет, представлена на консультацию врачу-дерматовенерологу по поводу положительной КСР при плановом обследовании в соматическом отделении, где находится на лечении по поводу Системной красной волчанки, хроническое течение, активность I, полиартралгия.

Жалобы: на общую слабость, головные боли, головокружения, боли в суставах кистей и коленных суставах.

Анамнез заболевания: Болеет около 20 лет, когда возникли высыпания на лице, предплечьях, боли в суставах кистей. 12 лет

назад отмечает появление положительной КСР. Ранее сифилисом не болела. В течение 12 лет состоит на учете у врача-дерматовенеролога по поводу БЛПР.

Половой анамнез: Вдова. Внебрачные половые связи отрицает.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, свободные от специфических высыпаний. Зев свободен от проявлений заразного сифилиса. Кожа ладоней и подошв без особенностей. Паховые и регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Периаанальная область свободна от специфических высыпаний.

Обследована: общий анализ крови, мочи, функциональные пробы печени в пределах физиологических норм.

КСР положительная с кардиолипновым антигеном пол. 4+ в титре 1:320, с трепонемным антигеном пол. 4+, МРП пол.4+ в титре 1:16

ЦИК в сыворотке крови 87 единиц N-30-90 МЕ/мл; Исследование на Le-клетки и анти-ДНК антитела: Le-клетки обнаружены 0-1:1002 N - 5:1000; анти-ДНК антитела – слабо положит.

При повторном (через 7 суток после первого) серологическом исследовании крови КСР с кардиолипновым антигеном пол. 4+ в титре 1:320, с трепонемным антигеном пол. 4+ в титре 1:16, РИФ-200 и РИФ-абс., РПГА отрицательные).

Осмотрена врачом-терапевтом, врачом-окулистом, врачом-неврологом, ЛОР-врачом – специфической патологии не выявлено.

На основании данных объективного осмотра, серологического обследования, наличие сопутствующей патологии, результатов осмотра смежными специалистами, а также данных эпидемиологического анамнеза, пациенту диагноз сифилиса исключен и установлен диагноз хронические БЛПР и рекомендовано продолжить КСК у врача-дерматовенеролога.

Данный случай иллюстрирует развитие хронических биологически ложноположительных серологических реакций,

развившихся более 20 лет назад на фоне аутоиммунных нарушений организма, обусловленных системной красной волчанкой.

Таким образом, особенностью данных наблюдений явилось то, что установление диагноза скрытого сифилиса весьма ответственная задача для врача. Она требует комплексного подхода, включающего в себя синтез данных анамнеза и конфронтации, положительных результатов серологических тестов, результатов осмотра врачей смежных специальностей для исключения патологии, оказывающей влияние на возможное появление биологически ложноположительных несифилитических серологических реакций, достаточно часто встречающихся в практике врача-дерматовенеролога.

Выводы

1. Биологически ложноположительные серологические реакции на сифилис (БЛПР) – это положительные реакции у людей, кото-

рые никогда не болели и в момент обследования не болеют сифилисом.

2. Частота ложноположительных результатов серологических реакций на сифилис или неспецифических результатов серологических тестов на сифилис колеблется от 0,03 % до 2,3 % в зависимости от контингента обследуемых.

3. Биологически ложноположительные серологические реакции (БЛПР или ЛПР) условно подразделяются на острые, с давностью менее 6 месяцев, и хронические – более 6 месяцев.

4. Для установления диагноза биологически ложноположительные серологические реакции необходим комплексный подход, включающий в себя синтез данных анамнеза, результатов нетрепонемных и трепонемных серологических тестов (нередко в динамике), результатов осмотра врачей смежных специальностей.

Список литературы

1. Болдина, Т.В. Ложноположительные реакции на сифилис у беременных: дифференцированный подход к диагностике [Текст]. Автореф. дис. ... кан. мед. наук / Т.В. Болдина. – Новосибирск, 2016. – 22 с.
2. Кубанов, А.А. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Итоги 2018 года [Текст] / А.А. Кубанов, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2019. – №95(4). – С. 8–23.
3. Игнатенко, Г.А. Клинический случай сифилитического мезаортита, осложненного аневризмой аорты [Текст] / Г.А. Игнатенко [и др.] // Клиническая практика. – 2019. – Т. 10, № 5 (49). – С.348–366.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Сифилис» 2020 г.
5. Овчинников, Н.М. Лабораторная диагностика заболеваний, передающихся половым путем [Текст] / Н. М. Овчинников и др. - М.: Медицина, 1987. – 302 с.
6. Приказ Минздрава РФ № 87 от 26.03.2001 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса». Приложение № 1 «Постановка отборочных и диагностических тестов на сифилис»
7. Фриго, Н.В. Проблемы серологической диагностики сифилиса. Интерпретация результатов серологических исследований [Текст] / Н.В. Фриго и др. // Клиническая дерматология и венерология. – 2016. – № 15(1). – С.60–68.

Takhtashov I.R.^{1,2}, Boryak S.A.¹

CLINICAL ASPECTS OF THE PROBLEM OF BIOLOGICALLY FALSE-POSITIVE SEROLOGICAL REACTIONS FOR SYPHILIS

*State educational organization of higher professional education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»¹,
Republican Clinical Dermatovenereological Dispensary MH DPR²*

Summary

The article presents data on the trend in the incidence of syphilis, gives a definition of biologically false positive serological reactions to syphilis (BLPR), their frequency, gives a classification according to the severity of the process and the etiological factor. The cases of BLPD during pregnancy, neoplastic process, autoimmune disease are described, the features of the diagnosis of the disease, the tactics of managing patients are highlighted, and a review of the literature on this problem is presented.

Keywords: *syphilis, biological false-positive serological tests for syphilis, pregnancy, carcinogenesis.*

Авторская справка и доленое участие

Тахташов И.Р.

к.мед.н., доц. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, врач-дерматовенеролог высшей категории РКДВД МЗ ДНР (разработка дизайна исследования, наблюдение за больными, написание текста статьи).

Борак С.А.

к.мед.н., асс. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (анализ данных литературы, научное редактирование статьи).

Небесная Л.В.

МЕДИЦИНСКИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЧЕК-АП

Клинико-диагностическая лаборатория ООО «БИО-ЛАЙН»

Резюме

Представлены особенности проведения медицинского чек-ап и его отличия от профилактического осмотра и диспансеризации. Приведены наиболее оптимальные программы лабораторного обследования в зависимости от решаемых задач профилактической медицины.

Ключевые слова: лабораторная диагностика, чек-ап, профилактическая медицина.

Число людей с хроническим заболеванием неуклонно растет. Поэтому профилактика и ранняя диагностика заболеваний становится все более важной для сохранения здоровья популяции. Раннее выявление и предотвращение болезни — это залог хорошего здоровья на долгие годы. Очень важно проводить комплексное медицинское обследование организма, именно тогда шансы найти заболевания на самой ранней стадии их развития максимально высоки. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения профилактическая диагностика здоровья должна проводиться ежегодно. Это позволяет врачам вовремя начать лечение, а пациенту — избежать тяжелых последствий и долгой реабилитации.

Чек-ап (от англ. Check up — «проверка, осмотр, контроль») — одна из составляющих концепции современной превентивной (профилактической) медицины. Чек-ап программы — это комплексное обследование и диагностика организма, которое минимизирует влияние факторов риска и позволяет обнаружить болезнь на самой ранней стадии развития, когда она еще не причинила значительного вреда организму. Эти комплексные программы стали популярным и перспективным направлением современной профилактической медицины. Чек-ап минимизирует влияние факторов риска и позволяет обнаружить болезнь на самой ранней стадии развития. Преимущества чек-ап — это опера-

тивность и удобство.

Уникальность программ чек-ап и в том, что они позволяют пациенту максимально эффективно использовать время и пройти диагностику за короткий срок.

Важно подчеркнуть, что чек-ап, в отличие от диспансеризации и программ скрининга, предназначен для условно здоровых людей, которых ничего не беспокоит, с целью оценки состояния организма.

Медицинский чек-ап — набор индивидуальных обследований, который проводится по запросу пациента с учётом возраста и пола.

Медицинские осмотры включают в себя обследования всех видов и сложностей, необходимых для ранней диагностики и лечения различных заболеваний, а также их профилактики.

Различными медицинскими учреждениями разработаны специализированные чек-апы, направленные на исследование определённой системы организма: сердечно-сосудистой, пищеварительной, они могут ориентироваться на тех, кто хочет стать родителями или имеет генетические предпосылки к серьёзным заболеваниям и т.д.

Одними из важнейших составляющих медицинского чек-апа являются лабораторные исследования.

Лабораторные чек-апы — это специальные комплексы анализов, составленные с учетом возрастных, половых и других осо-

бенностей организма.

Для каждого периода жизни, а также индивидуально для мужчин и женщин разработаны специализированные лабораторные чек-апы.

Информативность лабораторного чек-апа можно оценить следующим образом:

- обследование предоставит врачу дополнительную информацию о функционировании всех жизненно важных систем организма и конкретных органов;
- проанализирует состояние белкового и углеводного обмена, баланса витаминов и минералов в организме;
- определит вероятные риски сердечно-сосудистых заболеваний (в первую очередь, риск инсульта, инфаркта, атеросклероза и др.);
- укажет на гинекологические, урологические и другие патологии в зависимости от определяемых лабораторных показателей.

Как часто нужно делать лабораторный чек-ап? Стандартные лабораторные чек-апы обычно проводят ежегодно, если иное не рекомендовано врачом.

Примеры лабораторных чек-апов:

Комплекс «Ваше здоровье»: общеклинический анализ крови; глюкоза; общий белок; мочевины; креатинин; мочевиная кислота; билирубин и его фракции; аланинаминотрансфераза (АЛТ); аспарагинаминотрансфераза (АСТ); альфа-амилаза; общий холестерин (ХС).

С помощью этого комплекса можно провести оценку изменений в форменном составе крови, обнаружение и оценку степени воспаления (общеклинический анализ крови), диагностику работы основных систем и органов организма: функции печени (билирубин и его фракции, АЛТ и АСТ); функции почек (креатинин, мочевины); работы обменных процессов и усвоения некоторых жизненно важных веществ (глюкоза, альфа-амилаза, мочевиная кислота).

Комплекс «Женское гормональное здоровье: скрининг»: Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ); Лютеинизирующий гормон (ЛГ); Пролактин; Эстрадиол.

Комплекс «Менопауза (гормональный профиль)»: Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ); Лютеинизирующий гормон (ЛГ); Пролактин; Эстрадиол; Прогестерон; Т4 свободный; Тиреотропный гормон (ТТГ).

Комплекс «Здоровье ребенка» (предназначен для комплексной оценки состояния здоровья ребенка, своевременного выявления основных заболеваний детского возраста). Чаще всего назначается при ежегодном профилактическом осмотре ребенка; а также при наличии у ребенка задержки роста, затруднения при обучении, нарушения внимания и памяти, плохого сна, быстрой утомляемости. Определяемые показатели: общеклинический анализ крови (с лейкоцитарной формулой), общий анализ мочи с микроскопией, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), копрограмма, анализ кала на яйца гельминтов, анализ кала на цисты простейших, аланинаминотрансфераза (АЛТ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ), глюкоза в сыворотке, железо в сыворотке, кальций в сыворотке, креатинин в сыворотке (с определением СКФ), общий белок в сыворотке, билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза, суммарные иммуноглобулины E (IgE) в сыворотке.

Коммерческие лаборатории предлагают самые разнообразные комплексы лабораторных исследований, предназначенных для скрининга наиболее актуальных заболеваний для всех возрастных категорий населения.

Современная медицина движется в сторону ранней диагностики (высококчувствительной и специфичной), так как чем раньше диагностирована болезнь, тем легче и дешевле с ней справиться, и именно для этого предназначены осмотры и обследования чек-ап (check up).

Список литературы

1. Мадина, М. Эффективность внедрения *check up* программ, как одного из инструментов маркетинга платных медицинских услуг в условиях рыночной экономики [Текст] / М. Мадина [и др.] // Наука и Здоровоохранение. – 2018. – Т.20. – № 2. – С. 107-114.
2. Норма *Check Up*. Обследования *Check Up* в Мюнхене. – 2014. – (<http://www.munich-medical.ru/ru/checkup/2014-11-20-20-10-36.html>).
3. Что такое *Check Up* и зачем он нужен здоровому человеку? – (<https://republic.ru/posts/50748>).
4. Burt, T. *Reinventing the patient experience. Satisfying customers can lead to continuous growth* [Text] / T. Burt // *Healthc. Exec.* – Т. 21. – № 3. – Р. 8–12, 14.
5. *Check up* – онкологический скрининг. – (<http://www.checkup.su/CHECKUPCancerScreening/>).
6. *Check Up* в Германии. – 2018. – (<http://www.radprax-germany.ru/ru/chek-ap/chek-ap-Check-up-v-germanii.html>).
7. *Check up*. Перестраховка или необходимость? Страховая медицина. – (<https://www.7ya.ru/article/Check-up-Perestrahovka-ili-neobhodimost/>).
8. Chernecky, C. C. *Laboratory Tests and Diagnostic Procedures* [Text]: *Laboratory Tests and Diagnostic Procedures* / C.C. Chernecky, B.J. Berger. – 5th ed. – Saunder Elsevier, 2008. – 1232 p.
9. Chestnov, O. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases* [Text] // O. Chestnov. – World Health Organization, 2013. – 55 p.
10. Halpin, H.A. *Chronic Disease Prevention and the New Public Health* [Text] / H.A. Halpin, M.M Morales-Suárez-Varela., J.M. Martin-Moreno // *Public Health Rev.* – 2010. – Т. 32. – № 1. – 120–154 p.
11. Kliegman, R.M. *Nelson Textbook of Pediatrics* [Text]: *textbook of pediatrics* / R.M. Kliegman. – 18 ed. – Saunder Elsevier, 2007. – 3147 p.
12. Koopmans, B. *Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice* [Text] / B. Koopmans // *BMC Public Health.* – 2012. – Т. 12. № 1. – 856 p.
13. McPhee, S.J. *Current Medical Diagnosis and Treatment* [Text] / S.J. McPhee, M. Papadakis. – 49 ed. – McGraw-Hill Medical, 2009. – 1708 p.
14. *What is Check Up and why is it needed for a healthy person?* [Text]: *Original article* // *Science & Healthcare.* – 2018. – Vol. 20. – 2114 p.

Nebesnaya L.V.

MEDICAL LABORATORY CHECK-UP

Clinical and diagnostic laboratory LLC "BIO-LINE"

Summary

The features of the medical check-up and its differences from preventive examination and clinical examination are presented. The most optimal programs of laboratory examination depending on the tasks of preventive medicine are given.

Key words: *laboratory diagnostics, check-up, preventive medicine.*

Авторская справка

Небесная Л.В.

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

Проценко О.А., Корчак И.В.

ЯТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА И КОСМЕТОЛОГА

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

Резюме

Представлены особенности формирования ятрогенной патологии в дерматологии, венерологии и косметологии. Обсуждаются возможные пути решения проблемы.

Ключевые слова: дерматовенерология, косметология, ятрогенные заболевания.

Проблема ятрогенных заболеваний в последние годы приобретает особую актуальность в связи с развитием частной медицины и не всегда четким ее регламентированием.

Ятрогенные заболевания – это функциональная или органическая патология, причинами которой являются:

- врач (влияние или действие врача, «iatros» - по гречески врач, отсюда и термин «ятрогенный»);
- медицинская литература;
- свойства личности больного [4].

Опыт показывает, что число ятрогенных заболеваний достаточно велико, они нередко приводят к утрате или снижению трудоспособности [1-4]. Ятрогенные заболевания могут быть следствием:

- прямого травмирования пациента врачом или медицинским персоналом вследствие неумелого подхода (нарушение т.н. психической антисептики);
- непрямого травмирования, связанного с личностными свойствами пациента, склонного к психопатическим реакциям или навязчивым состоянием;
- неправильным проведением инструментального исследования, или ошибочным введением лекарства или др.;

• ситуацией, когда даже успешное лечение одного заболевания влечет за собой развитие другой патологии, требующей компетенции другого специалиста.

Ятрогенные заболевания достаточно тесно связаны с психопатией и заболеваниями, обусловленными психопатизацией. Психопатии отличаются большим полиморфизмом, для них характерно «обрастание» ядра личности различными чертами, формирующими синдромы психостении (астенические реакции с навязчивым состоянием, боязливость, «умственная жвачка»), истерии и т.п. При этом громадную роль играет окружение пациента.

При психопатизации пациенты могут рассматриваться как здоровые (преморбидное состояние), но под влиянием повторяющихся экзогенных или эндогенных (соматогенных) факторов происходит изменение личности с развитием психогенных неврозов, вегетоневрозов, посттравматических неврозов, соматогенных и токсических неврозов.

В формировании и углублении этих расстройств большое значение имеют ситуационные факторы, а также сила психотравмирующего воздействия слова на пациента. Ятрогенный психоневроз, связанный с не-

гитивным воздействием слова врача или его поведения нужно изучать также, как и преморбидную личность пациента и его реакцию на заболевание и сложившуюся ситуацию.

Врачи – дерматовенерологи при общении с пациентом должны быть очень корректны и обдуманы в выражениях, поскольку иногда неправильные формулировки могут вызвать развитие тяжелой патологии – невроза навязчивых состояний или тяжелых форм фобий. В своей многолетней практике приходилось встречаться с многочисленными случаями сифилисофобии, демодекозофобии, кандидафобии и др. При этом необоснованное самолечение пациентов иногда приводило к тяжелейшим токсикоаллергическим реакциям, медикаментозным гепатитам и т.п.

В последние десятилетия особое значение приобретает неграмотная косметологическая практика, основанная лишь на ком-

мерческой выгоде. При этом действия врача, а иногда и специалиста без должного дерматологического и косметологического образования приводит к необратимым эстетическим и даже медицинским последствиям.

Большое значение в предупреждении ятрогенных заболеваний является обучение коммуникативным навыкам и принципам деонтологии, начиная со студенческой скамьи и на всех этапах последипломного образования. Особое внимание при этом следует уделять интерактивным формам обучения и работой над ошибками. Помимо этого, необходимо поднимать уровень теоретических знаний врачей разных специальностей по вопросам медицинской психологии [1,2,3].

Таким образом, технологии образовательного процесса должны постоянно находиться под пристальным вниманием на всех уровнях обучения (довузовское, вузовское и последипломное).

Список литературы

1. Багрий, А.Э. К вопросу о повышении эффективности последипломного образования врачей [Текст] / А.Э. Багрий [и др.] // Проблемные вопросы педагогики и медицины: сборник научных трудов памяти профессора Е.М. Витебского. – Донецк: Норд-Пресс, 2016. – С. 17 – 20.
2. Игнатенко, Г. А. Практическая подготовка студентов в Донецком национальном медицинском университете имени М. Горького [Текст] / Г. А. Игнатенко, Т.Л. Ряполова, М.Б. Первак // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2021. – Т.30, №1. – С. 98—101.
3. Игнатенко, Г.А. Педагогические аспекты взаимоотношений студентов и преподавателей медицинских вузов [Текст] / Г. А. Игнатенко [и др.] // Университетская клиника. – 2021. – №3 (40). – С. 159—162.
4. Федотов, В.П. Лекции по клинической дерматовенерологии [Текст] / В.П. Федотов. – Днепропетровск: Издательство «Свидлер А.Л.», 2010. – 398 с.

Protsenko O.A., Korchak I.V.

**IATROGENIC DISEASES IN THE PRACTICE OF A DERMATOVENEROLOGIST
AND COSMETOLOGIST**

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

Summary

The features of the formation of iatrogenic pathology in dermatology, venereology and cosmetology are presented. Possible ways of solving the problem are discussed.

Keywords: *dermatovenereology, cosmetology, iatrogenic diseases.*

Авторская справка и доленое участие

Проценко О. А. д.мед.н., профессор, зав. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, o.protsenko123@gmail.com (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).

Корчак И. В. к.мед.н., доц. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (анализ данных литературы, написание текста статьи).

Лукьянченко Е.Н.

КОРРЕКЦИЯ ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПОМОЩИ НИТЕВОГО ЛИФТИНГА

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

Резюме

Статья посвящена новой технологии коррекции инволютивно-дистрофических изменений периорбитальной области. Подробно описана методика выполнения манипуляции, противопоказания, материалы для ее применения с описанием разнообразных конфигураций нитей, показана эффективность и безопасность метода.

Ключевые слова: нитевой лифтинг, периорбитальная зона, инволютивные изменения кожи, поликапролактон, полимолочная кислота, малярные мешки.

Эстетическая медицина предлагает множество вариантов коррекции инволютивно-дистрофических изменений кожи в периорбитальной области: химические пилинги, мезотерапию, биоревитализацию, контурную пластику, разнообразие аппаратных методов.

Одно из значимых мест занимают нитевые технологии.

Принципы нитевого лифтинга:

1. Перемещение мягких тканей производится в направлении, противоположном векторам старения.

2. Глубина проведения нитей – подкожно-жировая клетчатка (пжк). ПЖК представляет собой компартменты, ограниченные друг от друга связками. Основные точки фиксации совпадают со связками лица.

3. Векторы проведения нитей должны учитывать мимические движения лица.

Преимущества данного метода: быстрота проведения манипуляции, местная анестезия, отсутствие послеоперационных рубцов, короткий период реабилитации, выраженный эффект; причем, эффект достига-

ется не только за счет лифтинга мягких тканей, но и за счет стимуляции неоколлагенеза.

При инволютивных изменениях периорбитальной области наблюдается птоз бровей, истончение кожи век, углубление пальпебромалярной борозды и носослезной складки, появляются грыжи на веках и малярные мешки в периорбитальной области.

Критерии, определяющие птоз бровей:

1. Уменьшение расстояния между бровью и ресничным краем;
2. Депрессия хвоста и головки брови;
3. Снижение тонуса мышц и эластичности кожи периорбитальной области;
4. Появление избытка кожи на верхних веках;
5. Гипертрофия жировой клетчатки (грыжи) (рис.1)

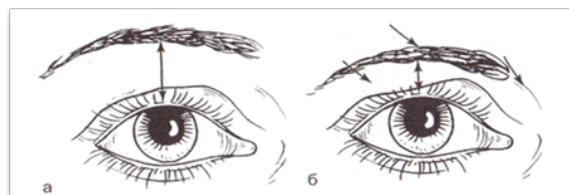


Рисунок 1. Критерии птоза бровей.

Противопоказания к использованию медицинской технологии: наличие выраженных избытков кожи лица; выраженная атония кожи; аутоиммунные заболевания; тяжелые соматические заболевания; заболевания крови; коллагенозы; ишемическая болезнь сердца; артериальная гипертензия II и III степеней; психические и неврологические нарушения; воспалительные явления и опухолевые заболевания в области предполагаемого вмешательства; склонность к формированию рубцов; заболевания крови (гемофилия), прием антикоагулянтов; обострение любых хронических заболеваний; беременность, лактация; ранее введенные небиodeградирующие инъекционные им-

плантаты в зоне проведения процедуры; Вич-инфекция; декомпенсированный сахарный диабет.

Для коррекции периорбитальной области предназначены следующие виды нитей: nano vitis, nano visage и их комбинации между собой. В nano vitis (рис. 2) нить помещена внутрь тонкой иглы или канюли, что позволяет без травматизации осуществить армирование носослезной борозды, где далеко не всегда уместно вводить филлеры. Nano visage зарекомендовал себя как самый малотравматичный продукт для коррекции линии бровей и лифтинга «малярного» мешка (рис. 3).



Рисунок 2. Рассасывающаяся двойная витая нить, установленная в канюлю 7 см (nano vitis).



Рисунок 3. Рассасывающаяся нить с разнонаправленными насечками, установленная в канюлю 7 см (nano visage).

Для оценки эффективности методики во всех возрастных группах пациенткам проводилась визиоскопия. Было отмечено

улучшение архитектоники кожи в периорбитальной области во всех возрастных группах на 10, 17 и 23% соответственно (рис. 4).

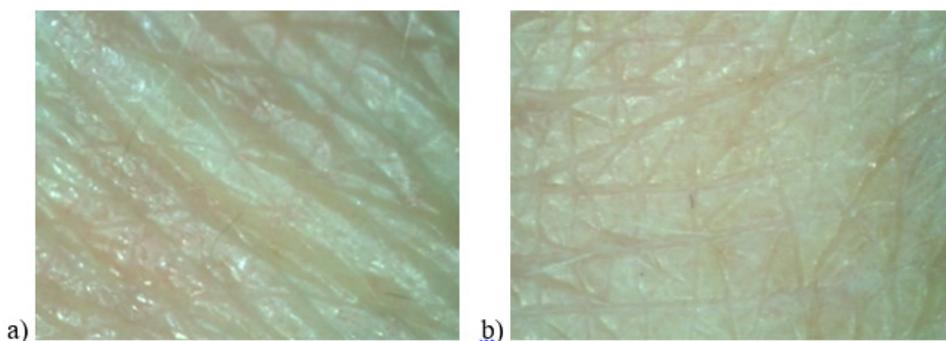


Рисунок 4. Архитектоника кожи в периорбитальной области у пациентки 2 группы до (а) и через 2 месяца после nano vitis + nano visage (б) (визиоскопия).

Список литературы

1. Жукова, О.Г. Лифтинг с использованием биорезорбируемых нитей [Текст] / О.Г. Жукова, А.Л. Тищенко // Инъекционные методы в косметологии. – 2012. – № 2. – С. 48–54.
2. Суламанидзе, М. Подтяжка мягких тканей лица с помощью нитей [Текст] / М. Суламанидзе, Г. Суламанидзе // Инъекционные методы в косметологии. – 2010. – № 2. – С. 38–44.
3. Abraham, R.F. Thread-lift for Facial Rejuvenation Assessment of Long-term Results [Text] / R.F. Abraham, R.J. De Fatta, E.F. Williams // Arch. Facial Plast. Surg. – 2009. – № 11(3). – P. 178–183.
4. Fiitzgerald, R. Using poly-L lactic acid (PLLA) to mimic volume in multiple tissue layers [Text] / R. Fiitzgerald, D. Vleggaar // J. Drugs Dermatol. – 2009. – № 8(10). – P. 5–14.
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. – № 31(1). – P. 95–109.
6. Sulamanidze, M. Facial lifting with Aptos Methods [Text] / M. Sulamanidze, G. Sulamanidze // J. Cutan. Aesthet. Surg. – 2008. – № 1(1). – P. 7–11.
7. Sulamanidze, M. Lifting soft tissues: old philosophy, new approach—a method of internal stitching (Aptos needle) [Text] / M. Sulamanidze, G. Sulamanidze // J. Jap. Soc. Aesth. Surg. – 2005. – № 42 (5). – P. 182.
8. Sulamanidze M., Sulamanidze G. Surgical material and a method to the use there. WO 2007/133 103 A1/
9. Trevidic, P. Facial threads for face lift [Text] / P. Trevidic, A. Alkebaisi // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord). – 2006. – № 127(1–2). – P. 57–59.
10. Ziberman, M. Mechanical properties and in vitro degradation of bioresorbable fibers and expandable fiber-based stents [Text] / M. Ziberman, K.D. Nelson, R.C. Eberhart // J. Biomed. Mater Res. B. Appl. Biomater. – 2005. – № 74(2). – P. 792–799.

Lukyanchenko E.N.

CORRECTION OF THE PERIORBITAL REGION USING THREAD LIFTING

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

Summary

The article is devoted to a new technology for the correction of involutive-dystrophic changes in the periorbital region. The procedure for performing manipulation, contraindications, materials for its use are described in detail with a description of various configurations of threads, the effectiveness and safety of the method are shown.

Key words: thread lifting, periorbital zone, involutive skin changes, polycaprolactone, polylactic acid, painting bags.

Авторская справка

Лукьянченко Е.Н.

к.мед.н., доц. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, +79893591264

Базиян-Кухто Н. К., Кухто А. П.

ПРЕПОДАВАНИЕ – ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

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

Резюме

В статье представлены особенности преподавательской деятельности. С учетом изменений, происходящих в настоящее время в высшей школе, трансформируется и смысловая нагрузка понятия «преподавательская деятельности в ВУЗе». В соответствии с этим обоснована необходимость внедрения компетентного подхода, требующего от преподавателей формирования ряда профессиональных качеств. Продемонстрированы факторы, оказывающие влияние на деятельность преподавания, при этом в качестве ключевых выделен фактор мотивации.

Ключевые слова: *профессионально-педагогическая деятельность, преподаватель высшей школы.*

Определение особенностей педагогической деятельности преподавателей высшей школы имеет важное значение не только в научном плане, но и для решения стратегических и тактических образовательных проблем, среди которых повышение качества высшего образования, которое занимает одно из приоритетных мест. Цель статьи – определить особенности педагогической деятельности преподавателей высшей школы. Стыковым для научного познания может служить понимание деятельности как основы собственно человеческого образа бытия, специфической формы активного отношения человека к окружающему миру, содержанием которого является его целенаправленное изменение и общественно полезное преобразование. Деятельность выступает как особая форма человеческой активности, сознательно регулируемая и одновременно порождающая сознание. Ее структура зависит от целей и приемов осуществления учеными компонентного анализа деятельности. Человек может ставить задачу, обладать возможностью духовного проектирования, вообще иметь идеальный

образ мира именно потому, что он уже реально существует «впереди» всяческих сознательных актов самопонимания [2].

Определяя виды профессионально-педагогической деятельности как обобщенные характеристики функциональной направленности труда специалиста, ученые для классификации выбирают разные принципы, однако, они едины в понимании ее сложно организованного характера. Посреди более распространенных и исторически закреплённых принципов следует выделить сферный (либо задачный, целевой) принцип, по которому выделяется учебная, методическая, научная, воспитательная педагогическая деятельность. Функциональный принцип положен в основу классификации, позволил выделить гностический, коммуникативный, организаторский, прогностический, конструктивный компоненты педагогической деятельности. Виды педагогической деятельности: деятельность преподавателя, непосредственно обучающего; деятельность методиста, конструирующего приемы и методы обучения и воспитания; деятельность методиста, направленная на

построение учебных средств и учебных предметов; деятельность проектирования обучающих программ.

Определение особенностей профессионально-педагогической деятельности преподавателя высшей школы становится возможным из-за выделения его специфики. Специфическими являются: цель преподавательской деятельности (являющейся социальной, динамичной, которая должна быть принята не только педагогом, но и студентом), ее объект (одновременно является активным субъектом, сложной саморегулирующейся и саморазвивающейся системой), средства (как материальные предметные способы обработки содержания), формы организации (лекции, семинарские и практические занятия, лабораторные работы, консультации, коллоквиумы, зачеты и экзамены, умения, навыки и компетенции, которыми человек овладевает путем обучения в учебном заведении, закрепленном в учебных планах, учебных программах, учебниках, пособиях), функции, а также принципы, на которых строится образовательный процесс в высшем учебном заведении и которые присущи именно ему. Охарактеризуем некоторые из них более подробно. Основной специфической чертой цели преподавательской деятельности является то, что присущи профессионально-педагогической деятельности педагога необходимость сохранения и приумножения культурного достояния общества, социализация личности, содействие саморазвитию, самовоспитанию и самореализации и т.д. Задания решаются в контексте необходимости профессиональной подготовки. Причем, когда речь идет о студенте, акцент на «сам» не означает ослабления педагогического воздействия, а подчеркивает необходимость преодоления привычного представления о нем как пассивном потребителе, объекте обучения и воспитания. И. Раченко определяет следующие перспективные линии реализации цели преподавательской деятельности:

– ближайшая цель (связана с выделением и устранением недостатков педагогического

процесса вуза, творческим усовершенствованием педагогического труда);

– средняя цель – творческая разработка конкретной актуальной учебно-воспитательной проблемы;

– перспективная цель – формирование эффективной системы педагогического творчества как базы планомерного и систематического роста педагогического мастерства [5].

Определяя своеобразие объекта педагогической деятельности преподавателя (в то же время являющегося его активным, равноправным субъектом), Н. Кузьмина указывает на то, что «он развивается не в прямо пропорциональной зависимости от педагогического воздействия на него, а по законам, присущим психике, – особенностями восприятия, понимания, запоминания, становления воли и характера» [1]. Здесь следует отметить, что преподаватели работают со взрослыми людьми, у которых есть свои особенности протекания указанных процессов. Автор также указывает на специфичность «орудий труда» педагога, к которым относятся не только знания, которые педагог транслирует студентам, но и виды деятельности, к которым он прибегает последних.

Не нужно пытаться «научить студента «всему», но мы должны научить его самостоятельно, на протяжении всей будущей жизни, когда рядом не будет ни лекторов, ни преподавателей, изучить все, что ему нужно». Специфика содержания преподавательской деятельности обозначается ее компонентным составом. Ее основными составляющими, являются: научно-предметная, психолого-педагогическая и культурно-просветительская, мотивационно-ориентировочная, исполнительная и контрольно-оценочная.

Специфика деятельности преподавателя высшей школы обуславливает единство педагогической и научной деятельности, что позволяет в педагогическом процессе не только оперировать известными фактами, научными знаниями, но и новыми, созданными в рамках собственной научной работы. Ведь высшей школе присуще «...нераздельное единство преподавания и исследования.

Это преподавание через исследование, которое осуществляется в присутствии обучающихся», когда преподаватель «выражает публично свои научные взгляды в соответствии с логикой науки» [4]. Одной из существенных характеристик деятельности специалиста это его функции как обобщенные характеристики основных обязанностей, выполняемых в соответствии с требованиями профессии в процессе профессиональной деятельности. Сегодня в науке нет единого универсального подхода к определению состава функций профессионально-педагогической деятельности, однако можно подчеркнуть следующие тенденции в их выделении: увеличение состава, детализацию и иерархизацию. Относительно первой тенденции справедливо то, что увеличение состава не столько связано с обнаружением новых компонентов, сколько с их терминологической неопределенностью.

Несмотря на существующие в науке расхождения относительно функционального состава преподавательской деятельности, общепринято понимание ее полифункциональности, как требующей выполнения нескольких функций одновременно, единство и взаимосвязанность которых и составляет специфику деятельности преподавателя высшей школы. Профессиональная деятельность преподавателя высшей школы, требует наличия определенных личностных качеств, социально-психологических черт и педагогических способностей. Среди них основные следующие:

1. Общегражданские черты: широкое мировоззрение, принципиальность и устойчивость убеждений; гражданская активность и целеустремленность; национальное самосознание, патриотизм и толерантность по отношению к другим народам и культурам; гуманизм и социальный оптимизм; высокий уровень ответственности и трудолюбие.

2. Морально-психологические свойства: честность и ясность во взаимоотношениях с людьми; высокий уровень общей и психологической культуры; уважение к профессионализму других и научного наследия; аккуратность и чистоплотность; дисциплини-

рованность и требовательность.

3. Научно-педагогические свойства: научно-педагогическое творчество; профессиональная трудоспособность; активная интеллектуальная деятельность; научный поиск; педагогическое направление научной эрудиции; педагогическая наблюдательность; педагогическое воображение и интуиция; владение педагогической техникой; активная интеллектуальная деятельность; научный поиск; гибкость и быстрота мышления в педагогических ситуациях; высокая культура языка и речи (фонетическая четкость, лексическая научность и точность, экспрессивность, эмоциональность и выразительность); владение мимикой, тоном голоса, осанкой, движениями и жестами.

4. Индивидуально-психологические особенности: высокий уровень социального восприятия и самопознания; высокая интеллектуально-познавательная заинтересованность и любознательность; интерес к развитию потенциальных возможностей студентов и потребность в педагогической деятельности с ними; положительная «Я-концепция», высокий уровень притязаний; эмоциональная стойкость, выдержка и самообладание; саморегуляция, самостоятельность и деловитость в решении жизненно важных задач; жесткость характера.

5. Профессионально-педагогические способности: адекватное восприятие студента и безусловное принятие его как личности; педагогический оптимизм; проектирование целей обучения и прогнозирование путей профессионального становления будущего специалиста; конструирование методических подходов и способность предполагать возможные результаты; организаторские и коммуникативные возможности; духовно воспитательное влияние на академическую группу и личность студента, организация развивающей интеракции [3].

Таким образом, определение особенностей педагогической деятельности преподавателя высшей школы будет способствовать решению важной общественной потребности в специальной качественной подготовке высококвалифицированных преподавательских кадров.

Список литературы

1. Арутюнян, К. С. Теоретико-методологические подходы к исследованию управления в контексте научных школ менеджмента: философский анализ [Текст] / К. С. Арутюнян // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2019. – №2. – С. 86-93.
2. Данилова, Т.В. Взаимодействие субъектов педагогического процесса в образовательной среде вуза [Текст]: учеб. – метод. пособие / Т. В. Данилова, Т. П. Лапыко, А. П. Тонких – New York.: National Research, 2020. – 136 с.
3. Добрынина, Д. В. Инновационные методы обучения студентов вузов как средство реализации интерактивной модели обучения [Текст] / Д. В. Добрынина // Вестник Бурятского государственного университета. Образование. Личность. Общество. – 2015. – № 5. – С. 172-176.
4. Лапыко, Т.П. Задачная технология подготовки студента будущего-педагога [Текст] / Т. П. Лапыко; отв. ред. М.И. Морозова. – Материалы VIII международной научной конференции «Образование как фактор развития интеллектуально-нравственного потенциала личности и современного общества». – СПб.: Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, 2018. – С. 84-89.
5. Новиков, А. М. Основания педагогики [Текст]: пособие для авторов учебников и преподавателей / А. М. Новиков. – М.: Издательство «Эгвес», 2015. – 208 с.

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

TEACHING – ACTIVITIES OF THE TEACHER

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

Summary

The article presents the main features of teaching activities at the university. Taking into account the changes that are currently taking place in higher education, the semantic load of the concept of "teaching activities in a higher educational institution" is also being transformed. In accordance with this, the article pays attention to the peculiarities of the implementation of the competence-based approach, requiring teachers to form a number of professional qualities. The article presents the factors influencing the teaching activity. At the same time, the motivation factor is highlighted as the key ones. The article analyzes the features of the professional and pedagogical activity of a higher school teacher.

Key words: *professional and pedagogical activity, higher education teacher.*

Авторская справка и доленое участие

Базиян-Кухто Н. К.

к.мед.н., доц. каф. сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +7949 411 8735 (анализ данных литературы, написание текста статьи)

Кухто А.П.

д.мед.н., проф. каф. общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (разработка дизайна работы, научное редактирование статьи).

Проценко О.А., Проценко Т.В., Борjak С.А., Тахташов И.Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕБРИФИНГА И ДРУГИХ ИНТЕРАКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ В ОРДИНАТУРЕ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

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

Резюме

Представлены новые технологии интерактивного обучения (дебрифинг) и обсуждается их эффективность при различных формах последиplomного обучения по дерматовенерологии. На примере анализа результатов 3-х этапного итогового экзамена врачей, проходивших обучение в интернатуре, ординатуре и специализации, показано преимущество интерактивных форм для реализации практической направленности обучения. Показано, что наиболее оптимальным видом последиplomного образования в дерматовенерологии является обучение в ординатуре.

Ключевые слова: дебрифинг, обучение, дерматовенерология, ординатура.

Ординатура, как форма последиplomного образования, направлена не только на формирование квалифицированного и компетентного специалиста, но и на развитие клинического мышления, умения принимать самостоятельные решения в конкретных клинических ситуациях [2,4,7]. Этому во многом способствуют активные формы обучения (деловые/ролевые игры) и новые технологии образовательного процесса, среди которых особый интерес представляет дебрифинг (от англ. Debriefing – «выжимание») [1,3,8]. В отличие от практики «трансляции знаний», при которой усваивается лишь 10% услышанного, технология дебрифинга, заключающаяся в «возвратных вопросах», способствует анализу разбираемой ситуации, позволяет максимально вовлечь в активный аналитический процесс всех участников, формирует навыки коммуникативного общения как с пациентами, так и с коллегами. Дебрифинг занимает одно из ведущих мест при последиplomной под-

готовке специалистов, поскольку позволяет принять наиболее рациональное решение в ситуациях, когда нет однозначно правильных или неправильных решений, групповое обсуждение и анализ предлагаемых решений способствует росту профессионализма всех участников [5,7].

На кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последиplomного образования, наряду с технологиями дебрифинга, широко используются формы интерактивного обучения, развивающие как клиническое мышление, так и навыки коммуникативного общения со сложными пациентами, что особенно важно при ведении больных с тяжелыми хроническими рецидивирующими дерматозами, ВИЧ/СПИДом и венерическими болезнями. Однако, по нашему мнению, эффективность практической направленности образовательного процесса зависит не только от формы подачи материала, но и от продолжительности «первичного» обучения по дерма-

товенерологии: ординатура – 2 года, интернатура – 1 год, специализация – 5 месяцев (до 2020 г.) – 4 месяца (с 2020 г.). Поскольку основная цель последипломного образования – это совершенствование практических навыков специалиста и развитие клинического мышления, представлял интерес сравнение оценки теоретической и практической частей экзамена.

В связи с этим, целью нашей работы был сравнительный анализ результатов аттестационного экзамена и уровня теоретической и практической подготовки специалистов в зависимости от продолжительности обучения.

Материал и методы

Анализ аттестационных экзаменов по дерматовенерологии проведен у 288 врачей, прошедших обучение на кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования в период 2015-2022 гг. Аттестационный экзамен проводили в 3 этапа по разработанной на кафедре методике [6]. На первом этапе уровень практической подготовки оценивали по результатам самостоятельного приема пациента с заполнением медицинской карты амбулаторного больного (форма первичной учетной документации № 025/у), с последующей «защитой» обоснованного диагноза, объема обследования и лечения.

На втором этапе проводили компьютерный тестовый экзамен по утвержденной программе, который оценивали по проценту правильных ответов на предложенные тесты в течение фиксированного времени (до 65% правильных ответов – неудовлетворительный результат; 65%-80% - удовлетворительный; 81%-90% - хороший и свыше 90% - отличный). Третий этап включал собеседование по вопросам предложенных билетов. Первый и третий этапы экзамена оценивали по 5-ти балльной системе. Статистическая обработка результатов проведена по общепринятым программам с использованием персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

Из 288 экзаменуемых врачей большая часть проходили последипломное обучение в форме специализации – 144 (50%), одна треть – в интернатуре - 86 (29,9%) и лишь одна пятая – в ординатуре - 58 (20,1%).

Обращало внимание, что на «отлично» все три части экзамена сдали больше всего врачей, обучавшихся 2 года в ординатуре – 24 (41,4%), то есть, почти каждый второй. Среди лиц, проходивших обучение в течение 1 года в интернатуре таких было лишь 15 (17,4%), но меньше всего их было после 4-5 месячного обучения на цикле специализация – 18 (12,5%) (табл.).

Таблица

Сравнительный анализ результатов этапов аттестационного экзамена в зависимости от формы обучения

Этап экзамена, оценка / форма обучения	Ординатура, n=58, абс./%	Интернатура, n=86, абс./%	Специализация, n=144, абс./%
Практическая часть:			
- отлично	24/41,4	15/17,4	18/12,5
- хорошо	33/56,9	58/67,4	91/63,2
- удовлетворительно	1/1,7	13/15,2	35/24,3
Компьютерное тестирование:			
-отлично	24/41,4	15/17,4	18/12,5
-хорошо	34/58,6	66/76,8	97/67,4
-удовлетворительно	-	5/5,8	29/20,1

Собеседование по билетам:			
-отлично	24/41,4	15/17,4	18/12,5
-хорошо	33/56,9	65/75,7	100/69,4
-удовлетворительно	1/1,7	6/6,9	26/18,1

Особый интерес представлял анализ сдачи практической части экзамена. Так, на «удовлетворительно» были оценены результаты у 35 (24,3%) врачей, обучавшихся на цикле «специализация», среди врачей – интернов таких лиц было значительно меньше - 5 (5,8%); а среди лиц, проходивших обучение в ординатуре – лишь 1 (1,7%). Вероятно, это связано с продолжительностью обучения и возможностью многократного повторного обсуждения клинических ситуаций, разбором разыгрываемых и анализируемых ролей, положительных и дефектных действий как в оценке анамнеза, клиники, лабораторных данных, так и лечебно-реабилитационных мероприятий. Технология возвратных вопросов (дебрифинга) позволяет развивать способность к самоанализу и самонаблюдению, закрепить и корректи-

ровать правильность усвоения алгоритма диагностики, лечения, профилактики и реабилитации с учетом персонифицированного подхода к ведению больного. Не менее важным является и формирование навыков коммуникативного общения как с коллегами, так и с пациентами.

Таким образом, новые технологии образовательного процесса существенно повышают эффективность и практическую направленность обучения, при этом существенное значение имеет его продолжительность.

Выводы

Технологии дебрифинга и других форм интерактивного обучения целесообразно использовать при всех формах последипломного образования в дерматовенерологии.

Список литературы

1. Багрий, А.Э. Использование технологии дебрифинга в системе последипломного медицинского образования [Текст] / А.Э. Багрий [и др.] // Проблемные вопросы педагогики и медицины: сборник научных трудов памяти профессора Е.М. Витебского. – Донецк: Норд-Пресс, 2016. – С. 15 – 17.
2. Багрий, А.Э. К вопросу о повышении эффективности последипломного образования врачей [Текст] / А.Э. Багрий [и др.] // Проблемные вопросы педагогики и медицины: сборник научных трудов памяти профессора Е.М. Витебского. – Донецк: Норд-Пресс, 2016. – С. 17 – 20.
3. Вербицкий, А.А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход [Текст]: методическое пособие / А.А. Вербицкий. — М.: Высшая школа, 1991. – 207 с.
4. Игнатенко, Г. А. Практическая подготовка студентов в Донецком национальном медицинском университете имени М. Горького [Текст] / Г. А. Игнатенко, Т.Л. Ряполова, М.Б. Первак // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2021. – Т.30, №1. – С. 98—101.
5. Игнатенко, Г.А. Педагогические аспекты взаимоотношений студентов и преподавателей медицинских вузов [Текст] / Г. А. Игнатенко [и др.] // Университетская клиника. – 2021. – №3 (40). – С. 159—162.
6. Проценко, Т.В. Аттестационный экзамен врача-дерматовенеролога и оценка готовности к практической работе [Текст] / Т.В. Проценко [и др.] // Проблемные вопросы педагогики и медицины: сборник научных трудов памяти профессора Е.М. Витебского. – Донецк: Норд-Пресс, 2016. – С. 175 – 177.

7. *Role of Interactive Teaching in Medical Education [Text]* / D. Kaur [et all.] // *International Journal of Basic and Applied Medical Sciences. Perinatol.* – (Online). – 2011. – Vol.1, N 1. – P. 54 – 60. – Available at: <http://www.cibtech.org/jms.htm>.
8. Zigmont, J.J. *The 3D model of debriefing: defusing, discovering, deepening [Text]*/ J.J. Zigmont [et all.] // *Semin. Perinatol.* – 2011. – Vol.35. – P. 52 - 58.

Protsenko O.A., Protsenko T.V., Boryak S.A., Takhtashov I.R.

THE EFFICIENCY OF USE OF DEBRIEFING AND OTHER INTERACTIVE LEARNING TECHNOLOGIES WHEN TRAINING IN RESIDENCE IN DERMATOVENEROLOGY

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

Summary

New interactive learning technologies (debriefing) are presented and their effectiveness is discussed in various forms of postgraduate education in dermatovenereology. On the example of the analysis of the results of the 3-stage final examination of doctors who were trained in internship, residency and specialization, the advantage of interactive forms for the implementation of the practical orientation of training is shown. It is shown that the most optimal type of postgraduate education in dermatovenereology is residency training.

Keywords: *debriefing, training, dermatovenereology, residency.*

Авторская справка и доленое участие

Проценко О. А. д.мед.н., профессор, зав.каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, o.protsenko123@gmail.com (концепция и дизайн исследования).

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

Борак С.А. к.м.н., доц. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +79494159821 (подбор и анализ данных литературы).

Тахташов И.Р. к.м.н., доц. каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +79494076924 (статистическая обработка материала, написание текста статьи).

Во втором полугодии 2022 г. согласно реестра проведения внутри- и межвузовских научно-практических конференций в рамках непрерывного медицинского образования кафедрами факультета интернатуры и последипломного образования Государственной образовательной организацией высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» под патронатом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики были проведены в дистанционном режиме одна Республиканская (реестр МЗ ДНР на 2022 г.) и три внутривузовских междисциплинарных научно - практических конференций (приказ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО №35 от 01.02. 2022 г.). Презентации докладов были размещены на сайте ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (dnmu.ru).

21 сентября 2022 г. на конференции «Особенности лечения атопического дерматита на фоне полиморбидности» были представлены доклады проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности преподавание детской дерматологии на кафедре дерматовенерологии и косметологии ФИПО»; проф. Проценко Т.В., к.м.н. Милус И.Е. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Персонализированный подход к питанию больных атопическим дерматитом»; проф. Дубовой А.В., доц. Лимаренко М.П. (кафедра педиатрии №3) «Особенности лечения атопического дерматита у больных с реактивным панкреатитом»; доц. Смирновой А.Ф. доц. Голубова К.Э., асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФИПО) «Офтальмологические проявления у больных атопическим дерматитом»; проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Применение препарата растительного происхождения «Кверцетин» у больных атопическим дерматитом»; доц. Борьяк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Метод лечения больных атопическим дерматитом с лактозной непереносимостью»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности алопеции при атопическом дерматите и при сифилисе»; доц. Дегтяренко Е.В. (кафедра детской стоматологии) «Гигиена полости рта у детей с атопическим дерматитом»; асс. к.мед.н.

Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Метод лечения больных атопическим дерматитом на фоне тревожных состояний»; Логунова П.В., к.мед.н. Змарада С.А. (Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР, ДОКТМО МЗ ДНР) «Случай распространенной хронической микробной экземы, осложненной микотической инфекцией у больной сахарным диабетом 2 типа»; Анохиной В.А. (Луганский Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ЛНР) «Особенности клинического течения и лечения угревой болезни у лиц с атопическим дерматитом».

12 октября 2022 г. на конференции «Заболевания волосистой части головы» были представлены доклады проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности преподавание трихологии на кафедре дерматовенерологии и косметологии ФИПО»; проф. Проценко Т.В., Шпатусько М.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Микробиом кожи волосистой части головы в норме и патологии»; проф. Дубовой А.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии №3) «Биоэлементный состав организма в норме и при патологии»; доц. Борьяк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Фототерапия дерматозов волосистой части головы»; доц. Тахташова

И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Поражения кожи волосистой части головы при сифилисе»; асс. к.мед.н. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Дифференцированный подход к физиотерапевтической коррекции нейровегетативных нарушений у больных алергодерматозами»; Логунов П.В. (Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Случай осложненной формы себорейного дерматита у больной сахарным диабетом 2 типа».

21 ноября 2022 г. на конференции «Особенности лечения псориаза на фоне полиморбидности» были представлены доклады проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Псориаз как междисциплинарная проблема: особенности преподавания дерматологам и врачам смежных специальностей»; проф. Проценко Т.В., Гаруст Ю.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности лечения псориаза у женщин перименопauзального периода»; проф. Дубовой А.В., доц. Бордюговой Е.В. (кафедра педиатрии №3) «Метаболические нарушения у детей с псориазом: лечебно-профилактическая тактика (обзор литературы и собственные наблюдения)»; проф. Домашенко О.Н., асс. Гридасова В.А. (кафедра инфекционных болезней) «Псориаз и гепатиты»; доц. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Немедикаментозные технологии в комплексном лечении больных псориазом»; доц. Голубова К.Э., доц. Смирновой А.Ф., асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФИПО) «Особенности поражения структур глаза при псориазе: клиника и лечение»; доц. Поважной Е.С., доц. Пеклун И.В., доц. Бешуля О.А. (кафедра медицинской реабилитации и лечебной физкультуры) «Физиотерапевтические подходы к лечению псориатического артрита»; доц. Христуленко А.Л., доц. Гнилицкой В.Б., доц. Стуликовой Е.Л. (кафедра терапии ФИПО

им. А.И. Дядыка) «Критерии выбора болезни – модифицирующей терапии при псориатическом артрите»; доц. Стуликовой Е.Л., доц. Христуленко А.Л., доц. Гнилицкой В.Б. (кафедра терапии ФИПО им. А.И. Дядыка) «Рациональное питание при псориазе»; доц. Провизион А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности лечения псориаза у лиц с хроническим простатитом»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности диагностики и лечения артрита при псориазе и при хламидиозе»; асс. к.мед.н. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО) «Особенности лечения псориаза у больных с нейровегетативными нарушениями».

21 декабря 2022 г. была проведена 8-я научно-практическая конференция с международным участием «Молодые дерматовенерологи – здравоохранению Донбасса». В работе конференции приняли участие специалисты из городов Донецкой и Луганской Народных Республик. На сайте университета были представлены презентации 22 докладов молодых специалистов, выполненных под руководством ведущих ученых ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО: Анохиной В. А. (г. Луганск, ЛНР) «Влияние продуктов с высоким гликемическим индексом на течение акне»; Арешидзе А.И. (г. Донецк, ДНР) «Особенности клиники и лечения простого герпеса у новорожденных»; Божко Д.Н. (г. Донецк, ДНР) «Оценка эффективности биоколлагенового комплекса «Tutoratch» в лечении болезни Пейрони»; Валихметовой Д.В., Федотенко С.А. (г. Донецк, ДНР) «Очаговая алопеция у ребенка на фоне соматической патологии»; Верич О.М., Евтушенко О.В., Евтушенко В.А. (г. Донецк, ДНР) «Наш опыт лечения перфораций герпетических язв роговицы»; Волошиной Е.А. (г. Донецк, ДНР) «Периоральный дерматит у пациента с атопическим анамнезом»; Гаруст Ю.В. (г. Донецк, ДНР) «Особенности клиники псориаза у женщин с климактерическим синдромом»; Голубова Т.К. (г. Донецк, ДНР) «Особенности

клинической картины и лечения поражения роговицы вирусом герпес зостер»; Горбенко Ал. С. (г. Донецк, ДНР) «Оценка ситуативной и личностной тревожности у больных atopическим дерматитом»; Зиаур С.-Т.Р. (г. Донецк, ДНР) «Отношение к проблеме «здоровая кожа» (по результатам анкетирования)»; Зубаревской О.А. (г. Донецк, ДНР) «Особенности ухода за кожей волосистой части головы у больных гнездой алопецией»; Казарян К.Т. (г. Донецк, ДНР) «Особенности соматической патологии у пациентов медицинских косметологических центров»; Кошеленко К.С. (г. Донецк, ДНР) «Случай рецидивирующего течения кольцевидной эритемы у ребенка 7 лет»; Краснощеких А.А. (г. Донецк, ДНР) «Клинико-дерматоскопические особенности розацеа у больных различными формами тиреоидита»; Логунова П.В. (г. Донецк, ДНР) «Особенности дерматологической патологии у больных сахарным диабе-

том»; Лыгиной Ю.А., Мельник К.В. (г. Донецк, ДНР) «К вопросу о заболеваемости болезнью Лайма на территории Донецкой Народной Республики»; Мельник К.В. (г. Донецк, ДНР) «Особенности эпидемического процесса заразного акародерматита среди населения г. Макеевки»; Пенделя Н.М. (г. Донецк, ДНР) «Случай герпетиформного дерматита Дюринга»; Проценко О.И., Бондаренко Э.В. (г. Донецк, ДНР) «Опыт применения дерматокосметических средств Green Laboratory по уходу за лицом у больных угревой болезнью»; Сердюк Е.Б. (г. Донецк, ДНР) «Влияние угревой сыпи на качество жизни женщины»; Чучиной В.А. (г. Донецк, ДНР) «Распространенный себорейный дерматит у онкологического больного»; Шпатусько М.Н. (г. Донецк, ДНР) «Случай редкой формы алопеции у больной atopическим дерматитом». Тезисы докладов опубликованы в этом номере журнала.

Материал подготовил проф. Проценко О.А.



ТЕЗИСЫ
8-Й НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«МОЛОДЫЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИ —
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ДОНБАССА»
(РЕЕСТР РЕСПУБЛИКАНСКИХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ
КОНФЕРЕНЦИЙ МЗ ДНР)
21 ДЕКАБРЯ 2022 г.

Анохина В.А.

ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ С ВЫСОКИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ НА ТЕЧЕНИЕ АКНЕ

Государственное учреждение
«Луганский республиканский кожновенерологический диспансер»
(главный врач – Русина Е.Н.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В

Цель – оценить влияние питания с использованием продуктов с различным гликемическим индексом на клинические проявления акне.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 15 больных акне 1-2 степени, возрастной категории от 14 до 20 лет, обоих полов. Изучены медицинские карты амбулаторных больных (форма первичной учётной документации №025/у), анамнез и клинические особенности акне; проведен анализ медицинской литературы за последние 5 лет, отобраны 15 статей. В течение 3-х недель пациенты получали питание с использованием продуктов с высоким, низким и средним гликемическим индексом.

Результаты. Акне – один из самых распространенных дерматозов, который встречается у 85% лиц в возрасте от 12 до 24 лет, 8% лиц в возрасте от 25 до 34 лет и 3% лиц в возрасте от 35 до 44 лет. Акне сопровождается серьезными психологическими переживаниями, которые существенно влияют на качество жизни пациентов. Выделяют четыре основных механизма возникновения акне: 1) Гиперпродукция себума. 2) Воспаление. 3) Избыточный фолликулярный гиперкератоз. 4) Размножение *Propionibacterium acnes* (*P. acne*). Известно влияние алиментарных факторов на клинические проявления и течение акне, а также роль при этом продуктов с высоким гликемическим индексом. Было

показано, что они вызывают значительное увеличение в сыворотке крови инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1), что, с одной стороны, ведет к усилению размножения кератиноцитов, липогенеза и образования себума, приводя к появлению или обострению акне, а с другой стороны - усиливает комедоногенное действие за счет активации андрогенов, гормона роста и глюкокортикоидов. В связи с этим интересно отметить детали патогенеза акне: ИФР-1 активирует выработку тестостерона половыми железами и дегидроэпиандростерона (ДГЭА) – надпочечниками, способствует трансдермальному превращению тестостерона в ДГЭА путем повышения активности 5- α -редуктазы. Также ИФР-1 усиливает биологическую активность андрогенов за счет повышения содержания дигидротестостерона в коже, увеличивает стимуляцию андрогензависимых рецепторов с участием фактора транскрипции FoxO1.

В нашем у 15 больных акне, которые в течение 3-х недель использовали продукты питания с низким и средним гликемическим индексом, было отмечено уменьшение воспалительных элементов на коже и снижение секреции сальных желез.

Выводы. Такой подход способствует снижению уровня андрогенов, улучшает чувствительность к инсулину и снижает риск возникновения акне.

Арешидзе А.И.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко О.А.

Цель – изучить особенности клинических проявлений и лечебной тактики у новорожденных, инфицированных простым герпесом.

Материалы и методы. Изучены литературные источники и медицинские журналы за последние 5 лет, в т.ч. научных электронных библиотек (<https://cyberleninka.ru>; <https://elibrary.ru>; <https://www.mediasphera.ru/>). Отобраны 15 статей.

Результаты. Инфицирование плода вирусом простого герпеса (ВПГ) может происходить двумя путями: 1) трансплацентарно (5-8 % случаев; при фетоплацентарной недостаточности, соматических и инфекционных заболеваниях беременной, приводящих к снижению барьерной функции плаценты); 2) перед родами после разрыва околоплодных оболочек или во время родов при прохождении через инфицированные родовые пути (75-85% случаев).

Клинические проявления инфицирования ВПГ могут быть:

- локализованными, с поражением кожи и/или слизистых (кератоконъюнктивит, афтозный стоматит, вульвовагинит и др.);
- диссеминированными (герпетиформная экзема Капоши);
- генерализованными, с поражением внутренних органов (менингоэнцефалит, интерстициальная пневмония, миокардит, гепатиты и др.).

Диагностика: 1) анализ анамнеза ма-

тери; 2) анализ клинической симптоматики на коже, слизистых и внутренних органов (оценка состояния центральной нервной системы, дыхательной и сердечно-сосудистой систем и др.); 3) лабораторное подтверждение: выявления антигена ВПГ методом ПЦР-исследования в отделяемом сецернирующих высыпаний, в крови, слизи, спинно - мозговой жидкости; выявление антител Ig M и G к ВПГ серологическими методами (кровь, ликвор).

Лечение новорожденных должно быть начато сразу с установления диагноза с этиотропной парентеральной химиотерапии: ацикловир доношенным новорожденным в дозе 60 мг/кг/сутки, в 3 введения, каждые 8 часов, внутривенно медленно в течение часа (во избежание образования кристаллических преципитатов в почечных канальцах). Недоношенным с массой тела менее 1500 г – 40 мг/кг в сутки, разделенными на 2 введения с интервалом 12 часов. Длительность лечения 14 суток при локализованной ВПГ-инфекции, 21 и более суток – при генерализованных и диссеминированных клинических формах. Показания для окончания лечения ацикловиром: стабилизация общего состояния ребенка и отрицательные результаты ПЦР. Объем и характер патогенетической терапии определяются ведущими синдромами. Наружно: водные растворы анилиновых красителей, противовирусные кремы.

Выводы. При несвоевременной диагностике и лечении герпетическая инфекция у новорожденных может приобретать генерализованный характер и системное поражение, характеризующееся значительными

осложнениями и высокой вероятностью летального исхода, в связи с чем необходимо своевременное назначение болезнь-модифицирующей терапии (этиотропных противовирусных химиопрепаратов).

Божко Д.Н.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОКОЛЛАГЕНОВОГО КОМПЛЕКСА «ТУТОРАТСН» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра урологии (зав. каф. – проф. Малинин Ю.Ю.)*

Научный руководитель – доц. Божко Н.Н.

Цель исследования: определить эффективность биокollагенового комплекса «ТУТОРАТСН» в лечении болезни Пейрони.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 67 историй болезни пациентов, которым проводили лечение болезни Пейрони за период 2001-2022 гг. Возраст больных был от 34 до 62 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 8 до 22 месяцев. Угол девиации полового члена колебался от 450 до 900. Площадь фиброзной бляшек составляла от 1,5 см² до 4,2 см². Всем больным проводилось ультразвуковое исследование с целью оценки размеров фиброзной бляшки, определения индекса её оссификации и изучения кровотока в кавернозных телах. 50 (74,6%) пациентам (1 группа) проводили иссечение фиброзной бляшки и аутодермопластику белочной оболочки полового члена. У 17 (25,4%) больных (2 группа) произведено иссечение фиброзной бляшки и пластика дефекта биокollагеновым комплексом «ТУТОРАТСН».

Результаты. Критериями оценки эффективности лечения были: изменение степени девиации полового члена, качество его ригидности, возможность интродекции. Период наблюдения варьировал от шести месяцев до пяти лет. Отдаленные результаты лечения показали, что у д2 (4%)

пациентов 1 группы наблюдался рецидив фиброзной бляшки, у пациентов 2 группы рецидивов не наблюдали. В 1 группе у 24 (48 %) пациентов оставалась девиация полового члена, у 26 (52%) пациентов она отсутствовала. Во 2 группе у 17 (100 %) пациентов девиация полностью исчезла. Это обусловлено тем, что кожный графт склонен к ретракции.

Нормальная ригидность полового члена до операции была у 42(78%) больных 1 группы, у 8(22%) была недостаточной. У пациентов 2 группы нормальная ригидность полового члена была у 15 (88,2%) и недостаточная у 2 (11,8%). После операции качество ригидности у 35 (70%) пациентов 1 группы была достаточная, у 15 (30%) - недостаточная. Во 2 группе пациентов нормальная ригидность оставалась у 16 (94,6%) пациентов, у 1 (5,4%) пациента она оставалась недостаточной. Возможность интродекции у пациентов 1 группы была сохранена в 31 (62%) наблюдений, в 10 (20%) случаях она была сохранена, однако имелись затруднения, в 9 (18%) наблюдениях интродекция была полностью невозможна. Среди пациентов 2 группы не наблюдалось таких, у которых интродекция отсутствовала, однако у 1 (5,4%) пациента наблюдали затруднения интродекции. Во всех остальных случаях у 16 (94,6%) пациентов интродекция была сохранена.

Выводы. Исходя из проведенных исследований и полученных результатов, удалось установить, что использование биоколлагенового комплекса “ТУТОРАТСН” при

хирургическом лечении болезни Пейрони позволяет добиться лучшего функционального и косметического результата, в сравнении с аутодермопластикой белочной оболочки.

Валихметова Д. В., Федотенко С. А.

ОЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ У РЕБЕНКА НА ФОНЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра педиатрии №3
(зав. каф. – проф. Дубовая А.В.)

Научный руководитель – доц. Бордюгова Е.В.

Проблема алопеции имеет большой научный и практический интерес, что обусловлено распространенностью, ростом заболеваемости, трудностями в поиске эффективного лечения. Среди возможных причин облысения, связанных с генетической предрасположенностью, нейротрофическими и микроциркуляторными нарушениями, эндокринными и обменными расстройствами, неблагоприятным воздействием экологии, значительная роль принадлежит соматическим заболеваниям.

Цель: представить клинический случай алопеции у пациентки 3 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ истории развития и истории болезни ребенка 3 лет, находившейся на стационарном лечении в Институте неотложной и восстановительной хирургии (ИНВХ) им. В.К. Гусака в отделении детской кардиологии и кардиохирургии. Основной клинический диагноз: «Врожденный порок сердца (ВПС), перимембранозный дефект межжелудочковой перегородки, дилатация левого желудочка. Хроническая сердечная недостаточность I степени».

Результаты. У девочки 3 лет при госпитализации для решения вопроса об оперативной коррекции ВПС было обнаружено на волосистой части головы в теменной области 4 очага облысения округлой формы с четкими контурами 1,5-2 см в диаметре. Мама объясняла происхождение

дефектов волосяного покрова не более чем баловством старших детей, которые ее «подстригли». Девочка из многодетной семьи, проживает в частном секторе.

Неонатальный период протекал без особенностей. Грудное молоко получала до 2 лет. Прикормы введены своевременно. На первом году жизни отставала в физическом и стато-моторном развитии, с 3 месячного возраста часто болела респираторными инфекциями (ОРИ), имела признаки рахита II ст., наблюдалась по поводу атопического дерматита (АД), эритематозно-сквамозной формы с локализацией высыпаний в области ягодиц, промежности, нижней части живота. Тяжелое течение ОРИ требовало применения антибактериальной терапии. На 2 году жизни была отмечена аллергическая реакция на антибиотик в виде уртикарной сыпи. Признаки АД на втором и третьем году жизни проявлялись покраснением и шелушением щек после избыточного употребления «сладкого». Вакцинирована по индивидуальному графику. До поступления в стационар выявлен и пролечен энтеробиоз. При обследовании в отделении была выявлена железодефицитная анемия легкой степени (эр. – 4,10 Т/л, Нв – 109 г/л, Нт – 32,7%, MCV – 72 fL, анизоцитоз, пойкилоцитоз). Изменения в копрограмме: избыток перевариваемой и неперевариваемой клетчатки, незначительная стеаторея и небольшое количество слизи расценены как проявления

дисбактериоза. В течение 6 недель получала железосодержащий препарат трехвалентного железа из расчета 5 мг/кг массы тела, вследствие чего исчезли признаки анемии. С профилактической целью продолжает получать препарат железа из расчета 2,5 мг/кг массы тела. Для коррекции дисбиоза кишечника в течение месяца принимала пробиотики, фолиевую кислоту. В результате проведенного лечения состояние ребенка улучшилось и ей успешно проведена кардиохирургическая коррекция ВПС в условиях ИНВХ им. В.К. Гусака. Очаги алопеции покрылись вначале пушковыми, а за-

тем стержневыми волосами. Бывшие очаги алопеции отличаются от окружающего волосяного покрова лишь длиной волос.

Выводы. На основании вышеперечисленных данных, можно сделать вывод, что развитие очаговой алопеции у ребенка 3 лет с ВПС и нарушением гемодинамики легкой степени возникло на фоне сопутствующей патологии – атопического дерматита, перенесенного энтеробиоза, железодефицитного состояния, дисбиоза кишечника, связанного с частыми ОРИ и необходимостью приема антибактериальных препаратов.

Верич О.М., Евтушенко О.В., Евтушенко В.А.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», кафедра офтальмологии ФИПО (зав. каф. – доц Смирнова А.Ф.), ГБУ «ЦГКБ №20 Г.ДОНЕЦКА»

Научный руководитель - доц Смирнова А.Ф.

Эпидемиологические показатели офтальмогерпеса в последние годы в России составляет более 200 тысяч случаев в год. Среди госпитализированных пациентов с язвой роговицы большинство – 55,4% составляют больные с герпетической язвой. С герпесом связано более 60% роговичной слепоты.

Роговица глаза является прозрачной, бессосудистой, высокочувствительной

структурой глаза, выполняющей защитную и оптическую функции. При герпетических поражениях кожи в области иннервации верхней веточки тройничного нерва (веки, лоб, щеки) возможно распространение вируса на роговицу.

В результате тяжело и длительно протекающих герпетических воспалительных процессов в роговице (герпетический кератит, кератоувеит, язва) возможна ее перфорация и вытекание внутриглазной жидкости. При этом передняя камера опорожняется, в дефект роговицы вставляется радужка, образуются спайки, повышается офтальмотонус, роговица теряет прозрачность, может появляться бельмо. Такие больные нуждаются в срочной операции с целью закрытия дефекта роговицы. Для этого используются различные методики: закрытие дефекта роговицы конъюнктивой, кератопластика донорской роговицей. Однако существуют трудности в срочной доставке донорского материала, что обуславливает поиск новых методов лечения данной категории больных.

Цель работы. Изучение возможности закрытия аутосклерой дефекта роговицы у больных с перфорацией герпетической язвы.

Материалы и методы. На кафедре офтальмологии ФИПО, в отделении микрохирургии глаза разработан способ экстренной кератопластики перфоративной язвы роговицы, который заключается в формировании свободного аутосклерального лоскута и наложении его внутренней поверхностью на роговицу, закрывая ее дефект. После ретробульбарной инъекции обезболивающего препарата (например 2% раствор лидокаина 1.5 мл.), в верхне-наружном секторе глазного яблока (как более доступном) из склеры радиально к роговице выкраивали лоскут на $\frac{1}{2}$ ее толщины. По площади склеральный лоскут выкраивали большего размера, чем дефект на 3-5 мм, потому что после отделения от подлежащих тканей он существенно сокращается и уменьшается в размере. Лоскут аутосклеры фиксировали к краям роговицы узловыми швами. Чтобы швы не травмировали конъюнктиву и для более плотной фиксации трансплантата, поверх него одедали лечебную контактную линзу. (Рационализаторское предложение ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО № 6225 от 29.03.2018)

Изучены медицинские карты 10 стационарных больных с перфорацией герпетической язвы роговицы, 6 мужчин и 4 женщины, пролеченных по предложенной методике. Возраст больных колебался от 32 до 50 лет.

Все больные длительно (по 3-4 месяца) лечились по поводу тяжелого протекающего герпетического кератита по месту жительства.

Больные предъявляли жалобы на покраснение глаза, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, снижение зрения, истечение жидкости из глаза.

При поступлении в клинику у всех больных пораженный глаз был раздражен, гипотоничен. Отмечался дефект эпителия, поверхностных и средних слоев стромы. Дно язвы было инфильтрировано, некротизировано. В центре его сквозной дефект диаметром 1-2 мм. Передняя камера неравномерной глубины, передние синехии.

Флюоресцеиновая проба (инстилляция одной капли 0,5% раствора флюоресцеина в конъюнктивальный мешок) с последующим осмотром роговицы с помощью щелевой лампы, позволяла подтвердить перфорацию роговицы.

Результаты. Учитывая urgentное состояние глаз, в срочном порядке больным выполняли пластику роговицы аутосклерой с лечебно - тектонической целью по предлагаемой методике.

Уже в первые дни после операции раздражение оперированных глаз становилось менее выраженным, дефект роговицы был закрыт ауто трансплантатом и контактной линзой. Передняя камера восстанавливалась, нормализовался офтальмотонус. пе-

редние синехии разрывали мидриатиками, зрачок приобретал круглую форму с хорошей реакцией на свет. Появлялся розовый рефлекс с глазного дна. Лечебную контактную линзу пациенты переносили хорошо.

В послеоперационном периоде обычно назначали общие и местные противогерпетические и антибактериальные препараты, глюкокортикоиды, кератопротекторы.

В течение 3-4 месяцев после операции ауто трансплантат продолжал лизироваться, роговица становилась более прозрачной, повышалась острота зрения. На месте перфорации оставалось нежное помутнение. Острота зрения зависела от локализации помутнения. Отдаленные результаты через 2-3 года свидетельствуют о стабильно хорошем состоянии оперированных глаз.

Выводы. Данный способ экстренной помощи больным с перфорацией герпетической язвы роговицы является естественным, не нуждается в дополнительном донорском материале, адаптирован в антигенном отношении, что позволяет трансплантату долгосрочно, до 4-х месяцев держаться на роговице до полного ее заживления и самостоятельно лизироваться по мере закрытия сквозного дефекта роговицы, оставляя нежное помутнение в области прежней перфорации. Предлагаемый способ позволяет сохранить глаз как орган и даже получить зрение.

Волошина Е.А.

ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ У ПАЦИЕНТА С АТОПИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель – изучить особенности клинического случая периорального дерматита у больной К., 23 года.

Материалы и методы. Изучены медицинская карта амбулаторного больного (форма первичной учётной документации №025/у) от 09.09.2022 больной К., 23 лет; медицинская литература за последние 3 года, в т.ч. научных 2-х электронных библиотек (<https://elibrary.ru>, <https://cyberleninka.ru>). Отобраны для анализа пять статей.

Результаты. Пациентка К., 23 года, обратилась с жалобами на высыпания в области подбородка, носогубных складок, сопровождающиеся шелушением и сухостью кожи. Болеет с 19-ти лет, когда впервые заметила сыпь в области носогубных складок и подбородка, что связала с использованием бумажных носовых платков из-за обострения аллергического ринита. Самостоятельно лечилась кремом с пантенолом без видимого эффекта. Обострение дерматоза каждый раз при обострении аллергического насморка, последнее – 1 неделю назад.

Из анамнеза: дебют аллергических ринита и конъюнктивита на цветение в 3-х летнем возрасте (2001 г.), тогда же была впервые отмечена сыпь на коже лица, туловища, расцененная как «диатез» на шоколад, мёд. Многократно лечилась по поводу аллергического ринита у педиатра, с 5-летнего возраста (2004 г.) – у аллерголога, где после комплексного иммуно-аллергологического обследо-

вания был установлен диагноз «поллиноз», выявлен самый сильный аллерген – амброзия. Аллергические реакции были выявлены на пыль, грибы *Aspergillum*. В этом же возрасте впервые появилось першение в горле, изжога на некоторые продукты питания (баклажаны, томаты, подсолнечные семечки). Ежегодно при обострениях аллергического ринита с раннего детства использовала интраназальные глюкокортикостероидные капли (Беконазе, Насобек и др.), которые обеспечивали быстрый положительный терапевтический эффект.

В 7 лет (2006 г.) в связи с частыми рецидивами поллиноза был проведен курс аллерген-специфической иммунотерапии, но в связи с ухудшением общего самочувствия на процедуры – не в полном объеме.

В 21 год (2019 г.) был эпизод крапивницы, что связали с приемом манго.

С 2-х лет (с 2000 г.) страдала частыми простудными заболеваниями, в период с 2-х до 10-ти лет (2000-2008гг.) – эпизоды обструктивного бронхита; в 6-лет (2005 г.) – три эпизода отита, увеличение глоточной миндалины до 2й степени (произведена аденэктомия).

Сопутствующие заболевания: аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз – с 16-ти лет (2014г).

Наследственность: поллинозом страдает отец, брат отца, дедушка; у матери – аутоиммунный тиреоидит (с 32 лет).

При осмотре на коже лица вокруг рта, в области носогубной складки отмечается нечетко ограниченная эритема с телеангиэктазиями и мелкопластинчатым шелушением на поверхности, единичные фолликулярные воспалительные папулы. В углах рта трещины, шелушение, в области центра нижней губы глубокая складка. Вокруг глаз умеренная пигментация, отечность век с образованием глубокой складки-морщинки в области нижнего века «атопическое лицо». В Т-зоне лица выражена пористость кожи, немногочисленные закрытые комедоны. Умеренный ксероз кожи, особенно в области разгибательной поверхности плеч, предплечий, бедер, умеренная лихенификация кожи на фоне эритемы в области локтевых сгибов. Фолликулярный кератоз в области ягодиц. Гиперлинеарность ладоней.

При обследовании: в общих клинических анализах крови, общем анализе мочи – без патологии. УЗИ щитовидной железы – диффузные изменения, эхо-признаки аутоиммунного тиреоидита. Тиреотропный гормон – 1.455 мкМЕ/л (норма 0.35 – 4.94), Т4 свободный – 13.64 пмоль/л (норма 9.01 – 19.04). Общий иммуноглобулин IgE – 528

U/ml, норма < 87 (в анамнезе в 2016 г. – 518 U/ml). Лактазная недостаточность (ЛН) МСМ6: -13910 Т>С: генотип С/Т – связан с вариабельным уровнем активности лактазы, риск развития вторичной ЛН. УЗИ малого таза – без патологии.

На основании анамнеза, характерной клинической картины и комплексного клиничко-лабораторного обследования был установлен диагноз: периоральный дерматит на фоне atopического анамнеза и ЛН С/Т. Соп.: аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз. Поллиноз.

Выводы. Особенностью данного клинического случая явилось то, что периоральный дерматит развился из-за длительного топического использования гормональных препаратов интраназально (монотерапия топическими стероидами); нерациональной тактики ведения аллергического ринита. Рецидивирующее течение аллергозов (поражение кожи, поллиноз, обструктивный бронхит) отражают тенденцию к формированию atopического марша, что необходимо учитывать при планировании и проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Гаруст Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПСОРИАЗА У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель – изучить особенности клиники псориаза у женщин с климактерическим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением были 70 женщин с псориазом в возрасте от 18 до 62 лет. Обследование, определение формы и тяжести псориаза проводили в соответствии с утвержденными унифицированными клиническими протоколами и стандартами оказания медицинской помощи. Для оценки гинекологического статуса, наличия или отсутствия гормональных нарушений все больные были консультированы у гинеколога-эндокринолога. В соответствии с целями исследования больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 30 женщин в возрасте от 18 до 44 лет (без климактерических нарушений); 2 группа – 40 женщин в возрасте от 45 до 62 лет (с климактерическими нарушениями).

Результаты. Из 70 больных псориаз был распространенным ($BSA \geq 20$) у 30 (42,9%), в том числе у 15 (50%) больных 1 группы и у 15 (37,5%) женщин 2 группы; ограниченным ($BSA \leq 20$) – у 40 (57,1%), в том числе у 15 (50%) больных 1 группы и у 25 (62,5%) женщин 2 группы. Ладонно-подошвенные поражения были у 34 (48,6%), при этом у больных псориазом женщин с климактерическим синдромом (2 группа) в 3 раза чаще, чем у больных псориазом женщин молодого возраста – 28 (70%) и 6 (20%),

соответственно. Поражения волосистой части головы, обнаруженное у 20 (28,6%) больных, незначительно чаще было у женщин 2 группы, чем 1 группы – 12 (30%) и 8 (26,7%) больных, соответственно. Псориатические ониходистрофии, выявленные у 25 (35,7%) больных, также почти одинаково часто отмечены в 1 и 2 группах – 11 (36,7%) и 14 (35%), соответственно. Поражения гениталий было у 13 (18,6%) больных, но во 2 группе почти в 2 раза чаще, чем в 1 группе – 9 (22,5%) и 4 (13,3%), соответственно. Инверсные поражения (под молочными железами, заушные, подмышечные и паховые складки) были у 10 (14,3%) больных, в том числе у 4 (13,3%) больных 1 группы и у 6 (15%) больных 2 группы. Обращало внимание, что почти каждую третью больную с поражением крупных складок длительное время безуспешно лечили в связи с кандидозом кожи. При комплексном клинико-инструментальном обследовании у 32 (45,7%) больных была впервые выявлена патология щитовидной железы, причем у каждой третьей – у 20 (28,6%) – аутоиммунный тиреоидит, в том числе у 8 (26,7%) больных 1 группы и у 12 (30%) больных 2 группы. У 12 (17,1%) больных был установлен хронический тиреоидит с нарушением функции (гипотиреоз), и таких больных во 2 группе было в 2 раза больше, чем в 1 группе – 8 (20%) и 3 (10%), соответственно.

Выводы. Выявленные особенности псориаза должны быть учтены при осмотре и обследовании женщин перименопаузального возраста, а также при планировании и проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Голубов Т. К.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕКОЙ КАРТИНЫ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ РОГОВИЦЫ ВИРУСОМ ГЕРПЕС-ЗОСТЕР

Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра офтальмологии ФИПО (зав. каф. – доц. Смирнова А.Ф.)

Научный руководитель - Смирнова А.Ф.

Вирус герпес зостер (*herpes zoster*) — это вирус, который вызывает ветряную оспу, имеет латентное течение и локализован в первичном чувствительном ганглии. Может реактивироваться с появлением признаков опоясывающего лишая. Обычно реактивация герпеса происходит на фоне ослабления клеточного иммунитета; стрессовых состояний; перенесенной травмы; переохлаждения; инфекционного или соматического заболевания; у больных СПИДом; раковых больных после курса химиотерапии. Опоясывающий лишай проявляется у каждого четвертого человека из всех переболевших ветряной оспой, в возрасте старше пятидесяти лет. Чаще всего герпес зостер наблюдается у пожилых людей в возрасте старше пятидесяти лет. Поражения органа зрения наблюдаются, согласно данных различных авторов, в 5,2-10,1% больных. Проблема реабилитации лиц с герпетическими заболеваниями глаз остается одной из актуальных в офтальмологии.

Целью работы явилось изучение особенности клинической картины и лечения лиц с поражением роговицы вирусом герпес-зостер.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 36 больных в возрасте 32-76 лет, у которых отмечались монокулярное поражение роговицы, вызванное вирусом Герпес-зостер. Семь из них отмечали, что переболели в детстве ветряной оспой. Среди наблюдаемых больных преобладали женщины (58,3%). Все больные были осмотрены

невропатологом, дерматологом.

Результаты. В 33,3% случаев больные поступили в отделение в течение первых трех дней, а в 22,2% - по прошествии недели и более от начала глазных проявлений заболевания. Больные при поступлении предъявляли жалобы на снижение остроты зрения, боль в глазу, светобоязнь, слезотечение. За 5-10 дней до появления указанных жалоб со стороны органа зрения пациенты отмечали повышение температуры тела, которая предшествовала (57,1%) или сопровождалась (42,9%) высыпаниями секторального характера на коже лица (зоны иннервации тройничного нерва), волосистой части головы везикулезного характера. При этом все пациенты указывали на выраженную болезненность кожных высыпаний и снижение кожной чувствительности. К моменту поступления в отделение на фоне изменений со стороны глаз на коже лица у 8 (22,2%) больных отмечались единичные везикулы сочетающиеся с высыпания на верхнем веке, у 24 (55,6%), наряду с везикулезными элементами наблюдались и корочки, у 4 (11,1%) на месте высыпаний определялись только корочки. У 32 (88,9%) больных наблюдался отек верхнего века. Острота зрения пораженного глаза была в пределах от 0,005 до 0,1. У всех больных отмечалась гиперемия конъюнктивы. Поражения роговицы сопровождалась значительным снижением её чувствительности. Клиническая картина поражения роговицы была полиморфной. У 8

(22,2%) пациентов наблюдались поверхностный древовидный, а у 16 (44,4%) - стромальный кератит с расположением инфильтрата в центре роговицы, у одного из них – с изъязвлением. Особенностью дендритических фигур при древовидном кератите было наличие коротких немногочисленных ветвей. В 12 (33,3%) случаях отмечался кератоувеит. Особенностью течения кератита и кератоувеита было повышение внутриглазного давления у 12 из 36 больных. В ходе обследования больных определялись положительные результаты ПЦР и выявлялся повышенный уровень специфического Ig G .

Противовирусная системная терапия включала применение аналога нуклеозидов валацикловира, обладающего специфической активностью, который назначался в таблетированной форме в разовой дозе 500 мг 4 раза в сутки в течение 14-21 дней. В комплекс лечебных мероприятий включали противовоспалительные средства, десенсибилизирующие средства, витаминотерапию, биостимуляторы, иммуномодуляторы, индукторы интерферона и др. Местная проти-

вовирусная терапия включала инстилляцию офтальмоферона, инъекции полудана, которые сочетались с частыми закладываниями мази ацикловир 3% или зирган-геля до 5 раз в сутки. При выраженной местной аллергической реакции в комплексную терапию добавлялся кромофарм, аломид, лекролин. Для усиления противовоспалительного эффекта с 7-10 дня лечения назначался дексаметазон в виде инстилляций. Для ускорения эпителизации роговицы использовался тиотриазолин, баларпан в виде инстилляций, фонофорез корнерегеля, витаминно-белковые коктейли. Поражения на коже лица обрабатывались бриллиантовой зеленью. По окончании курса лечения острота зрения пораженного глаза в 66,7% случаев была выше 0,7; в 22,2% - 0,2-0,7 и в 11,1% - менее 0,2. Причиной снижения остроты зрения явились помутнения роговицы в области воспалительных очагов.

Выводы. Особенностью клинической картины при заболевании глаз герпес-зостер является сочетание изменений кожи с полиморфизмом поражений роговицы.

Горбенко А.С.

ОЦЕНКА СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель - изучить состояние ситуативной и личностной тревожности у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 62 больных с атопическим дерматитом (АтД), в возрасте от 16 до 60 лет. АтД в эритематозно-сквамозной форме был у 17 (27,4%), эритематозно-сквамозной форме с лихенификацией - у 31 (50%) больного, в форме диффузного нейродермита - у 12 (19,4%) больных, в форме эритродермии - у 2 (3,2%) больных. Обследование и лечение проводили в соответствии с унифицированными клиническим протоколам оказание медицинской помощи МЗ ДНР. Определение уровня ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) проводили по тесту Спилбергера-Ханина с использованием предлагаемых шкал и балльной оценкой полученных данных, где до 30 баллов – низкий уровень тревожности, 31 - 44 балла — умеренный уровень; 45 и более — высокий.

Результаты. В наших наблюдениях преобладали женщины – 33 (53,2%), мужчин было 29 (46,8%). При эритематозно-сквамоз-

ной форме было больше мужчин – 12 (41,4%), при эритематозно-сквамозной форме с лихенификацией преобладали женщины – 18 (54,5%). АтД в форме диффузного нейродермита был больше у женщин – 9 (27,3%), чем у мужчин 3 (10,3%). При оценке степени тяжести по шкале SCORAD отмечено, что у 48 (77,4%) больных было тяжелое течение АтД; средне-тяжелое течение выявлено у 14 (22,6%) больных. Установлено, что у 52 (83,7%) больных был высокий уровень СТ, у 50 (80,6%) больных – высокий уровень ЛТ. Умеренная СТ наблюдали у 6 (9,7%) больных, умеренная ЛТ - у 7 (11,3%) больных; низкая СТ - у 4 (6,5) больных и ЛТ - у 5 (8,1%) больных. Установлена взаимосвязь степени тяжести дерматоза по шкале SCORAD и формам АтД со степенью выраженности уровней СТ и ЛТ.

Выводы. Выявленные высокие уровни СТ и ЛТ у больных АтД обосновывают целесообразность применения медикаментозных и немедикаментозных методов их психокоррекции в комплексном лечении дерматоза.

Зиаур С.-Т. Р.

ОТНОШЕНИЕ К ПРОБЛЕМЕ ЗДОРОВОЙ КОЖИ ПО РЕЗУЛЬТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко О.А

Цель – оценить информированность респондентов по проблеме «здоровая кожа».

Материалы и методы. Было проведено анкетирование закрытым способом 70 человек, в том числе 42 женщины в возрасте от 16 до 45 лет и 28 мужчин в возрасте от 16 до 45 лет. Разработана анкета, включающая 12 вопросов, в том числе «Здоровая кожа для вас это...», «Почему вас интересует тема, связанная с понятием "здоровая кожа"», «С какими поражениями кожи сталкивались вы или ваши близкие?», «Обращались ли вы уже в учреждения здравоохранения и к какому специалисту?», «Какие учреждения вызывают больше доверия?», «Считаете ли вы здоровье кожи больше проблемой медицинской или эстетической?», «Где вы приобретаете средства ухода за кожей?», «Где вы ищете информацию по этой теме?». Полученные данные были обработаны статистически.

Результаты. В исследовании подавляющее количество опрошенных (22 человека – 31,4%) составляли женщины в возрасте от 16 до 25 лет; 18 (25,7%) – мужчины в возрасте от 16 до 25 лет; 13 (18,5%) – женщины от 26 до 35 лет; 8 (11,4%) – мужчины от 26 до 35 лет; 5 (7,1%) – женщины старше 35 лет; 2 (2,8%) – мужчины старше 35 лет; 2 (2,8%) – женщины младше 16 лет. Здоровая кожа для 44 (62,8%) опрошенных

представляет собой проблему эстетического характера с упором на визуальное оценивание ее состояния, 26 (37,2%) опрошенных выделили также состояние здоровья всего организма как одно из характерных черт, которые определяют здоровую кожу. Из патологических поражений кожи чаще всего наблюдается акне (43 человека – 61,4%), на втором месте герпетическая инфекция (30 человек – 42,8%), на третьем – себорейный дерматит (28 человек – 40%), далее выделяется атопический дерматит (22 человека – 31,4%), псориаз (2 человека – 2,8%) и другие заболевания кожи (10 человек – 14,3%). В большинстве случаев у одного респондента наблюдалось больше одного поражения кожи. Только 18 опрошенных (25,7%) не наблюдают в своем случае каких-либо поражений кожи. 12 опрошенных (17,1%) уже обращались в учреждения здравоохранения к дерматовенерологу. Больше доверия вызывают коммерческие медицинские центры (46 человек – 65,7%), государственным ЛПУ доверяют 30 опрошенных (42,8%), салонам красоты – 10 (14,3%). В подавляющем количестве вопросы, связанные со здоровьем кожи, начали беспокоить с подросткового возраста. В специализированном магазине средства для ухода за кожей приобретают 28 респондентов (40%), в аптеке – 12 (17,1%), в отделе бытовой химии супермаркета – 30 (42,9%). Информацию по

теме, в основном, ищут в интернете (57 человек – 81,4%), 10 человек (14,2%) слушают советы близких и знакомых людей, 3 опрошенных (4,2%) обращаются к специалисту.

Выводы. Полученные в результате анкетирования данные могут быть использованы при составлении информационных материалов по проблеме «Здоровая кожа».

Зубаревская О.А.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА КОЖЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель – определить эффективность шампуней Green Laboratory для улучшения роста волос, содержащих экстракт каштана Green Laboratory в комплексном лечении больных гнездной алопецией.

Материалы и методы. Под наблюдением были 50 больных гнездной алопецией, в том числе 32 женщины и 18 мужчин в возрасте от 5 до 26 лет. Обследование и лечение проводили в соответствии с утвержденными унифицированными клиническими протоколами и стандартами оказания медицинской помощи. Для оценки эффективности шампуня Green Laboratory больные были разделены на 2 группы: первая группа – 26 больных, комплексную терапию гнездной алопеции сочетали с применением шампуня для улучшения роста волос Green Laboratory; вторая группа – 24, получали только традиционную терапию. Обе группы были сопоставимы по стадии и степени тяжести алопеции. Эффективность терапии оценивали

по переносимости, срокам наступления клинической ремиссии и состоянию кожи в течение 6 месяцев наблюдения.

Результаты. Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Клиническая ремиссия в обеих группах была достигнута практически у одинакового числа больных - у 22 (84,6%) – в первой группе и у 20 (83,3%) – во 2 группе. Однако у пациентов первой группы отмечено более раннее появление при дерматоскопии расширения устьев волосяных фолликулов, появление вначале пушковых, а затем и полноценных волос. В последующем они были мотивированы использовать шампунь Green Laboratory от выпадения волос в ежедневном уходе.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о хорошей переносимости и эффективности шампуня Green Laboratory в комплексном лечении больных очаговой алопецией.

Казарян К.Т.

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафе-
дра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель: установить особенности соматической патологии у пациентов, обратившихся с эстетическими проблемами в медицинский косметологический центр.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты 100 амбулаторных пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, обратившихся с эстетическими проблемами в медицинский косметологический центр (форма первичной учётной документации № 025/у), медицинская литература за последние 10 лет, в т.ч. научных электронных библиотек. Отобраны для анализа пять статей.

Результаты. В наших наблюдениях все обратившиеся пациенты с эстетическими проблемами были женщины, которых мы разделили на две возрастные группы – 1 группа (50 женщин) в возрасте 18 – 40 лет и 2 группа (50 женщин) в возрасте от 41 года до 60 лет. Обращало внимание, что на первом месте была аллергопатология (атопический поллиноз, пищевая аллергия, аллергия неуточненная, бронхиальная астма), установленная у 39 (39%) пациенток, в том числе у 22 (44%) в 1 группе и у 17 (34%) – во 2 группе. Среди этих пациенток чаще был атопический поллиноз – у 19 (48,7%), в том числе в возрасте 18-40 лет – у 13 (26%) пациенток 1 группы и у 6 (12%) пациенток 2 группы. Пищевая аллергия был у 13 (33,3%) у больных с аллергопатологией женщин, при этом

в 1 группе – у 9 (18%), во 2 группе – у 4 (8%). Неуточненная аллергия была у 7 (17,9%) женщин с аллергопатологией, в том числе у 5 (10%) пациенток в возрасте от 18 до 40 лет и у 2 (4%) женщин от 41 года до 60 лет (таблица).

На втором месте в наших наблюдениях была патология щитовидной железы, выявленная у 17 (17%) женщин, значительно чаще в возрасте 41 – 60 лет, чем в возрасте 18-40 лет – 12 (24%) и 5 (10%) пациенток, соответственно. При этом преобладало нарушение функции в сторону гипотиреоза – у 7 (41,2%) из 17 женщин с патологией щитовидной железы, чаще в возрасте 41-60 лет, чем в группе 18-40 лет – 5 (10%) и 2 (4%) пациенток, соответственно.

Гинекологические нарушения были у 16 (16%) женщин, в том числе у 9 (18%) пациенток в возрасте 41-60 лет и у 7 (14%) – в возрасте 18-40 лет. Среди этой патологии в обеих группах преобладали нарушения менструального цикла различного генеза. В 1 группе из 7 женщин таких пациенток было 6 (85,5%), в том числе у 3 (42,3%) был синдром поликистозных яичников. Во 2 группе также преобладали нарушения менструального цикла – у 3 (33,3%), но они были обусловлены климактерическими расстройствами. Эндометриоз в наших наблюдениях был у 3 (3%), в том числе у 1 (2%) пациенток

1 группы и у 2 (4%) – во 2 группе.

Сахарным диабетом страдали 14 (14%) женщин, преимущественно сахарным диабетом II типа - 11 больных, что составило 11% от всех обратившихся женщин и 78,6% из пациенток с сахарным диабетом. В возрастной группе 18-40 лет было 6 (12%) таких женщин, в старшей возрастной группе (41-60 лет) – 8 (16%). В обеих возрастных

группах преобладали женщины с сахарным диабетом 2 типа – 5 (83,3%) и 6 (75%), соответственно.

Выявленная патология без соответствующего лечения может оказывать влияние на эффективность косметологических воздействий и быть фактором риска развития осложнений инвазивных и физиотерапевтических процедур.

Таблица

Соматическая патология у пациенток косметологического центра в зависимости от возраста

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ	
Возрастная группа 18-40 лет n=50	Возрастная группа 41-60 лет n=50
Атопический поллиноз: 13 (26%)	Атопический поллиноз: 6 (12%)
Пищевая аллергия: 9 (18%)	Пищевая аллергия: 4 (8%)
Аллергия неуточнённая: 5 (10%)	Аллергия неуточнённая: 2 (4%)
Бронхиальная астма: 1 (2%)	Бронхиальная астма: 3 (6%)
Болезни системы пищеварения: 4 (8%), в т.ч.: язвенная болезнь – 2, хронический холецистит – 1, хронический панкреатит – 1	Болезни системы пищеварения: 6 (12%), в т.ч.: язвенная болезнь – 1, хронический холецистит – 2, хронический панкреатит – 3
Болезни щитовидной железы: 5 (10%), в т.ч.: гипотиреоз – 2, гипертиреоз – 1, аденома щитовидной железы – 2	Болезни щитовидной железы: 12 (24%), в т.ч.: гипотиреоз – 5, гипертиреоз – 3, аденома щитовидной железы – 4
Гинекологические нарушения: 7 (14%), в т.ч.: нарушения менструального цикла – 3, синдром поликистозных яичников – 3 эндометриоз – 1	Гинекологические нарушения: 9 (18%), в т.ч.: нарушения менструального цикла / климактерические расстройства – 3, эндометриоз – 2, миома матки – 2
Эндокринные нарушения: 6 (12%), в т.ч.: сахарный диабет I тип – 1, сахарный диабет II тип – 2	Эндокринные нарушения: 8 (16%), в т.ч.: сахарный диабет I тип – 2, сахарный диабет II тип – 4

Выводы. Установлены различия соматической патологии разных возрастных групп среди лиц, обращающихся в косметологические центры.

Выявленные изменения необходимо учитывать при проведении косметологических вмешательств.

Кошеленко К.С.

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ЭРИТЕМЫ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра педиатрии №3
(зав. каф. – проф. Дубовая А.В.)*

Научный руководитель – доц. Бордюгова Е.В.

Кольцевидная эритема в детском возрасте – редкое инфекционно-аллергическое поражение кожи. На сегодняшний день нет четкого представления о причинах и механизмах его возникновения.

Цель: Представить клинический случай рецидивирующего течения кольцевидной эритемы у ребенка 7 лет.

Материалы и методы. Амбулаторная карта развития ребенка, собственное наблюдение (опрос, сбор анамнеза, физикальное обследование и лабораторные исследования), медицинская литература за последние 10 лет.

Результаты. Мать ребенка 7 лет обратилась с жалобами на высыпания на коже, возникшие вскоре после перенесенной острой респираторной инфекции (ОРИ) с явлениями ринофарингита. Приблизительно в течение 5 дней кольцевидные высыпания с нижних конечностей мигрировали на туловище и верхние конечности. В процессе распространения сыпь на ногах исчезала. На лице кольцевидные высыпания появились в последнюю очередь с характерной локализацией вокруг носа, ушных раковин, создавая ажурный рисунок. Сыпь сопровождалась увеличением периферических лимфатических узлов.

В анамнезе до 2 лет у мальчика были признаки атопического дерматита в виде гнейса и гиперемии щек с шелушением. В период обострения (2-3 раза в год) ребенок

получал антигистаминные препараты. С 2,5 лет у пациента после перенесенных ОРИ на коже лица, туловища и конечностей неоднократно регистрировали кольцевидную сыпь разного диаметра, сохранявшуюся в течение 2-5 дней и бесследно исчезающую. При эхокардиографии в возрасте 6 месяцев выявлено открытое овальное окно и аберрантная хорда в полости левого желудочка. Наследственный анамнез не отягощен. До 4 раз в год болел ОРИ. В 4 года перенес лакунарную ангину.

Объективно на коже лица в области носогубного треугольника, височных областях, за ушами, на сгибаемых поверхностях локтевых и коленных суставов, а также на спине, кольцевидная эритема. Элементы сыпи, накладываясь друг на друга, создавали ажурный рисунок, размером 0,5-5 см со слегка возвышенными краями и центром из неизменной кожи. Отмечалась гипертрофия миндалин I степени. При пальпации периферических лимфатических узлов обнаружено их увеличение в подчелюстной области до 3 см, подмышечной и паховой областях – до 1,0 см, округлой формы, мягко-эластичной консистенции, подвижные, безболезненные. Крупные суставы внешне не изменены, движения в них безболезненны.

Клинически и в ходе лабораторного обследования исключен псориаз, отрубевидный красный лишай, дерматофития, кожные проявления красной волчанки, а

также герпетическая инфекция (герпес 1, 2, 6 типов, цитомегаловирусная и инфекция Эпштейна-Барра), острая ревматическая лихорадка (ревматические пробы отрицательные). В результате бактериологического исследования слизи из носоглотки был выделен золотистый стафилококк в 10⁴ степени. Электрокардиограмма в норме. Выявлено умеренное повышение уровня иммуноглобулина Е в крови.

В результате проведенного дифференциального диагноза, учитывая atopический дерматит в анамнезе, повышенное содержание общего иммуноглобулина Е,

рецидивы кольцевидной эритемы на фоне ОРИ, быстрая динамика исчезновения кожных проявлений, доброкачественный характер лимфаденопатии, пациенту установлен диагноз: «Реконвалесцент ОРИ. Лимфаденопатия. Атопический дерматит, стадия обострения».

Выводы. Кольцевидная эритема – симптом, встречающийся при различных заболеваниях, требующих проведения дифференциальной диагностики. Анализ анамнестических данных, клинических проявлений, лабораторных и инструментальных данных, позволяет поставить правильный диагноз.

Краснощекых А.А.

КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЗАЦЕА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТИРЕОИДИТА

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель исследования. Изучить клинико - дерматоскопические особенности розацеа у больных с различными формами тиреоидита.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 15 пациентов с розацеа и тиреоидитом в возрасте от 25 до 75 лет. Определяли клинический подтип розацеа и степень выраженности симптомов с помощью различных шкал и дерматологических индексов (дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), шкала дерматологической оценки розацеа (ШДОР), СКИНДЕКС – 29, глобальная оценка исследователя (IGA). Дерматоскопию выполняли с помощью портативного дерматоскопа (Derm Lite DL4; 3Gen, Inc., США) при увеличении $\times 10$ (кросс-поляризованный свет).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов – 45.3 ± 3.7 лет; длительность заболевания – от 1 месяца до 10 лет. Из 15 больных у 13 выявлен аутоиммунный тиреоидит (АИТ), в том числе с эутиреозом – 11 (73,3%), с гипотиреозом – 2 (13,3%), с гипертиреозом – 2 (13,3%). Эритематозно-телеангиэктатический подтип (ЭТП) розацеа выявлен у 7 (46,7%) больных, из них у 1

мужчины в возрастной группе 25-30 лет и у 6 женщин в возрастной группе 41-50 лет, папуло-пустулезный подтип (ППП) – у 6 (40%) больных, из них у 2 мужчин в возрасте 31-40 лет и >50 лет и у 4 женщин в возрасте 41-50 лет, фиматозный подтип (ФП) – у 2 (13,3%) мужчин в возрастной группе 31-40 лет и >50 лет. При дерматоскопии в местах поражения отмечались: незначительно или умеренно расширенные устья волосяных фолликулов – у всех больных, в том числе: у 7 больных с ЭТП розацеа, у 6 больных с ППП розацеа, у 2х больных с ФП розацеа; фолликулярные пробки – у 9 больных, в том числе: у 3х больных с ЭТП розацеа; у 6 больных с ППП розацеа. Также отмечались различия диаметров сосудов ($p < 0,001$): при ЭТП розацеа преобладали сосуды малого (0,1-0,3 мм) – 48 % и среднего диаметра (0,4-0,5 мм) – 46 %; при ППП розацеа преобладали сосуды среднего – 52 % и большого диаметра – 36 %. ДИКЖ составил $20,27 \pm 1,93$, СКИНДЕКС-29 – $35,1 \pm 0,15$, IGA – $35,1 \pm 0,15$, ШДОР – $35,1 \pm 0,15$.

Выводы. Полученные предварительные данные могут быть использованы при планировании лечебно-диагностической программы ведения больных.

Логунов П.В.

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель: изучить особенности инфекционной и неинфекционной патологии кожи у больных различными видами сахарного диабета (СД).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 больных СД или имеющих инсулинорезистентность в возрасте от 21 до 82, из них мужчин - 23, женщин - 27, получавших лечение в условиях дерматологического (42 чел.) или эндокринологического (8 чел.) отделения республиканских больниц. Распределение в группе исследуемых по типу СД: I тип - 4 больных, II тип - 46 больных.

Результаты. При проведении осмотра и обследовании пациентов с СД выявлена следующая дерматологическая патология: экзема – у 32 больных, хронический рецидивирующий ненагнаивающийся паникулит – у 8, васкулит – у 8, токсикодермия – у 3, многоформная экссудативная эритема – у 1, острая крапивница – у 2, бляшечный псориаз – у 2, микотические поражения кожи и придатков

– у 41 (в том числе: микоз стоп – у 18, микоз крупных складок – у 8, онихомикоз – у 15), множественные себорейные кератомы – у 22, бородавки, папилломы – у 12. При анализе по группам дерматозов отмечено преобладание микотической дерматологической патологии (микозы крупных складок и стоп, онихомикоз) – у 41 (82%), несколько реже – аллергического генеза (экзема, крапивница, многоформная экссудативная эритема) – у 35 (70%). ВПЧ-индуцированные пролиферации кожи (себорейные кератомы, папилломы, бородавки) были у 34 (68%) больных. Обращало внимание, что на 1 больного СД приходилось $2,6 \pm 1,6$ дерматоза, при этом на больных СД I типа – $3,0 \pm 1,8$, на больных СД II типа – $2,2 \pm 1,4$.

Выводы. Выявленные при обследовании 50 больных СД дерматологическая полиморбидность и высокий процент аллергической и микотической патологии кожи необходимо учитывать при обследовании и лечении больных.

Лыгина Ю.А., Мельник К.В.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЬЮ ЛАЙМА НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и
эпидемиологии
(зав. каф. – проф. Беседина Е.И.)*

Научный руководитель - доц. Мельник В.А.

Цель - проанализировать эпидемическую ситуацию по болезни Лайма (БЛ) на территории Донецкой Народной Республики (ДНР) за последние 5 лет и оценить уровень эпидемической угрозы на 2023 г.

Материалы и методы. Была проанализирована эпидемическая ситуация по БЛ по материалам эпидемиологического отдела Республиканского центра санэпиднадзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР за 5 лет.

Результаты. На протяжении 2017-2022 гг. эпидемическая ситуация по БЛ в г. Макеевке оставалась напряженной из-за большого числа укусов клещами населения ДНР. На протяжении 2018 г. было зарегистрировано

114 случаев БЛ, показатель заболеваемости (ПЗ) составил 4,93 на 100 тыс. населения, в 2019 г. - 169 случаев, ПЗ составил 7,37 на 100 тыс. населения, в 2020 г. - 29 случаев, ПЗ - 1,3 на 100 тыс. населения), в 2021 г. - 24 заболевших, ПЗ - 1,06 на 100 тыс. населения, в 2022 г. - 29 заболевших, ПЗ - 2,75 на 100 тыс. населения. По состоянию на 1 января 2022 г., по результатам исследования иксодовых клещей из внешней среды, в эпидемический процесс по БЛ в ДНР вовлечены 12 регионов, 138 населенных пунктов.

Выводы. Таким образом, на протяжении последних 5 лет эпидемическая ситуация по БЛ в ДНР оценивалась как напряженная. Прогноз по заболеваемости людей БЛ на эпидемический сезон 2023 г. предполагается неблагоприятным.

Мельник К.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЗАРАЗНОГО АКАРОДЕРМАТИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МАКЕЕВКИ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и
эпидемиологии
(зав. каф. – проф. Беседина Е.И.)*

Научный руководитель - доц. Мельник В.А.

Цель - выявить основные тенденции распространения заразного акародерматита среди населения г. Макеевки.

Материалы и методы. Проведен анализ материалов официальной регистрации заболеваемости заразным акародерматитом (чесоткой) в г. Макеевке, согласно отчетных материалов Республиканского и Макеевского городского центра Республиканского центра санитарно – эпидемиологического надзора Государственной санитарно – эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Результаты. В г. Макеевке за 2021 г. зарегистрировано 157 случаев заболевания чесоткой, из них 108 заболевших – взрослые и пожилые люди, а 51 – дети. Общая заболе-

ваемость снизилась на 35,0% по сравнению с 2020 годом, в том числе среди детей – на 26,7%, а взрослого населения – на 34,2%. Групповых случаев в организованных детских коллективах не выявлено. Всем заболевшим была своевременно оказана медицинская помощь, в 90,5% (145 людям) – в амбулаторных условиях, 129 заболевших (81,0%) были выявлены пассивно, при самостоятельном обращении за медицинской помощью с выраженной клиникой.

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует о низком качестве медицинских осмотров в коллективах и требует особо пристального контроля со стороны органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Пенделя Н.М.

СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИГА

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. — проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель – изучить особенности клинического случая герпетического дерматита Дюринга у больного К., 50 лет.

Материалы и методы. Изучены медицинская карта амбулаторного больного К. 50 лет, (форма первичной учетной документации №003/у) от 31.08.2022, медицинская литература за последние 5 лет, в т.ч. научных электронных библиотек (<http://cyberleninka.ru>; <http://elibrary.ru>). Отобраны для анализа пять статей.

Результаты. Больной К., обратился с 07.06.2022 г., с жалобами на зудящие высыпания на теле. Болеет 4 месяца. Дебют дерматоза в области правой голени в виде зудящих пузырьков на фоне покраснения кожи, ни с чем не связывает. Самостоятельно применял спиртовой раствор брильянтовой зелени, эффекта не дало. Высыпания распространились на кожу передней и задней поверхности бедра. Первое обращение к дерматовенерологу через месяц. Получал доксицилин, топические глюкокортикостероиды, без эффекта. Высыпания стали распространяться на кожу туловища, верхние конечности (с 08.2022 г.).

Из анамнеза: ВИЧ позитивный статус с 2000 г. (антиретровирусная терапия с 2000 г.); хронический вирусный гепатит С с 2018 г. (на 09.2022 г. вне в стадии репликации вируса). Инфаркт миокарда в апреле 2018 г. Туберкулема левого легкого S 1-2 (с 2013 г.)

Наследственность: не отягощена.

При осмотре патологический процесс носил распространенный характер

с поражением кожи туловища, верхних и нижних конечностей, где на фоне отечной эритемы определялись сгруппированные пузырьки и единичные напряженные пузырьки до 0.2-0.5-1.0 см в диаметре, с прозрачным содержимым, местами вскрывшиеся с образованием эрозий розово-красного цвета, диаметром 0.7-1.0-1.5 см, со скудным серозным отделяемым с образованием, геморрагических корок. Симптом Никольского- отрицательный.

При обследовании: в общем анализе крови - эозинофилы 9%; общий анализ мочи без патологии; общий билирубин - 27,5 мкмоль/л, в том числе прямой - 9,0 мкмоль/л; положительный С-реактивный белок. В содержимом пузырей эозинофилия до 5%; обнаружены единичные крупные эпителиальные клетки, расцененные как клетки Тцанка. Взята диагностическая биопсия с центральной зоны типичного очага поражения – с предварительными диагнозами: Пузырчатка? Герпетический дерматит Дюринга? При гистологическом исследовании биоптата пораженной кожи выявили подэпидермальные пузырьки (в субпапиллярной части дермы, акантолизиса в эпидермисе нет). В папиллярной части дермы микроэозинофильные абсцессы, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация вокруг сосудов сосочкового и сетчатого слоев дермы. Гистологические данные не подтвердили акантолитическую пузырьчатку, не противоречит диагнозу герпетический дерматит Дюринга.

На основании результатов анализа, анамнеза, осмотра, обследования, установлен диагноз: Герпетиформный дерматит Дюринга, буллезная форма.

Выводы. Особенность данного клинического случая в том, что атипичные проявления герпетиформного дерматита Дюринга - буллезная форма. При гистологическом исследовании – акантолизис исключен, обнаружены подэпидермальные полости, эозинофильные микроабсцессы. В мазках отпечатках единичные крупные эпителиальные клетки были ошибочно расценены как клетки Тцанка, пластов акантолитических клеток, характерных для акантолизиса – основного патогене-

тического признака пузырчатки, не было. Герпетиформный дерматит Дюринга может быть проявлением паранеопластического дерматоза или генетически детерминированной ферментопатии. Пациенту необходимо дообследование с целью исключения паранеопластического генеза дерматоза (лабораторно-инструментальное обследование на онкопатологию); обследование кишечника; обследование на целиакию и/или синдрома псевдоцелиакии (антитела IgG и IgM тканевой трансглутаминазе); исключение активации вирусного гепатита С и/или стадии репликации ВИЧ, с учетом анамнеза (обследование в динамике у инфекциониста).

Проценко О.И., Бондаренко Э.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОКОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПО УХОДУ ЗА ЛИЦОМ GREEN LABORATORY У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. — проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель – определить переносимость и эффективность дерматокосметологических средств Green Laboratory в ежедневном уходе за кожей у больных угревой болезнью.

Материалы и методы. Под наблюдением были 32 больных угревой болезнью 2 - 3 степени, в том числе 26 женщин и 6 мужчин в возрасте от 18 до 26 лет. Обследование, определение стадии и тяжести угревой болезни, лечение проводили в соответствии с утвержденными унифицированными клиническими протоколами и стандартами оказания медицинской помощи. Комплексный уход за кожей проводился в сочетании с системной и наружной терапией угревой болезни и включал последовательные этапы: очищение с помощью пенки или геля для умывания (в зависимости от состояния кожи), тонизирования с помощью тоника с гликолевой кислотой или мицеллярной водой с лавандой. Для оценки эффективности дерматокосметологических средств Green Laboratory больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 16 больных (13 женщин и 3 мужчин), у которых комплексную терапию угревой болезни сочетали с дерматокосметологическими средствами Green Laboratory; 2 группа – 16 больных (13 женщин и 3 мужчин), получавших только традиционную терапию. Обе группы были репрезента-

тивны по степени тяжести угревой болезни. Эффективность терапии оценивали по переносимости, срокам наступления клинической ремиссии и состоянию кожи в течение 6 месяцев наблюдения (жирность, воспалительные элементы акне).

Результаты. Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Клиническая ремиссия после лечения была достигнута у 10 (62,5%) больных 1 группы и у 6 (37,5%) – во 2 группе; значительное улучшение – у 6 (37,5%) и у 10 (62,5%) больных, соответственно. Отсутствие жирности кожи в течение 6 месяцев наблюдения отмечали 8 (50%) больных 1 группы и лишь 2 (12,5%) – во 2 группе. Незначительную жирность кожи периодически отмечали 6 (37,5%) больных 1 группы и 8 (50%) больных 2 группы. Жирность кожи, вызывающую дискомфорт, отмечали 2 (12,5%) больных 1 группы, во 2 группе таких больных было 6 (37,5%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о хорошей переносимости дерматокосметологических средств Green Laboratory, которые повышают эффективность терапии больных угревой болезнью, позволяют контролировать жирность кожи и улучшать общее ее состояние при последующем наблюдении.

Сердюк Е.Б.

ВЛИЯНИЕ УГРЕВОЙ СЫПИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», ка-
федра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. — проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель: изучить влияние жирной кожи и угревой сыпи на дерматологический индекс качества жизни женщин.

Материалы и методы. В закрытом анкетировании приняли участие 20 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, с жирной кожей. Испытуемым были выданы анкеты с 10 вопросами, на каждый вопрос женщины отвечали с учетом их состояние на протяжении предыдущей недели. В вопросе было 4 варианта ответа, чем более негативный вариант ответа и чем больше он влиял на качество жизни женщин, тем больше баллов он набирал. Цифровой показатель, который получали в результате анализа ответов, отражал уровень негативного воздействия состояния кожи на качество жизни женщин. У 12 – 60% женщин, помимо жирной кожи были сопутствующие заболевания (нарушения менструального цикла, эндокринологические проблемы, болезни желудочно-кишечного тракта, угревая сыпь). Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) – разработан специалистами Уэльского университета (авторские права принадлежат AY Finlay, Gk Khan, April 1992), отражал отрицательное влияние на различные аспекты жизни (быт, учеба, работа, отношения с противоположным полом). ДИКЖ используют как критерий оценки тяжести состояния больного и критерий эффективности терапии. Качество жизни (КЖ) – это многокомпонентный показатель, который отражает степень влияние болезни на повседневную жизнь. Состояние кожи человека может

быть барьером в достижении целей в личной жизни, профессиональной сфере, сохранении здоровья. В настоящее время КЖ человека, зависит не только от отсутствия заболеваний и физических дефектов, а и соотношения полного физического, социального и психологического благополучия человека.

Результаты. Незначительное влияние жирной кожи на КЖ – было 3(15%) женщин, средний балл: 2,3. Умеренное влияние на КЖ было у 5(25%) женщин, их средний балл: 7,6. Сильное влияние на КЖ – 6(30%) женщин, средний балл составил: 15,8. Чрезвычайно сильное влияние на КЖ – 6(30%) женщин, со средним баллом: 25,1. У 12(60%) женщины, у которых по данным анкеты, выявлено сильное и чрезвычайно сильное влияние жирной кожи на КЖ, имели проблемы психологического и физиологического здоровья. Такие выводы были сделаны исходя из ответов на вопросы анкетирования, так как они набрали больше всего баллов в вопросах касаясь их отношений в социуме. У 5(25%) женщин из группы «умеренное влияние на КЖ» были набраны баллы на вопросах отношений в социуме, но их балл был ниже вышеописанных тестируемых.

Выводы. Исходя из вышеизложенного материала, можно сделать вывод, что женщины с жирной кожей имеют проблемы психологического и физиологического характера, что существенно снижает индекс качества жизни и это необходимо учитывать при оказании лечебной или косметологической помощи.

Чучина В.А

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. – проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель – изучить особенности клинического случая распространенного себорейного дерматита, осложненного кандидозом, демодекозом у пациента К., 64 лет.

Материалы и методы. Изучены медицинская карта амбулаторного больного К., 64 лет (форма первичной учётной документации №025/у) от 01.11.2022; медицинская литература за последние 3 года, в т.ч. 2-х научных электронных библиотек (<https://elibrary.ru>, <https://cyberleninka.ru>). Отобраны для анализа 7 статей.

Результаты. Пациент К., 64 лет, обратился с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы справа, лица в области щек, подбородка, на коже груди, сопровождающиеся зудом. Считает себя больным в течение 14 лет, когда впервые появились высыпания на коже волосистой части головы, сопровождающиеся зудом и шелушением. Начало заболевания связывает с ранее перенесенным стрессом. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно использовал настойку прополиса – с временным эффектом. С течением времени дерматоз распространился на кожу лица. В этот период времени отмечал обострение эрозивного гастрита. За медицинской помощью не обращался. Продолжал использовать настойку прополиса - с временным эффектом. В течение последних двух лет высыпания распространились на кожу груди. Самолечение хлор-

гексидином – без эффекта. В октябре 2022 года находился на стационарном лечении в Республиканском онкологическом центре в связи с канцером верхне-ампулярного отдела прямой кишки (Т3N0M0), где был оперирован и получил противомикробную терапию метрогилом. В этот период времени отмечал улучшение течения дерматоза. Спустя месяц после операции отметил обострение патологического процесса на коже волосистой части головы и лица. В связи с этим обратился за медицинской помощью к дерматологу.

Сопутствующие заболевания: Эрозивный гастрит. Полипы ободочной кишки. Состояние после оперативного лечения канцера верхне-антрального отдела прямой кишки (Т3N0M0). Ишемическая болезнь сердца: гипертоническая болезнь 2 степени. Наследственность неотягощена.

При осмотре патологический процесс носил распространенный, асимметричный характер и локализовался на коже волосистой части головы справа, лица в области щек, подбородка, на коже груди. Высыпания полиморфны, представлены эритемой, с полициклическими краями, до 9-ти см в диаметре, на поверхности очагов незначительное шелушение, единичные папулы до 0,5 см в диаметре, ярко-красного цвета, более выражены в краевой зоне.

При обследовании: в общем анализе крови от 02.11.22 г. лейкопения (3,5 Г/л); в

соскобе с кожи лица, ресниц от 01.11.22 г. demodex foll. обнаружен; в соскобе с кожи лица, груди от 03.11.22г. найдены почкующиеся дрожжевые клетки; бактериологический посев №3183 от 01.11.22г.: рост культуры не получен. УЗИ щитовидной железы от 08.11.2022 г.: эхопризнаки диффузно-очаговых изменений TIRADS 2.

На основании анамнеза, характерной клинической картины и комплексного клиничко-лабораторного обследования был установлен диагноз: себорейный дерматит, распространенная форма, осложненный

кандидозом, демодекозом.

Выводы. Особенностью данного клинического случая явилось то, что проявления себорейного дерматита сопровождались обострением эрозивного гастрита, активацией условно-патогенной флоры данного региона (дрожжеподобные грибки, демодекс) и предшествовали выявлению онкопатологии кишечника. Это указывает на необходимость обследования больных себорейным дерматитом с распространенной формой поражения.

Шпатусько М.Н.

СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ФОРМЫ АЛОПЕЦИИ У РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Государственная образовательная организация высшего
профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав. каф. — проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель – представить редкий случай нарушения роста и выпадения волос у ребенка 5 лет с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Изучены медицинская карта амбулаторного больного (форма первичной учётной документации №025/у), анамнез и клинические особенности алопеции у больной М., 5 лет, наблюдающейся в связи с атопическим дерматитом; проведен анализ медицинской литературы за последние 5 лет, отобраны 15 статей.

Результаты. На прием обратилась мама с ребенком в возрасте 5 лет и 6 месяцев в связи с выпадением большого количества волос (остаются на подушке после ночного сна).

Анамнез: ребенок от 1 первой беременности, протекавшей без осложнений. Роды естественным путем. На грудном вскармливании до 1 года. Тяжелых соматических заболеваний у ребенка не наблюдалось. Наследственность не отягощена. Контакта с токсическими и вредными веществами не было. Страдает атопическим дерматитом с 6 месяцев, его появление связывают с введением прикорма. С 1 года жизни отмечают невозможность отрастить волосы, с 3 лет - выпадение волос, которое усилилось 6 месяцев назад после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции (в это же время отец ребенка переболел COVID, в легкой форме, лечение в домашних условиях).

При осмотре отмечается умеренный

ксероз кожи, гиперлинеарность ладоней, периорбитальная пигментация и незначительная инфильтрация («атопическое лицо»). Других проявлений атопического дерматита не отмечено. На коже волосистой части головы волосы, независимо от локализации, различной длины (от 1 см до 15 см), истончены, легко эпилируются. Pull-тест положительный, безболезненное извлечение анагеновых волос (60%). При микроскопии луковицы эпилированных волос были деформированы, имели форму «клюшки для гольфа», или «скомканного носка», стержни их были видимо неизменными, при микроскопии – имели продольную канавку вдоль волосяного стержня. При трихограмме 60% волос были лишены наружной и внутренней оболочки корня, имели неровную «гофрированную» кутикулу. Указанные изменения характерны для редкой формы алопеции – синдрома потерянного анагена (loose anagen syndrome). В специальном лечении не нуждается, с возрастом характер роста волос восстанавливается. Использование наружных раздражающих средств, усиливающих рост волос, могут спровоцировать обострение атопического дерматита.

Выводы. Представлен случай дерматологической полиморбидности – сочетание редкого синдрома патологии волос (синдрома потерянного анагена) и атопического дерматита, находящегося на момент осмотра в стадии клинической ремиссии.

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.

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]: ав-то-реф. дис... канд. филолог, наук / А.К.Григорьева. - Пенза: ПТПУ, 2004.- 24 с.

Составная часть документов

Статья из...

...собрания сочинений

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

...книги, сборника

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

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

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

...продолжающегося издания

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

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

...журнала

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

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

... газеты

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

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

Рецензия

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

Информация для авторов

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

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

Нормативные акты

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

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

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

Библиографическое описание документа из Internet

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

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

Примечание

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

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