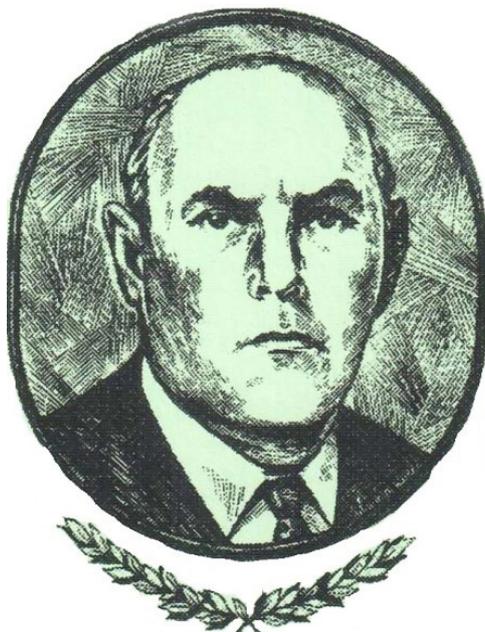


Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»



# ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

*2023 № 1 (39)*

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)  
Безруков А.П. (г. Москва)  
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)  
Притула О.А. (г. Симферополь)  
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 № 9 от 27.12.2022 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:**

## Содержание

---

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проценко Т.В., Боряк С.А., Тахташов И.Р., Милус И.Е. Некоторые патогенетические особенности атопического дерматита при различных типах лактозной непереносимости ..... 6

### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Базиян-Кухто Н.К., Иваненко А.А., Кухто А.П. Современные позиции антикоагулянтной и антиагрегантной терапии трофических язв и тканевых дефектов у пациентов с патологией сосудов нижних конечностей ..... 13

Дубовая А.В., Каменева Ю.В. Клинический случай нейрофиброматоза 2 типа с невриномами слуховых нервов в практике педиатра ..... 19

Логунов П.В., Змарада С.А. Случай распространенной экземы у онкологической больной с сахарным диабетом 2 типа ..... 23

Мельник В.А., Мельник К.В., Лыгина Ю.А., Бояр О.А. Некоторые закономерности эпидемического процесса чесотки по результатам многолетнего мониторинга инфекции в Донецкой Народной Республике ..... 27

Тахташов И.Р., Боряк С.А. Применение унитиола в комплексном лечении алергодерматозов с учетом экологических факторов региона проживания пациентов ..... 32

Шпатгусько М.Н. Клинико-патогенетическое обоснование и эффективность комплексного лечения телогеновой алопеции различного генеза ..... 37

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Небесная Л.В. Современные возможности лабораторной диагностики гельминтозов и простейших ..... 42

### ПРОБЛЕМЫ КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Проценко О.А., Проценко Т.В., Корчак И.В. Герпесвирусная инфекция в практике косметолога ..... 46

### ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Бояр О.А., Гриценко Л.З. Преподавание темы «Особо опасные инфекции» врачам интернам и ординаторам – опыт дистанционного обучения ..... 50

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей ..... 55

Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание:

Общие требования и правила составления ..... 57

## Contents

---

### ORIGINAL RESEARCH

**Protsenko T.V., Boryak S.A., Takhtashov I.R., Milus I.E.** Some pathogenetic features of atopic dermatitis in patients with different types of lactose intolerance ..... 6

### CLINICAL CASES, PRACTICE OBSERVATIONS

**Baziyon-Kukhto N.K., Kukhto A.P., Ivanenko A.A.** Modern positions on anticoagulant and antiplatelet therapy in the background of trophic ulcers and tissue defects in patients with vascular pathology of the lower limb ..... 13

**Dubovaya A.V., Kameneva Y.V.** A case report of neurofibromatosis of the second type with neuroinomas of the auditory nerves in the practice of a pediatrician ..... 19

**Logunov P.V., Zmarada S.A.** A case of different eczema in a cancer patient with type II diabetes mellitus ..... 23

**Melnik V.A., Melnik K.V., Lygina Yu.A., Boyar O.A.** Some patterns of the epidemic process of acrodermatitis based on the results of long-term monitoring of this infection in the Donetsk People's Republic ..... 27

**Takhtashov I.R., Boryak S.A.** The influence of environmental factors on the incidence and treatment results of patients with allergodermatoses ..... 32

**Shpatusko M.N.** Clinical and pathogenetic substantiation and efficiency of complex treatment of telogenic alopecia of different genesis ..... 37

### FOR DERMATOLOGIST AND GENERAL PRACTITIONERS

**Nebesnaya L.V.** Modern capabilities of laboratory diagnosis of helminthosis and protoists ..... 42

### PROBLEMS OF COSMETOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE

**Protsenko O.A., Protsenko T.V., Korchak I.V.** Herpes virus infection in the practice of a cosmetologist ..... 46

### PROBLEMS OF HIGHT SCHOOL'S PEDAGOGY

**Besedina E.I., Melnik V.A., Lygina Yu.A., Boyar O.A., Gritsenko L.Z.** Teaching the topic «especially dangerous infections» to interns and residents - distance learning experience ..... 50

### INFORMATION FOR AUTHORS

Requirements for registration of articles ..... 55

Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003). Bibliographic record. Bibliographic description: General requirements and rules compiling ..... 57

## Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Наш журнал выходит в свет уже 6-ой год, и каждый выпуск преследует основную цель – содействие совершенствованию профессионального мастерства, развитию клинического мышления, обмену опытом, разбор клинических случаев, знакомство с новинками клинической лабораторной диагностики. Обмен информацией, информация на стыке специальностей, особенно в условиях ограничения передвижения из-за сложившейся геополитической ситуации, может способствовать развитию профессиональной компетенции, повышению качества медицинской помощи и ее эффективности.

Умение распознать и правильно оценить изменения состояния кожи, волос, ногтей может позволить на ранних этапах выявить серьезные соматические, онкологические заболевания и эндокринопатии. Дерматология является ключом к таинствам клинической медицины. Искусству врачевания учатся всю профессиональную жизнь и мы желаем, чтобы эта учеба была успешной и плодотворной

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

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

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized letters and a horizontal line.

Т.В. Проценко

УДК 616.5-002-021.3:13.287]-056.2-092+575

Проценко Т.В.<sup>1</sup>, Боряк С.А.<sup>1</sup>, Тахташов И.Р.<sup>1,2</sup>, Милус И.Е.<sup>1,3</sup>

## НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ЛАКТОЗНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ

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

Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР<sup>2</sup>,  
Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР<sup>3</sup>

### Резюме

**Цель исследования.** Изучить взаимосвязь уровня общего IgE при различных типах ЛН у больных атопическим дерматитом (АтД).

**Материал и методы.** Под наблюдением были 97 больных АтД в возрасте от 6 до 48 лет. Диагноз, клиническую форму и степень тяжести дерматоза определяли в соответствии с общепринятыми стандартами и унифицированными клиническими протоколами МЗ ДНР. Лактозную непереносимость (ЛН) определяли методом полимеразной цепной реакции по полиморфизму 13910 С/Т гена лактазы с выделением трех типов – ЛН С/С, ЛН С/Т, ЛН Т/Т. Определение концентрации общего IgE в сыворотке крови осуществляли с помощью иммуноферментного метода.

**Результаты.** Общий IgE был повышен у 52,6% больных АтД, в том числе у 68,6% из них – в 3 раза и более. Обнаружена прямая корреляционная связь ( $p < 0,01$ ) между количеством эозинофилов в сыворотке крови и показателем кратности повышения общего IgE. Статистически значимая корреляционная связь между этими показателями была выявлена только у женщин ( $p < 0,05$ ), у мужчин статистической значимости не наблюдали ( $p > 0,05$ ). Определена прямая корреляционная связь ( $p < 0,01$ ) между индексом SCORAD и показателем кратности повышения общего IgE в сыворотке крови у больных АтД. Установлены различия показателей кратности увеличения общего IgE при разных типах ЛН ( $p > 0,05$ ), с максимальным «размахом» значений этих показателей при первичной ЛН.

**Выводы.** Полученные данные могут быть использованы с целью оптимизации лечения и долгосрочного контроля АтД.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, лактозная непереносимость, общий IgE.

---

В последние десятилетия особую актуальность приобретает проблема персонализированной медицины, полностью подтверждающая необходимость лечения «не болезни, а больного». Это в полной мере относится к одному из самых распространенных дерматозов – атопическому дерматиту (АтД), заболеваемость которым не имеет тен-

денции к снижению [1,2,4]. Более того, многофакторность рецидивов и наследственная предрасположенность к дерматозу обуславливают своеобразие клинических проявлений в различные возрастные периоды [1]. Особый практический интерес представляет выявление взаимосвязей одновременного наличия нескольких генетически предопре-

деленных состояний, в частности, АтД и лактозной непереносимости (ЛН). Изучение этих взаимосвязей может способствовать оптимизации терапии АтД и долговременному контролю за течением заболевания.

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь уровня общего IgE при различных типах ЛН у больных АтД.

### Материал и методы исследования

Под наблюдением были 97 больных АтД в возрасте от 6 до 48 лет. Диагноз, клиническую форму и степень тяжести дерматоза определяли в соответствии с общепринятыми стандартами и унифицированными клиническими протоколами МЗ ДНР [4,5].

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) [3,6].

Концентрацию общего IgE определяли с помощью иммуноферментного метода на анализаторе SUNRISE (TECAN, Австрия) с использованием набора реагентов, предназначенных для количественного определения общего IgE в сыворотке крови человека методом твердофазного иммуноферментного анализа (ООО «Компания Алкор Био», Россия)

[3]. Для информативности полученных данных использовали показатель кратности повышения общего IgE (в разы), где 1,0 – верхняя граница нормы содержания общего IgE в сыворотке крови, до 1,0 – кратность содержания общего IgE ниже верхней границы нормы, больше 1,0 - кратность повышения общего IgE выше верхней границы нормы.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению с использованием критерия Шапиро-Уилка. Совокупности количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, описывали при помощи значений медианы (Me), минимума и максимума переменной (min-max). Различия в группах сравнения по отдельным клиническим критериям рассчитывали с помощью Н-критерия Крускала-Уоллиса. Для сравнения независимых совокупностей использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

### Результаты и обсуждение

Среди 97 больных АтД, у которых исследовали уровень общего IgE в сыворотке крови, было 52 (53,6%) женщины и 45 (46,4%) мужчин (табл.1).

Таблица 1

Показатели общего IgE у больных АтД

Общий IgE, пределы повышения	Мужчины, n=45 abc/%	Женщины, n=52 abc/%	Всего, n=97 abc/%
В пределах нормальных значений	17/37,8	29/55,8	46/47,4
Повышенный: - в т.ч. в 3 раза и более	28/62,2 20/71,4	23/44,2 15/65,2	51/52,6 35/68,6

У 51 (52,6%) больного АтД общий IgE был повышен, в том числе у 35 (68,6%) из них – в 3 раза и более.

Выявлены гендерные особенности повышенного уровня общего IgE у больных АтД. Так, из 45 обследованных мужчин у 28 (62,2%) общий IgE был повышен, в том числе у 20 (71,4%)

из них в 3 раза и более. Из 52 обследованных женщин у 23 (44,2%) общий IgE был повышен, в том числе у 15 (65,2%) из них в 3 раза и более.

При гендерно-возрастном анализе кратности повышения уровня общего IgE у больных АтД выявлены некоторые особенности (табл. 2).

Таблица 2

Показатели общего IgE в зависимости от пола и возраста  
(M±m; Me; Min – Max)

Общий IgE	Мужчины, n=45			Женщины, n=52		
	до 2 лет	2 года - 13 лет	старше 13 лет	до 2 лет	2 года - 13 лет	старше 13 лет
Кратность повышения общего IgE (в количество раз)	3,2±0,7 Me=4,1 (0,02-6,5)	4,2±1,2 Me=1,4 (0-19,0)	3,0±1,0 Me=1,9 (0,03-11,4)	1,3±1,2 Me=0,2 (0,02-4,9)	2,7±0,9 Me=0,8 (0,03-15,4)	2,8±0,7 Me=1,0 (0,02-10,1)

Установлено, что у мужчин во все возрастные периоды кратность повышения общего IgE была больше, чем у женщин ( $p > 0,05$ ), однако при проведении сравнительного анализа по критерию Краскела-Уоллиса эти различия оказались недостоверными. Как у мужчин, так и у женщин, больных АтД, максимальная кратность повышения уровня общего IgE была в возрастной группе 2 года – 13 лет, с максимальным «размахом» пока-

зателей именно в этой возрастной группе. Минимальный размах показателей кратности увеличения уровня общего IgE был в возрастной группе до 2-х лет, как у мальчиков, так и у девочек.

Обнаружена слабая прямая статистически значимая корреляционная связь ( $p < 0,01$ ) между количеством эозинофилов в сыворотке крови и показателем кратности повышения общего IgE у больных АтД (табл.3).

Таблица 3

Корреляционная связь между эозинофилами и кратностью повышения общего IgE у больных АтД

Корреляционная связь между:	N	R	Уровень значимости (p)
Эозинофилы и кратность повышения IgE, в т.ч.:	77	+0,31	<0,01
у женщин	41	+0,31	<0,05
у мужчин	36	+0,24	>0,05

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

Последующий анализ позволил выявить, что статистически значимая корреляционная связь между этими показателями была только у женщин ( $R=+0,31$ ,  $p<0,05$ ). У мужчин эта связь была статистически не значима ( $R=+0,24$ ,  $p>0,05$ ).

Выявлена прямая слабая корреляционная связь между индексом SCORAD, отражающим степень выраженности клинических проявлений АгД, и показателем кратности повышения общего IgE ( $p=0,001$ ) (табл.4).

Таблица 4

Корреляционная связь между индексом SCORAD и кратностью повышения общего IgE у больных АгД

Корреляционная связь между:	N	R	Уровень значимости (p)
Индекс SCORAD и кратность повышения общего IgE, в т.ч.:	97	+0,33	<0,01
у женщин	52	+0,36	<0,01
у мужчин	45	+0,34	<0,05

**Примечание:** N – количество обследованных больных; R – выборочный коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Обращаем внимание, что статистически значимая корреляционная связь между индексом SCORAD и кратностью повышения общего IgE наблюдалась как у женщин ( $R=+0,36$ ,

$p=0,008$ ), так и у мужчин ( $R=+0,34$ ,  $p=0,02$ ).

Проведен сравнительный анализ показателей общего IgE у 70 больных АгД с различными типами ЛН (табл.5).

Таблица 5

Показатели общего IgE у больных АгД с ЛН

Общий IgE, пределы повышения	Тип ЛН, количество больных, абс / %			Всего, абс / %
	T/T n=3	C/T n=28	C/C n=39	
В пределах нормальных значений	2 / 66,7	13 / 46,4	17 / 43,6	32 / 45,7
Повышенный, - в т.ч. в 3 раза и более	1 / 33,3 1 / 100,0	15 / 53,6 12 / 80,0	22 / 56,4 13 / 59,1	38 / 54,3 26 / 68,4

У 38 (54,3%) больных АтД с разными типами ЛН уровень общего IgE был повышен, в т.ч. у 26 (68,4%) из них – в 3 раза и более.

Особый интерес представлял анализ кратности повышения уровня общего IgE в зависимости от типа ЛН. Так, при ЛН Т/Т повышенный уровень общего IgE был выявлен лишь у 1 (33,3%) из 3-х обследованных больных АтД, но при этом он в 9 раз превышал нормативные показатели. При ЛН С/Т повышенный уровень общего IgE был

у каждого второго обследованного больного – у 15 (53,6%), при этом у 12 (80,0%) он более, чем в 3 раза превышал нормативные показатели. Больше всех больных АтД с повышенным уровнем общего IgE было при ЛН С/С, при этом более, чем у половины больных – у 13 (59,1%), он был повышен более, чем в 3 раза.

В последующем были изучены показатели кратности повышения общего IgE в сыворотке крови у больных АтД с разными типами ЛН (табл.6).

Таблица 6

Содержание IgE в зависимости от типа ЛН  
(M±m; Me; Min – Max)

Показатель кратности повышения общего IgE, в разы	Тип ЛН, количество больных		
	Т/Т, n=3	С/Т, n=28	С/С, n=39
Кратность повышения общего IgE в количество раз	3,2±2,9 Me=0,3 (0,2-8,9)	3,9±0,9 Me=1,7 (0,01-15,4)	3,0±0,6 Me=1,9 (0,02-19,0)

Средний показатель кратности повышения общего IgE у больных АтД с ЛН Т/Т составил 3,2±2,9 раза (при min – 0,2 и max – 8,9). У больных АтД с ЛН С/Т этот показатель был выше и составил 3,9±0,9 раза (при min – 0,01 и max – 15,4). У больных АтД с ЛН С/С средний показатель кратности повышения общего IgE составил 3,0±0,6 раза (при min – 0,02 и max – 19,0). Статистически значимых различий между показателями крат-

ности увеличения общего IgE при разных типах ЛН не выявлено ( $p > 0,05$ ), но при этом максимальный «размах» значений показателей был при первичной ЛН.

Таким образом, проведенные исследования вскрыли некоторые патогенетические особенности АтД у больных с различными типами ЛН. Выявленные данные могут быть использованы с целью оптимизации лечения и долговременного контроля АтД.

## Список литературы

1. Атопический дерматит [Текст]: руководство для врачей / под ред. Т.В. Проценко. – Донецк: Східний видавничий дім, 2003. – 128 с.
2. Игнатенко, Г.А. Медико-экологические аспекты здоровья [Текст] / Г.А. Игнатенко, Д.О. Ластков, А.В. Дубовая [и др.] // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2021. №2 (22). – С. 18-38 с.
3. Клиническая лабораторная диагностика [Текст]: национальное руководство: в 2 т. / под ред. В.В. Долгова, В.В. Меньшикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 928 с.
4. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом [Текст] / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М., 2017. – 42 с.

5. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Атопический дерматит», утвержденный приказом министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики № 1554 от 28.12.2016 г.
6. Systemic lactose intolerance: a new perspective on an old problem [Text] / S. B. Matthews [et al.] // Postgrad. Med. J. – 2005. – Vol. 81, N 953. – P. 167–173.

Protsenko T.V.<sup>1</sup>, Boryak S.A.<sup>1</sup>, Takhtashov I.R.<sup>1,2</sup>, Milus I.E.<sup>1,3</sup>

### SOME PATHOGENETIC FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS IN PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF LACTOSE INTOLERANCE

State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»<sup>1</sup>,  
Republican Clinical Dermatovenerologic Dispensary MH DPR<sup>2</sup>,  
Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR<sup>3</sup>

#### Summary

**Purpose of the study.** To study the relationship between the level of total IgE in different types of LN in patients with atopic dermatitis (AD).

**Material and methods.** Under observation were 97 patients with AD aged 6 to 48 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. Lactose intolerance (LN) was determined by the polymerase chain reaction method by polymorphism 13910 C/T of the lactase gene with the allocation of three types - LN C/S, LN C/T, LN T/T. Determination of the concentration of total IgE in blood serum was carried out using enzyme immunoassay.

**Results.** Total IgE was elevated in 52.6% of AD patients, including 3 times or more in 68.6% of them. A direct correlation ( $p < 0.01$ ) was found between the number of eosinophils in the blood serum and the fold increase in total IgE. A statistically significant correlation between these indicators was found only in women ( $p < 0.05$ ), in men no statistical significance was observed ( $p > 0.05$ ). A direct correlation ( $p < 0.01$ ) between the SCORAD index and the index of the increase in total IgE in blood serum in patients with AD was determined. Differences in the indices of the increase in total IgE in different types of LN ( $p > 0.05$ ) were established, with the maximum "span" of the values of these indicators in primary LN.

**Conclusions.** The data obtained can be used to optimize treatment and long-term control of AD.

**Keywords:** atopic dermatitis, lactose intolerance, total IgE.

#### Авторская справка и доленое участие

**Проценко Т.В.**

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

## Оригинальные исследования

---

- Боряк С.А.** к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +79494159821 (набор и ведение больных, написание текста статьи).
- Тахташов И.Р.** к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +79494076924 (статистическая обработка и анализ материала исследования).
- Милус И.Е.** к.мед.н., доцент каф. дерматовенерологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, главный врач Республиканского клинического дерматовенерологического центра МЗ ДНР, тел.+380713040589 (подбор и анализ данных литературы).

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

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОЗИЦИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ И АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

### **Резюме**

**Цель исследования.** Оценить эффективность современных антикоагулянтов и антиагрегантов в терапии пациентов с трофическими язвами на фоне патологии сосудов нижних конечностей

**Материал и методы.** В исследование включено 1053 пациент (мужчин – 802, женщин – 251) с различными патологиями сосудистого русла, а именно острой или хронической артериальной непроходимостью. После проведенной диагностики и выполненных оперативных вмешательств пациентам был назначен прием антикоагулянтной и антиагрегантной терапии.

**Результаты.** Монотерапия сосудистой патологии на фоне трофических язв и тканевых дефектов была у 44% больных, двойная комбинированная терапия – у 56%. При назначении адекватных доз антиагрегантов и антикоагулянтов удалось снизить риски осложнений на 75%. Положительный эффект от проведенной терапии был достигнут у 90,2% пациентов, ампутации были выполнены 9,5% пациентам ввиду невозможности восстановления кровотока или имеющих противопоказаний к реваскуляризирующим операциям; 0,3% пациента скончалось.

**Ключевые слова:** *трофические язвы, антикоагулянтная и антиагрегантная терапия.*

---

Применение антикоагулянтной и антиагрегантной терапии показывает преимущества в профилактике патологии свертывания крови, а именно: тромботических и тромбоэмболических осложнений. Данная терапия имеет место в назначении как на короткий срок, так и на пожизненное применение данных препаратов исходя из показаний. Одной из причин развития острой или хронической артериальной недостаточности является внутрисосудистое тромбообразование, которое влечет за собой ухудшение клиники и существенно влияет на процент выживаемости и сохранения конечности.

История создания антиагрегантных препаратов связана с открытием антитромботических свойств ацетилсалициловой кислоты в 1945 году и научно доказанных J. Vane с соавторами в 1971 году. J. Vane в 1982 году был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине за открытие клинического эффекта простагландинов [5]. Назначение противосвертывающей терапии у пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей (ЗАНК) показано для снижения рисков инсультов, эмболий, инфаркта миокарда и смерти [1]. Действие данных препаратов постоянно контролируется в исследованиях

Antithrombotic Trialists' Collaboration для изучения влияния на сердечно-сосудистый прогноз. Антиагрегантная терапия на современном этапе лечения патологии сосудов имеет хороший терапевтический эффект при использовании таких препаратов, как: ацетилсалициловая кислота (АСК), клопидогрел, прасугрел и абциксимаб. АСК является эффективным препаратом, используемым в профилактике тромбозов и эмболий, даже при однократном применении в нагрузочной дозе, но не более 350 мг, так как существует риск развития кровотечений, существенно снижается риск осложнений. При применении даже минимальной эффективной дозировки обратимое влияние на тромбоцит уже невозможно, так как тромбоцит не способен восстановить ацетилированный фермент в отсутствие ядра. Клопидогрел, в свою очередь, влияет на АДФ рецепторы, тем самым влияя на процесс образования тромбов [3]. В проведенном вышеуказанном эксперименте тромбообразование уменьшалось на 87%. Применение прасугрела большую эффективность показало при выполнении чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) [4]. В настоящее время самыми популярными и эффективными среди антиагрегантов являются представители тиенопиридинов (тиклопидин и клопидогрел). Они в лучшей степени влияют на процессы тромбообразования и уменьшают вязкость крови. Но их высокая стоимость при учете длительного назначения может быть минусом для части населения. Применение комбинации АСК и клопидогрела имеет место при эндоваскулярных вмешательствах, таких как эндоваскулярная дилатация и стентирования артерий [6].

Антикоагулянтная терапия у пациентов с патологией сосудов применяется повсеместно ввиду своей высокой эффективности. Существуют антикоагулянты прямого действия: нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярный гепарин (НМГ), ингибиторы тромбина прямого действия и непрямого действия: монокумарины, дикумарины, индандионы.

Применение НФГ является ведущим среди остальных представителей при высоких рисках кровотечений и при выполнении urgentных операций, так как его действие в среднем 4-5 часов. НФГ в меньшей степени влияет на работу почек, что имеет плюсы в случае urgentных операций, но при этом необходимо вести контроль активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). У НМГ имеются плюсы, в отличие от НФГ, а именно: не вызывают гепарининдуцированную тромбоцитопению (ГИТ), более низкий риск развития геморрагических осложнений, снижают агрегацию тромбоцитов, не проникают через плацентарный барьер, усиливают фибринолиз, а также более пролонгированное действие. Использование в терапии оральных антикоагулянтов показывает отличный терапевтический эффект у пациентов после сосудистых вмешательств и часто назначаются для пожизненного применения. Самым популярным и эффективным является варфарин, вначале терапии который совмещается с парентеральными антикоагулянтами, чтобы достичь эффективных показателей международного нормализованного отношения (МНО) и в последующем используется лишь варфарин, удерживая данное МНО [2]. Так же внедряется использование новых оральных антикоагулянтов (НОАК) в лечении пациентов с патологией сосудов, таких как: дабигатран, ривароксабан, апиксабан. Использование и комбинация антиагрегантов и антикоагулянтов постоянно пересматривается для увеличения эффективности и безопасности их применения. Данная терапия является базисной и повсеместно применяется в лечении пациентов с различной патологией сосудов в комплексе с иными препаратами, улучшающими прогноз.

**Цель исследования:** оценить эффективность современных антикоагулянтов и антиагрегантов в терапии пациентов с трофическими язвами на фоне патологии сосудов нижних конечностей.

**Материал и методы исследования**

Проведен анализ результатов лечения

## Клинические случаи, наблюдения из практики

1053 пациентов с различными патологиями сосудов, проводимого в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе сосудистого, рентгенэндоваскулярного и комбустиологического отделений за период с 2013 по 2020 гг. Пациенты в данной выборке распределились следующим образом: в группу сравнения (ГС) вошли 746 чел., из них 584 (78,3%) составляли мужчины и 162 (21,7%) женщины. 57 (7,6%) пациентов

имели сопутствующее заболевание – сахарный диабет (СД), 540 (72,4%) больных страдали атеросклерозом сосудов (АС) и 149 (20,0%) больных страдали АС на фоне СД (табл.).

В основную группу 1 (ОГ1) вошли 221 чел., из них 162 (73,3%) мужчины и 59 (26,7%) женщины. У 24 (10,9%) имелся СД, у 136 (61,5%) АС и у 61 (27,6%) отмечено наличие АС на фоне СД.

Таблица

Распределение больных в зависимости от гендерного признака по подгруппам в исследуемых группах

Пол	Группы								
	ГС (абс, %)			ОГ 1 (абс, %)			ОГ 2 (абс, %)		
	СД	АС	СД+АС	СД	АС	СД+АС	СД	АС	СД+АС
Мужчины	31 (54,4)	460 (85,2)	93 (62,4)	11 (45,8)	116 (85,3)	35 (57,4)	3 (30,0)	34 (79,1)	19 (57,6)
Женщины	26 (45,6)	80 (14,8)	56 (37,6)	13 (54,2)	20 (14,7)	26 (42,6)	7 (70,0)	9 (20,9)	14 (42,4)
Всего	57 (100)	540 (100)	149 (100)	24 (100)	136 (100)	61 (100)	10 (100)	43 (100)	33 (100)

В основную группу 2 (ОГ2) вошли 86 чел., в т.ч. 56 (65,1%) мужчин и 30 (34,9%) пациентов женщин. СД имел место у 10 (11,6%), АС у 43 (50%) пациентов и наличие АС на фоне СД – у 33 (38,4%).

Пациенты имели различные патологии артериального русла и их сочетания. Правильность постановки диагноза и своевременно оказанное лечение играет большую роль в достижении стойкого положительного результата, а также значительно улучшает качество жизни пациентов. На каждом этапе хирургического лечения пациенты получали адекватную антиагрегантную и

антикоагулянтную терапию. Антиагреганты и антикоагулянты были показаны пациентам для снижения рисков развития ретромбозов, тромбозов, инфаркта миокарда, эмболий, инсультов и при несвоевременно выявленном осложнении – смерти. В терапии были применены различные подходы, а именно: монотерапия с применением АСК, клопидогрела, прасугрела, тикагрелолола и двойная комбинированная терапия с применением АСК и клопидогрела, АСК и варфарина и других оральных антикоагулянтов. Пациенты, имеющие в анамнезе ишемическую болезнь сердца или перенесенный ин-

фаркт миокарда, получали двойную комбинированную терапию для снижения рисков тромбоэмболий и тромбозов. При использовании варфарина эффективным значением МНО было 2 – 4,5, в зависимости от выполненного вмешательства и анамнеза пациента. Данная терапия отлично себя зарекомендовала и позволила снизить смертность и вероятность осложнений в среднем на 45%, однако при этом нельзя забывать про риски возникновения массивного кровотечения. Так же данная комбинация применялась после выполненного стентирования и шунтирования как аутовенозным трансплантатом, так и синтетическим протезом.

Перед оперативным вмешательством и интраоперационно пациентам назначали введение НФГ ввиду его эффективности и относительно малого времени действия, особенно при выполнении urgentных шунтирующих оперативных вмешательств. После проведенной сосудистой операции пациенты получали НФГ или НМГ, в зависимости от показателей АЧТВ и анамнеза. Использование НМГ показало эффективность и обладало более длительным действием, что позволяет снизить частоту применения и не требовало постоянного контроля АЧТВ. При возникновении острой артериальной непроходимости у пациентов применяли гепарин в суточной дозе 30000 – 50000 ЕД. Данная терапия продолжалась последующие 7-10 дней с постепенным снижением дозы и переходом на антикоагулянты непрямого действия за 2-3 суток до отмены гепаринотерапии.

### Результаты и обсуждение

Использование различных методов реваскуляризирующих операций, адекватной медикаментозной терапией у данной категории пациентов позволило нам уменьшить вероятность развития тромбоэмболий и тромбозов в послеоперационном периоде, снизить риски ампутаций. В Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака на базе сосудистого, рентгенэндоваскулярного и комбустиологического отделений применяли эффективные и современные антикоагулянты и антиагреганты, проводили

своевременное исследование показателей МНО и АЧТВ для коррекции лечения, что позволило уменьшить риск осложнений, связанных со свертывающей системой крови на 75%. Использование монотерапии в лечении сосудистой патологии было применено у 463 (44%) больных, двойной комбинированной терапии у 590 (56%). Двойную комбинированную терапию получали все пациенты, которым было выполнено эндоваскулярное вмешательство с установкой стента или у пациентов с произведенным шунтированием артериального русла нижних конечностей.

Среди 1053 пациентов с различными сосудистыми патологиями время пребывания на койке не превышало 26 суток. После проведенной терапии были выявлены осложнения: тромбоз – 12 (1,13%) больных, тромбоз шунта – 8 (0,75%), кровотечение – 15 (1,42%). С целью коррекции данных осложнений были выполнены повторные реваскуляризирующие операции и скорректированы дозировки антиагрегантов и антикоагулянтов и в отдаленном периоде данные осложнения не возникали. Положительный эффект от проведенной терапии был достигнут у 950 (90,2%) пациентов, ампутации были выполнены 100 (9,5%) пациентам в виду невозможности восстановления кровотока или имеющихся противопоказаний к реваскуляризирующим операциям. 3 (0,3%) пациента скончалось.

### Выводы

На современном этапе лечения сосудистой патологии нижних конечностей применяется метод этапной хирургической помощи, в ее состав также обязательным образом входит адекватная антикоагулянтная и антиагрегантная терапия. С ее помощью у пациентов значительно снижается риск тромбозов и эмболий, а также уменьшаются сердечно-сосудистые риски.

Значительную роль в развитие атеросклеротического процесса вносят тромбоциты, поэтому зачастую необходимо подбирать грамотную пожизненную антитромбоцитарную терапию. Использование как монотерапии, так и двойной комбини-

рованной терапии позволило в отдаленном периоде значительно улучшить состояние пациентов и уменьшить риск повторных обращений в связи с развитием специфических осложнений.

Грамотный подход и необходимая своевременная коррекция лечения существенно сократили инвалидизацию среди пациентов.

### 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. Кремнева, Л. В. Резистентность к дезагрегантам: причины, клиническое значение, методы диагностики и коррекции [Текст] / Л. В. Кремнева, С. В. Шалаев // *Терапевтический архив*. – 2008. – № 12. – С. 89-95.
3. Кузнецов, М.Р. Сравнительная оценка антиагрегантной эффективности ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела при периферическом атеросклерозе [Текст] / М. Р. Кузнецов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2014. – №1. – С. 8-14.
4. Михайлова, З.Д., Тромбэмболические осложнения на фоне антитромботической терапии: взгляд кардиолога и гематолога [Текст] / З.Д. Михайлова, В.В. Черепанова, Ю.В. Михайлова // *Кардиология*. – 2018. – №1. – С. 65-66.
5. 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.
6. Терещенко, С.Н. Антитромботическая терапия как основа профилактики сердечно-сосудистых осложнений. Фокус на ацетилсалициловую кислоту [Текст] / С. Н. Терещенко, Н.А. Джиани // *Трудный пациент*. – 2008. – № 11. – С. 5-8.

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

## MODERN POSITIONS ON ANTICOAGULANT AND ANTIPLATELET THERAPY IN THE BACKGROUND OF TROPHIC ULCERS IN PATIENTS WITH VASCULAR PATHOLOGY OF THE LOWER LIMB

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

### **Summary**

**Purpose of the study.** To evaluate the effectiveness of modern anticoagulants and antiplatelets in the treatment of patients with trophic ulcers against the background of pathology of the vessels of the lower extremities

**Material and methods.** The study included 1053 patients (men – 802, women – 251) with various pathologies of the vascular bed, namely, acute or chronic arterial obstruction. After the diagnostics and surgical interventions performed, the patients were prescribed anticoagulant and antiplatelet therapy.

**Results.** Monotherapy for vascular pathology against the background of trophic ulcers and tissue defects was in 44% patients, dual combination therapy – in 56%. With the appointment of adequate doses of antiplatelet agents and anticoagulants, it was possible to reduce the risks of complications by 75%. A positive effect of the therapy was achieved in 90,2% patients, amputations were performed in 9,5% patients due to the impossibility of restoring blood flow or existing contraindications to revascularization operations; 0,3% patients died.

**Keywords:** *trophic ulcers, anticoagulant and antiplatelet therapy.*

### Авторская справка и долевое участие

- Базиян-Кухто Н. К.** к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, naira-251088@mail.ru (предложена идея, статистическая обработка данных).
- Иваненко А.А.** к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, naira-251088@mail.ru (разработка дизайна исследования).
- Кухто А.П.** д.мед.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, naira-251088@mail.ru (анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи).

УДК 616.833-006.38.03-053.3

*Дубовая А.В., Каменева Ю.В.*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА II ТИПА С НЕВРИНОМАМИ СЛУХОВЫХ НЕРВОВ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

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

### **Резюме**

Приведено наблюдение клинического случая нейрофиброматоза II типа у подростка, особенностью которого является сочетание кожных проявлений, множественных поражений нервной системы, внекожных проявлений.

**Ключевые слова:** *нейрофиброматоз, невриномы слуховых нервов.*

---

Факоматозы (от греч. Phakos – пятно) – это гетерогенная группа наследственных нейрокожных заболеваний, отличительной чертой которых является поражение производных эктодермы – кожи и ее дериватов, нервной системы, сетчатки, висцеральных органов. К нейрокожным синдромам относят более 30 заболеваний. Из них наиболее известны и хорошо изучены нейрофиброматоз Реклингхаузена, туберозный склероз, энцефалотригеминальный ангиоматоз Штурге-Вебера, ретиноцереbellарный ангиоматоз Гиппеля-Линдау. К более редким относятся гипомеланоз Ито, атаксия-телеангиэктазия, болезнь базально-клеточного невуса, синдром недержания пигмента, прогрессирующая лицевая гемиатрофия (синдром Пари-Ромберга) [1,5].

Нейрофиброматоз представляет собой наиболее распространенную форму моногенной наследственной патологии. Заболевание характеризуется пороками развития экто- и мезодермальных структур, преимущественно кожи, нервной и костной систем, что сопровождается неврологическими, психическими и гормональными на-

рушениями. Частота встречаемости среди мужчин и женщин одинакова, проявление первых симптомов заболевания отмечается в детском возрасте, а в особенности – в период полового созревания [2,7].

Единой классификации нейрофиброматозов не существует, однако, клинические проявления и преимущественная локализация патологического процесса дали основание для деления заболевания на центральные и периферические формы. Таким образом, выделяют нейрофиброматоз I типа (НФИ) – собственно болезнь Реклингхаузена и тип II (НФII) – нейрофиброматоз с двусторонними невринами VIII пары черепных нервов [1,3,4].

Нейрофиброматоз I типа является самым частым наследственным заболеванием из группы факоматозов, с частотой 1:4000 новорожденных, с аутосомно-доминантным типом наследования. Ген нейрофиброматоза I типа расположен на длинном плече 17 хромосомы (17q1 1.2) [1,5,6] и кодирует синтез белка нейрофибромина, который в норме контролирует рост и развитие клеток.

Характерным клиническим проявлением НФИ является образование множественных нейрофибром по ходу периферических нервов, представляющих собой округлые болезненные узелки различного размера и локализации в толще кожи. Начиная с периода новорожденности, появляются мелкие «кофейные пятна» в подмышечных впадинах и на других участках тела со складками, количество которых с возрастом увеличивается.

Симптомы поражения опорно-двигательного аппарата разнообразны: сколиозы, псевдоартрозы, локальный гигантизм, дисплазия крыла клиновидной кости, врожденное искривление или утончение длинных трубчатых костей, ложные суставы, патологические переломы. Встречаются и лицевые дисморфии: гипертелоризм, аномалии строения глазных щелей, деформация ушных раковин, неправильная форма черепа.

Самой частой опухолью головного мозга в первом десятилетии жизни больного нейрофиброматозом I типа является глиома зрительного нерва (одно- или двусторонняя), которая может локализоваться в области оптической хиазмы, а также по ходу зрительных нервов или трактов [6]. Другие внутричерепные опухоли встречаются реже. Чаще всего определяются астроцитомы, поражающие полушария, мозжечок, базальные ганглии или ствол мозга.

Согласно классификации Национального института здоровья США, выделяется семь признаков НФИ: наличие шести и более пятен цвета «кофе с молоком»; две и более нейрофибром любого типа; веснушки, которые локализуются в подмышечных или паховой областях; глиома зрительного нерва; узелки Лиша (пигментные пятна в радужной оболочке глаза); различные костные поражения; родственник первой степени родства с НФИ.

Нейрофиброматоз II типа встречается значительно реже (1 на 30000 – 50000). Ген НФИ локализуется в 22 хромосоме (22q12) и кодирует синтез белка мерлина, который обеспечивает построение и функциониро-

вание клеточного скелета [2,4].

Более чем в 90% случаев основным признаком у больного НФИ является двусторонняя невринома слухового нерва (шваннома), которая манифестирует в подростковом возрасте. Потеря слуха является первым симптомом. Распространены и другие внутричерепные опухоли, но глиомы зрительного нерва не встречаются. Могут прогрессировать опухоли спинного мозга двух типов: шванномы и эпендимомы.

У больных НФИ в большинстве случаев отсутствуют пятна цвета «кофе с молоком» или обнаруживаются в небольшом количестве.

Таким образом, критериями диагноза НФИ типа являются: невриномы слуховых нервов при исследовании с помощью КТ или МРТ; наличие у родственников первой степени родства двусторонней невриномы слуховых нервов.

Диагноз нейрофиброматоза I или II типа обычно устанавливается на основании клинической картины, результатов визуализационных и гистологических методов исследования.

Основными методами лечения пациентов с нейрофиброматозами являются хирургическое удаление, химиотерапия или лучевая терапия.

Прогноз заболевания зависит от локализации опухолей, их размеров и течения заболевания.

**Приводим данные собственного клинического наблюдения – случая нейрофиброматоза II типа у подростка.**

Под наблюдением находился мальчик 14 лет, учащийся общеобразовательной школы. При поступлении в стационар предъявлял жалобы на приступы «вытягивания» с потерей сознания длительностью до 1 минуты; частую головную боль (в т.ч. ночью) без рвоты; повышенную утомляемость, сниженный аппетит, неловкость при ходьбе; невнятность речи.

С раннего возраста у ребенка отмечалось появление множественных нейрофибром с преимущественной локализацией в

области груди, поясницы, на верхних конечностях, на голове. С октября 2018 года мать отметила прогрессивное снижение слуха с обеих сторон, а также появление приступов «вытягивания» с потерей сознания длительностью до 1 минуты около 2-3-х раз в месяц.

В декабре 2018 года находился на лечении в неврологическом отделении с диагнозом: Нейрофиброматоз, II тип, невриномы слуховых нервов, новообразование лобной доли слева, интрамедуллярное образование шейного и верхне-грудного отдела позвоночника, сирингомиелия, со смешанной тугоухостью, синдромом ликворной дисциркуляции, тораколюмбалгией. Симптоматическая эпилепсия.

В 2019 году ребенку в условиях ФТАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ выполнено оперативное вмешательство в плановом порядке – удаление интрамедуллярной опухоли на уровне С7-Th3 сегментов. Гистологический ответ – анапластическая эпендимома. Проведен курс лучевой терапии на линейном ускорителе в условиях Республиканского онкологического центра г. Донецка.

При поступлении состояние средней тяжести. Активен. Слух резко снижен (слуховой аппарат слева). Множество фиброматозных узлов. Кифосколиоз. Послеоперационный рубец в области шейного и верхнегрудного отдела позвоночника. В неврологическом статусе: глазные щели D=S. Задний межъядерный офтальмопарез. Единичный горизонтальный нистагм. Сглажена правая носогубная складка. Впечатление легкой атрофии правой половины языка. Речь с элементами дизартрии. Глотание не нарушено. Парезов в конечностях нет. Сухожильные рефлексы высокие, D≥S. В пробе Ромберга устойчив. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. Легкая атаксия при ходьбе.

КТ головного мозга с в/в контрастированием (Триомбраст 75% - 20 мл) 29.05.2020 г.: объемные образования в области внутренних слуховых проходов и цистерн мосто-мозжечковых углов. Поражение левой лобной

области неясного генеза. Множественные экстракраниальные образования мягких тканей головы.

МРТ шейного отдела позвоночника 04.06.2020 г.: состояние после оперативного лечения. Нарушение статики – усиление шейного лордоза с левосторонней сколиотической деформацией и ротацией тел позвонков вправо, кранио-вертебральный угол составляет 130 градусов. Расширение центрального канала спинного мозга на уровне С4-С7.

МРТ грудного отдела позвоночника 04.06.2020 г.: усиление грудного кифоза на фоне умеренно выраженной левосторонней сколиотической деформации с ротацией тел позвонков влево. Расширение центрального канала спинного мозга на уровне всего исследования.

По результатам проведенного обследования установлен клинический диагноз: Нейрофиброматоз, II тип, невриномы слуховых нервов с симптоматической эпилепсией. Двусторонняя нейросенсорная тугоухость III степени, глухота II степени. Состояние после оперативного лечения и лучевой терапии по поводу анапластической эпендимомы спинного мозга С7-Th3 сегментов. Сирингомиелия.

### Выводы

Особенностью данного клинического случая является отсутствиеотягощенного семейного анамнеза по факоматозам; сочетание кожных проявлений, множественных поражений нервной системы, внекожных проявлений (нарушение слуха и речи); отсутствие существенной положительной динамики, несмотря на неоднократно проводимое хирургическое лечение и длительную лучевую терапию. Несмотря на стабилизацию клинических проявлений болезни, у данного пациента имеется неблагоприятный прогноз с возможным прогрессированием патологического процесса. Для раннего клинического выявления больных НФИ важно знание данной патологии врачами первичного звена здравоохранения, включая педиатров, участковых и семейных врачей, неврологов, дерматологов, офтальмологов и хирургов.

### Список литературы

1. Бадалян, Л.О. Детская неврология [Текст]: учеб. пособие / Л.О. Бадалян. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2021. – 608 с. : ил.
2. Кожные проявления болезни Реклингхаузена [Текст] / М.А. Уфимцева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №6.
3. Нейрофиброматоз I типа: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение [Текст] / Л. М. Неустроева [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2018. – № 1(61). – С. 69-72.
4. Нейрофиброматоз 1-го типа или гигантский меланоцитарный невус: проблемы диагностики [Текст] / А.С. Ольшанская [и др.] // Русский журнал детской неврологии. – 2017. – № 2 (12). – С. 57–60.
5. Современные технологии в диагностике поражения органа зрения у больных с нейрофиброматозом 1-го типа (обзор литературы) [Текст] / А.С. Ольшанская [и др.] // Русский журнал детской неврологии. – 2016. – № 11 (3). – С. 32–37.
6. Петер, Б. Неврология [Текст]: справочник / Б. Петер. – М.: МЕДпресс-Информ, 2016. – 836 с.
7. Скоромец, А.А. Нервные болезни [Текст]: учебник / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец; под ред. проф. А.В. Амелина, проф. Е.Р. Баранцевича. – 11-е изд. – Москва: МЕДпрессинформ, 2021. – 584 с.

*Dubovaya A.V., Kameneva Y.V.*

### A CASE REPORT OF NEUROFIBROMATOSIS OF THE SECOND TYPE WITH NEURINOMAS OF THE AUDITORY NERWS IN THE PRACTICE OF A PEDIATRICIAN

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

#### **Summary**

An observation of a clinical case of neurofibromatosis of the second type in a teenager, the peculiarity of which is a combination of skin manifestations, multiple lesions of the nervous system, extra-skin manifestations are presented.

**Keywords:** *neurofibromatosis, neurinomas of the auditory nerves.*

### Авторская справка и доленое участие

**Дубовая А.В.**

д. мед. н., проф., заведующая кафедрой педиатрии №3 ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +79493989785 (концепция работы, научное редактирование статьи).

**Каменева Ю.В.**

ассистент кафедры педиатрии №3 ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +79493151954 (сбор и анализ данных литературы, написание текста статьи).

Логунов П.В.<sup>1</sup>, Змарада С.А.<sup>2</sup>

## СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЭКЗЕМЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

*Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР<sup>1</sup>,  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР<sup>2</sup>*

### **Резюме**

Описан клинический случай распространенной экземы у онкологической больной 68 лет на фоне впервые выявленного сахарного диабета 2-ого типа. Определены факторы риска развития аллергического заболевания кожи. Обсуждается важность обследования пациентов с алергодерматозами для своевременного выявления заболеваний, влияющих на прогноз и течение дерматоза.

**Ключевые слова:** онкологический больной, экзема, сахарный диабет, полиморбидность.

---

Экзема является одной из самых распространенных дерматологических нозологий аллергической природы, значительно снижающих качество жизни пациента из-за сопровождающего зуда различной интенсивности [1,2].

На эффективность лечения экземы влияет присоединение вторичной инфекции, особенно у больных с сочетанной патологией, в том числе онкологической, эндокринологической (сахарный диабет) и др. [4]. Сочетанная патология должна учитываться при лечении таких больных, что подтверждает важность междисциплинарного подхода [3,4].

В подтверждение приводим описание клинического случая.

### **Клинический случай**

Больная Х., 1954 г.р., была направлена врачом-маммологом к дерматовенерологу 21.06.22 с целью исключения «вторичного» поражения кожи. Жалобы на наличие высыпаний в области послеоперационного рубца после радикальной мастэктомии справа, а также на коже в области правой и левой переходных складок туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся интен-

сивным зудом, незначительным мокнутием.

Из анамнеза: Радикальная мастэктомия в 2010 году в связи с раком правой молочной железы, люминальным типом А, T2N0M0. На прием к маммологу являлась регулярно, 1 раз в год, жалоб не предъявляла. По результатам объективных исследований (УЗИ) данных о продолжении онкозаболевания нет. Цель консультации: дерматоскопия, биопсия кожи с целью исключения метастазов в кожу.

Отмечает появление зудящих высыпаний более 3х месяцев назад в области послеоперационного рубца груди справа. Начало заболевания связывает с хронической механической травмой при ношении протеза молочной железы.

Первоначально за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно, используя различные топические кортикостероиды с переменной эффективностью. Последнее обострение около 1 недели назад, связывает с обострением сезонного поллиноза, вызванного цветением амброзии. Отмечает, что мать болела сахарным диабетом 2-го типа.

При осмотре патологический процесс

носил распространенный характер, локализовался на коже груди в области послеоперационного рубца справа и левой переходной складки, где был представлен в виде воспалительной полиморфной сыпи папуло-везикулезного характера, на фоне резко ограниченной эритемы красного цвета, местами мокнутие по типу «серозных колодцев», микроэрозии и белесоватый налет по периферии. На коже голеней и плеч воспалительная макулезная сыпь розово-красного цвета, округлой формы, до 2-4 см в диаметре, на фоне сухой кожи, с единичными эскориациями на поверхности.

При проведении дерматоскопии в поле зрения дерматоскопа определялось наличие шелушения и «серозных колодцев на фоне гомогенной, бесструктурной эритемы.

При анализе медицинской документации выяснилось, что около года назад при проведении планового профилактического осмотра было выявлено повышение уровня глюкозы до 6,5 ммоль/л, рекомендована консультация эндокринолога, однако больная проигнорировала рекомендации терапевта.

*Выставлен диагноз:* Распространенная микробная экзема в стадии обострения. *Метастатическое поражение кожи? Сопутствующий диагноз:* Сахарный диабет 2-го типа?

Была назначена топическая терапия в виде влажно-высыхающих повязок с 2% р-ром охлажденной борной кислоты 4-5 раз в сутки до прекращения мокнутия и дезлоратадин по 5 мг (1 таб.) 2 раза в сутки, 7 дней, с целью снижения интенсивности зуда.

Микроскопическое исследование чешуек с краевой зоны очагов от 22.07.22 – обнаружены почкующиеся дрожжеподобные грибки.

По данным консультации врача эндокринолога от 25.06.22 диагноз: Сахарный диабет 2-ого типа, средней степени тяжести, стадия медицинской компенсации, ожирение 2-ой степени, алиментарно-конституциональный тип (установлен на основании лабораторных исследований глюкоза крови - 7,3 ммоль/л.; HbA1 – 6,7%; инсулин крови

– 20,1 мкЕД/мл; индекс НОМА-IR – 6,52). Рекомендовано: диета с исключением высокоуглеводистых продуктов, снижение массы тела; метформин по 500 мг 2 раза в день до еды – 3 месяца; контроль уровня глюкозы 1 раз в месяц, повторная консультация через 2 месяца.

На момент повторного осмотра: мокнутие отсутствует, патологический процесс представлен воспалительными папулами до 0,2 см, микроэрозиями с обрывками покрышек везикул по периферии, местами по периферии белесый налет, единичные серозные корки на фоне застойной эритемы.

25.06.22 под местной анестезией выполнена панч биопсия (3мм) 2-х очагов кожи в области груди справа, раны ушиты простыми узловыми швами, наложены асептические повязки. Рекомендовано перевязки с 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, смена асептических повязок – 7 дней. Удалить швы на 7-е сутки. Лечение дезлоратадином по 5 мг 1 раз в сутки вечером продлено до 14 дней, назначены: реосорбилак по 200 мл, внутривенно капельно 1 раз в сутки 5 дней, тиосульфат натрия 30% раствор по 5 мл внутривенно 1 раз в сутки 5 дней. Наружная терапия: крем Пимафукорт 2 раза в сутки 7-14 дней; ежедневная смена, стирка и обработка паром нательного белья, ношение нижнего белья из натуральных тканей. Анализ крови на уровень глюкозы.

Повторный осмотр с результатами гистологического исследования.

Пациент явился на повторный осмотр 01.07.22 Гистологическое исследование № 1064/01 от 01.07.22.

В гистологическом материале: срез кожи, в котором определяется расширение сосудов и выраженный отек сосочков дермы, незначительная периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация; в эпидермисе вакуолизация и спонгиоз с формированием везикул. При проведении ШИК реакции положительный результат. Заключение: экзема кожи, онкопатологии не выявлено.

Анализ крови на уровень глюкозы от 01.07.22 – 6,1 ммоль/л. Бактериологический

анализ – обнаружен рост колоний *S. ablicans*.

Произведено удаление швов, рана зажила первичным натяжением.

На момент повторного осмотра: патологический процесс значительно уменьшился по площади, представлен единичными пятнами застойной эритемы на фоне сухой кожи, эксфолиации отсутствуют.

Пациенту выданы рекомендации по соблюдении диеты, диспансерному учету и контролю у врача-эндокринолога. Увлажнение кожи и использование специальных эмульсионных с противомикробным компонентом. Избегать микротравматизации кожи. Диспансерный учет у дерматолога по месту жительства.

### Вывод

Таким образом, данный случай является показательным в плане полиморбидности аллергодерматоза со вторичной микотической инфекцией у онкологической больной с впервые выявленным сахарным диабетом. Комплекс и порядок диагностических мероприятий и мультидисциплинарный подход позволили быстро и объективно установить диагноз и провести эффективную терапию без госпитализации в стационарное отделение. Учитывая отсутствие необходимости госпитализации и быстрое исчезновение островоспалительных явлений, можно судить о восстановлении качества жизни пациента.

### Список литературы

1. Дерматовенерология [Текст] / под ред. А. А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 352 с.
2. Экзема: клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов". – М., 2021. – 29 с. – Режим доступа: [http://disuria.ru/\\_ld/11/1109\\_kr21L30MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/11/1109_kr21L30MZ.pdf), свободный.
3. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинко-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021 [Текст] / И. И. Дедов [и др.] // Сахарный диабет. – 2021. – Т. 24, № 3. – С. 204–221.
4. Bub, J. L. Diabetes mellitus [Text] / J. L. Bub, J. E. Olerud // Fitzpatrick's dermatology in general medicine / editors: I. M. Freedberg [et al.]. – New York, NY: McGraw-hill, 2003. – P. 1656–1657.
5. Dermoscopy in the Diagnosis of Inflammatory Dermatoses. Systematic Review Findings Reported for Psoriasis, Lupus, and Lichen Planus [Text] / L. C. Cook [et al.] // J. Clin. Aesthet. Dermatol. – 2018. – Vol. 11, N 4. – P. 41–42.
6. Patch test reactions through the lens of dermoscopy: Further insights, particularly on weak allergic reactions [Text] / M. Corazza [et al.] // Contact Dermatitis. – 2019. – Vol. 81, N 6. – P. 417–425.

Logunov P.V.<sup>1</sup>, Zmarada S.A.<sup>2</sup>

## A CASE OF DIFFERENT ECZEMA IN A CANCER PATIENT WITH TYPE II DIABETES MELLITUS

*Republican clinical center of dermatovenerology MH DPR<sup>1</sup>,  
Donetsk Clinical Territorial Medical Association MH DPR<sup>2</sup>*

### **Summary**

A clinical case of the spread of eczema in a 68-year-old cancer patient, which developed against the background of newly diagnosed type 2 diabetes mellitus, is described. The risk factors for the development of an allergic skin disease were determined. And then the importance of examining patients with allergic dermatosis for the timely detection of diseases that affect the prognosis and course of dermatosis is discussed.

**Keywords:** *cancer patient, eczema, diabetes mellitus, polymorbidity.*

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

**Логунов П.В.**

врач-дерматовенеролог высшей категории, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР; тел.: +79493615399 (сбор и анализ литературы, написание текста статьи).

**Змарада С.А**

к.мед.н., заведующая эндокринологическим отделением ДОКТМО МЗ ДНР (консультирование и динамическое ведение больной, научное редактирование статьи).

УДК 616.995.428-036.2(477.62)

Мельник В.А., Мельник К.В., Лыгина Ю.А., Бояр О.А.

## НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЧЕСОТКИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МНОГОЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА ЗА ЭТОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

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

### Резюме

**Цель исследования.** Оценка динамики показателей заболеваемости чесоткой, выявление основных тенденций ее эпидемического процесса и определение путей оптимизации эффективности эпидемиологического надзора за ней.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ документов официальной регистрации заболеваемости чесоткой на территории Донецкой Народной Республики за 2015-2022 гг.

**Результаты.** Установлено, что за анализируемый период ежегодно выявлялось от 440 до 980 случаев чесотки, показатели заболеваемости составляли от 42,5 случаев в 2016 г. до 5,43 случаев на 100 тыс. населения за 10 месяцев 2022 г. Средний многолетний показатель заболеваемости чесоткой составил 31,1 случай на 100 тыс. населения, 67,0% от всех заболевших составили взрослые, из которых 71,1% официально не имели работы. Этот показатель оставался относительно стабильным на протяжении всего анализируемого периода. Начиная с 2017 г., наметилась тенденция к снижению заболеваемости чесоткой, которая сохраняется вплоть по настоящее время.

**Вывод.** Для улучшения эпидемической ситуации по чесотке в Донецкой Народной Республике необходимо усилить проведение акарицидных мероприятий, соблюдение правил личной гигиены, гигиеническое обучение и воспитание населения в комплексе с тщательным надзором за проведением медицинских осмотров.

**Ключевые слова:** чесотка, заболеваемость, профилактика, дети, эпидемическая ситуация, *Sarcoptes scabiei*.

---

Чесотка или заразный акародерматит – это воспалительный дерматоз, возникающий вследствие реализации жизненного цикла клеща *Sarcoptes scabiei*, относящийся к арахноэнтомозам. Ежегодно в мире регистрируется от 200 до 300 млн. новых случаев этого паразитарного заболевания [1]. Зачастую оно осложняется вторичной инфекцией вследствие активного расчесывания мест укусов клеща с дальнейшим разви-

тием лимфаденита [2].

Распространению чесотки чаще всего способствуют скученность проживания и плохие санитарно-гигиенические условия жизни населения, интенсивная миграция, которая усиливается в результате локальных конфликтов и стихийных бедствий [3], а также несвоевременное выявление заболевших, некачественное оказание им медицинской помощи и неэффективные противоэ-

пидемические мероприятия в очагах [4-6].

К сожалению, на фоне успехов борьбы с чесоткой, обусловленных ростом социального благополучия населения Донбасса, сформировалась ложная «успокоенность» медицинских работников относительно этого заболевания. В итоге, в настоящее время медицинские работники первичного звена недостаточно внимания уделяют своевременной диагностике чесотки, имеют серьезные пробелы в знаниях особенностей биологии чесоточного клеща, клинических проявлений болезни, не уделяют должного внимания вопросам диагностики и совершенствования противоэпидемических мероприятий [7-9].

С 2014 года население Донецкой Народной Республики (ДНР) живет в условиях военного конфликта, что в сочетании с указанными выше факторами привело к увеличению регистрации числа случаев чесотки на протяжении последних 8 лет на территории ДНР. В структуре арахноэнтомозов в ДНР чесотка ежегодно занимает второе место с показателем до 30-40% [10].

**Цель исследования:** оценить динамику показателей заболеваемости чесотки среди населения ДНР, выявить основные тенденции эпидемического процесса, определить пути оптимизации эффективности эпидемиологического надзора.

### Материал и методы исследования

Проведен анализ материалов официальной регистрации заболеваемости чесоткой на территории ДНР согласно государственных и отраслевых статистических отчетных форм за 2015-2022 гг. по материалам Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР.

### Результаты и обсуждение

Согласно результатам ретроспективного анализа за 2015-2022 гг., установлено, что в ДНР ежегодно медработниками первичного звена выявлялось от 440 до 980 случаев чесотки, при этом, показатели заболе-

ваемости (ПЗ) составляли от 5,43 случаев на 100 тыс. населения за 10 месяцев 2022 г. до 42,5 случаев на 100 тыс. населения в 2016 г. Средний многолетний ПЗ чесоткой в ДНР составил 31,1 случай на 100 тыс. населения.

Наиболее часто чесотка регистрировалась у жителей ДНР в 2016 г. ПЗ составил 42,5 случаев на 100 тыс. населения (в 2015 г. – 32,6 случая на 100 тыс. населения). Такой рост уровня заболеваемости чесоткой в 2016 г. объясняется экономической и социальной нестабильностью, перебоями электро- и водоснабжения, увеличением количества жителей без определенного места жительства и работы, ростом числа вынужденных переселенцев.

В 2017 г. впервые была отмечена тенденция к снижению заболеваемости чесоткой, которая сохраняется вплоть по настоящее время. Показатели заболеваемости чесоткой уменьшились с 37,6 случаев на 100 тыс. населения в 2017 г. до 8,15 случаев на 100 тыс. населения в 2021 г. За 10 месяцев 2022 г. ПЗ составил 5,43 на 100 тыс. населения (ПЗ за 6 месяцев 2021 г. – 8,15 случаев на 100 тыс. населения). Уровень 2021 г. был на 28,0% меньше нижней границы среднего многолетнего показателя.

В 2022 г. также продолжается снижение ПЗ чесоткой среди населения ДНР, несмотря на то, что по состоянию за 10 месяцев 2022 г. это заболевание продолжает занимать второе место (36,1%) в структуре арахноэнтомозов. Всего за указанный период было зарегистрировано 156 случаев заболевания.

Несмотря на снижение общего уровня заболеваемости чесоткой на территории ДНР, в гг. Горловка, Снежное, Шахтерск и в Старобешевском районе в 2022 г. прослеживался ее рост. Превышение среднереспубликанского ПЗ регистрировалось в гг. Горловка, Дебальцево и в Амвросиевском районе.

Учитывая продолжающиеся в 2015-2022 гг. боевые действия на территории ДНР, следует отметить, что реальная величина пораженности населения чесоткой может значительно превышать официально регистрируемый уровень.

Активное выявление случаев чесотки среди населения ДНР в 2022 г. составило 35,2%, в то время, как в гг. Донецк, Горловка, Торез, Шахтерск оно не превышает 12,2 – 33,3%. В г. Енакиево, Старобешевском и Ясиноватском районах активное выявление чесотки в этот период времени не проводилось, что свидетельствует о низком качестве осмотра населения, как в организованных коллективах, так и на всех этапах оказания медицинской помощи.

В течение исследуемого периода (2015-2022 гг.) в возрастной структуре заболеваемости чесоткой 67,0% составляли взрослые, из которых 71,1% официально не имели работы, что подтверждает социальный характер заболевания. Дети до 17 лет составляли 24,5-37,5%, среди них наиболее уязвимой группой оставались дети школьного возраста и подростки. Доля детей в возрасте до года и от 1 года до 4-х лет в общей структуре заболеваемости чесоткой была невелика и не превышала 10,0%.

При анализе социально-профессиональной структуры заболевших чесоткой в 2015-2022 гг. были установлены тенденции стабилизации показателей среди детей учреждений школ-интернатов от 2,0% в 2015 г. до 0,5% в 2021 г. и школьников от 13,1% в 2015 г. до 11,6% в 2021 г. Низкий интенсивный ПЗ чесоткой детей в школах-интернатах в пределах 1,65 случая на 100 тыс. населения свидетельствует о достаточной эффективности лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводимых в закрытых детских коллективах, которые включают в себя проведение регулярных медицинских осмотров и лечение контактных лиц.

Начиная с 2019 г., появилась тенденция к незначительному росту заболеваемости чесоткой среди студентов колледжей и высших образовательных организаций ДНР. В 2019 году доля заболевших чесоткой студентов составила 5,4%, в 2020 г. – 8,4%, в 2021 – 8,6%. Помимо этого, начиная с 2020 г., наметилась активизация вовлечения в эпидемический процесс чесотки и детей

дошкольных учреждений. В 2020 г. на фоне снижения совокупной заболеваемости населения чесоткой на 25,1%, заболеваемость дошкольников возросла на 15,6%. Это объясняется особенностью механизма передачи данного заболевания на фоне скученности детских коллективов.

Следует отметить, что на протяжении анализируемого периода отмечается значительное преобладание семейных очагов чесотки над коллективными (83,1-85,8%). Показатель очаговости чесотки составлял 1,05-1,08 больных в одном очаге, за исключением 2016 г., когда на фоне роста регистрируемой заболеваемости данный показатель составлял 2,0 больных на один очаг. Возможно, это было обусловлено низкой результативностью осмотров контактных в очагах чесотки. В 2015-2016 гг. результативность осмотров составляла 3,4-3,6% выявленных больных среди осмотренных контактных, а в 2021 г. – 1,2%.

Профилактика и предупреждение распространения чесотки в ДНР сводится к организации и проведению дезинфекционных мероприятий в очагах, что зачастую осложнено изношенностью или полным отсутствием подвижных и стационарных дезинфекционных камер на отдельных административных территориях. Регистрируется низкий удельный вес очагов чесотки, обработанных с помощью камерного метода. К 2020 г. показатель своевременности проведения дезинфекционной обработки в очагах в первые 2 дня от выявления чесотки составил 51,0% по сравнению с 83,0% в 2015 г.

### Выводы

Заболеваемость чесоткой населения ДНР в 2021 г. и за 10 месяцев 2022 г. имеет стабильную положительную тенденцию к снижению. В то же время, в первой половине 2022 г. из-за недостаточных осмотров населения на чесотку в регионе наблюдается рост заболеваемости этим паразитозом в 1,7 раза среди взрослого населения, что может быть связано с высокой миграцией населения и ухудшением условий жизни из-за проводимых в регионе военных действий.

Для улучшения эпидемиологической ситуации в отношении чесотки необходимо усилить проведение акарицидных мероприятий, направленных на максимальный разрыв

контакта клещей с человеком, соблюдение правил личной гигиены, а также гигиеническое обучение и воспитание населения в комплексе с тщательным надзором за про-

### Список литературы

1. Анализ эпидемиологической характеристики дерматофитий и чесотки в крупном промышленном регионе [Текст] / И. К. Минуллин [и др.] // *Практическая медицина*. – 2022. – Т. 20, № 5. – С. 87-92
2. Десягин, В.М. Чесотка и педикулез: старые проблемы в новом времени [Текст] / В.М. Десягин, А.Г. Румянцев, Е.Г. Шугурина // *Лечебное дело*. – 2000. – № 4. – С. 11.
3. Демкович, О.О. Особенности эпидемического процесса чесотки в период военного конфликта в Донецкой Народной Республике [Текст] / О. О. Демкович [и др.] // *Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания: материалы VIII Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием*. – Сочи, 2021. – С. 47-48.
4. Назарова, А. И. Эпидемиологическая обстановка заболеваемости чесоткой в Российской Федерации / А. И. Назарова, М. Н. Гаджиева // *Инновационные научные исследования*. – 2021. – № 12-3 (14). – С. 27-32.
5. Проценко, Т. В. Чесотка (лекция для врачей) [Текст] / Т. В. Проценко // *Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения»*. – 2020. – №1 (27). – С. 96-103.
6. Соколова, Т. В. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике, лечении и профилактики чесотки (лекция) [Текст] / Т. В. Соколова // *Рос. журнал кожных и венерических болезней*. – 2001. – № 1. – С. 27-39.
7. Соколова, Т. В. Чесотка. Состояние проблемы. Часть 2. Диагностика, лечение, профилактика [Текст] / Т. В. Соколова, А. П. Малярчук // *Украинский журнал дерматологи, венерологи, косметологи*. – 2012. – № 4 (47). – С. 25-36.
8. Современные клинико-эпидемиологические особенности чесотки и пути совершенствования профилактических мероприятий [Текст] / М. М. Тлиш // *Сборник тезисов научно-практических работ к 100-летию со дня образования государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации*. – Вологда, 2022. – С. 204-208.
9. Современные тенденции эпидемиологического процесса чесотки в Донецкой Народной Республике [Текст] / О. О. Демкович [и др.] // *Университетская наука: взгляд в будущее: сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 87-летию Курского государственного медицинского университета: в 2 т.* – Курск, 2022. – С. 91-95.
10. Чесотка [Электронный ресурс] // *Информационный бюллетень ВОЗ*. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>, свободный (дата посещения 23.12.2022).

*Melnik V.A., Melnik K.V., Lygina Yu.A., Boyar O.A.*

### SOME PATTERNS OF THE EPIDEMIC PROCESS OF ACRODERMATITIS BASED ON THE RESULTS OF LONG-TERM MONITORING OF THIS INFECTION IN THE DONETSK PEOPLE'S REPUBLIC

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

#### **Summary**

**Purpose of the study.** Evaluation of the dynamics of scabies incidence rates, identification of the main trends in its epidemic process and determination of ways to optimize the effectiveness of its epidemiological surveillance.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of documents of official registration of the incidence of scabies in the territory of the Donetsk People's Republic for 2015-2022 was carried out.

**Results.** It was established that during the analyzed period, from 440 to 980 cases of scabies were detected annually, the incidence rates ranged from 42.5 cases in 2016 to 5.43 cases per 100 thousand of the population for 10 months of 2022. The average long-term incidence rate of scabies was 31,1 case per 100 thousand of the population, 67.0% of all cases were adults, of which 71.1% were officially unemployed. This indicator remained relatively stable throughout the analyzed period. Since 2017, there has been a trend towards a decrease in the incidence of scabies, which has persisted up to the present.

**Conclusion.** To improve the epidemic situation of scabies in the Donetsk People's Republic, it is necessary to strengthen the implementation of acaricidal measures, personal hygiene, hygiene education and education of the population in combination with careful supervision of medical examinations.

**Keywords:** *scabies, incidence, prevention, children, epidemic situation, Sarcoptes scabiei.*

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

**Мельник В. А.** к.мед.н., доц., доцент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +79493087888 (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).

**Мельник К. В.** студентка 3 группы, 5 курса, лечебного факультета № 1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +79493410863 (подбор данных литературы, статистическая обработка материала).

**Лыгина Ю. А.** ассистент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +79493047943 (подбор и анализ статистических данных).

**Бояр О. А.** ассистент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +79493129833 (написание текста статьи).

*Тахташов И.Р.<sup>1,2</sup>, Боряк С.А.<sup>1</sup>*

## ПРИМЕНЕНИЕ УНИТИОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ С УЧЕТОМ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РЕГИОНА ПРОЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

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

*Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР<sup>1,2</sup>*

### **Резюме**

В статье приведены данные об эффективности терапии аллергодерматозов у лиц, проживающих в техногенно загрязненных регионах, с использованием унитиола и аминокaproновой кислоты. Обсуждается значение проблемы загрязнения атмосферного воздуха в районе крупных промышленных предприятий и его влияния на течение дерматозов и ответную реакцию на терапию.

**Ключевые слова:** *загрязнение атмосферного воздуха, аллергодерматозы, лечение, унитиол, аминокaproновая кислота.*

---

На современном этапе проблема загрязнения атмосферного воздуха в связи с увеличением числа предприятий химической, металлургической, угольной и других видов промышленности, широкого их распространения, высокой плотности проживания населения в индустриальных районах и, следовательно, увеличения числа людей, которые подвергаются воздействию токсических химических веществ в окружающую среду, приобретает особое значение. В ранее проведенных исследованиях была изучена степень загрязнения атмосферного воздуха в трех регионах: 1) в радиусе 3000 метров от крупного металлургического завода; 2) в радиусе 3000 метров от крупного коксохимического завода и 3) в экологически «чистом» регионе [5]. Установлено, что концентрация промышленной пыли, фенола, свинца, никеля и кадмия значительно превышало предельно допустимые в двух первых регионах. Содержание вредных химических веществ было намного меньше в экологически чи-

стом регионе [5]. Такая экологически неблагоприятная обстановка при длительном воздействии на организм людей, проживающих в непосредственной близости к этим предприятиям, оказывает системное повреждающее действие, ухудшает общее здоровье и ответную реакцию на стандартную терапию [1,3,4]. Экологическая составляющая причин, оказывающих негативное воздействие на организм человека, превышает 20% [1]. Таким образом, было показано значение загрязнения атмосферного воздуха в районе крупных промышленных предприятий на кожный покров, патологические процессы, развивающиеся у жителей данного региона, что делает актуальным поиск методик лечения дерматозов кожи с учетом региона проживания.

Поиск безопасных высокоэффективных препаратов, обладающих дезинтоксикационным действием, способствующих улучшению функции периферической нервной системы и нормализации проницаемости

капилляров, весьма актуален. В этой связи представляет интерес препарат унитиол. Это комплекснообразующее средство, оказывающее дезинтоксикационное действие. Активные сульфгидрильные группы, взаимодействуя с тиоловыми ядами (соединениями мышьяка, солями тяжелых металлов) и образуя с ними нетоксичные водорастворимые соединения, восстанавливают функции ферментных систем тканей организма, пораженных тяжелыми металлами и/или другими токсическими соединениями. Увеличивает выведение некоторых катионов (особенно меди и цинка) из металло-содержащих ферментов клеток. Имеются данные по улучшению у части пациентов функции периферической нервной системы, нормализации проницаемости капилляров [2]. Препарат распределяется, в основном, в водной фазе (плазме крови), распределяется в тканях организма, наибольшие концентрации обнаружены в почках и печени, не кумулируется, экскретируется почками и с желчью, преимущественно в виде продуктов неполного или частичного окисления, частично в неизменном виде [2].

**Цель исследования:** оценить результаты терапии аллергодерматозов у лиц, проживающих в техногенно загрязненных регионах с применением в комплексном лечении 5% раствора унитиола и 5% раствора аминокaproновой кислоты.

### Материалы и методы исследования

Изучены результаты лечения аллергодерматозов у 83 больных (мужчин – 42, женщин – 41), разделенных в зависимости от региона проживания и метода лечения на 3 группы:

1-я группа – 30 человек (мужчин – 16,

женщин – 14), жителей экологически неблагополучного региона с загрязнением атмосферного воздуха выбросами крупных промышленных предприятий, получавших общепринятое лечение.

2-я группа – 23 больных (мужчин – 11, женщин – 12), жителей экологически неблагополучного региона с загрязнением атмосферного воздуха выбросами крупных промышленных предприятий, получавших, наряду с общепринятым лечением, 5% раствор унитиола №10 внутримышечно ежедневно; 5% раствор аминокaproновой кислоты по 1 столовой ложке 3 раза в сутки.

3-я группа – 30 больных аллергодерматозами (мужчин – 15, женщин – 15), жителей экологически «чистого» региона, получавших общепринятое лечение

Результаты лечения в трех группах сравнения оценивались по балльной системе: клиническая ремиссия – 5 баллов, значительное улучшение – 4 балла, улучшение – 3 балла, отсутствие эффекта – 2 балла, ухудшение – 1 балл. По своему составу (диагнозу, возрасту, полу, длительности заболевания, наличию сопутствующей патологии) пациенты этих групп существенно не отличались между собой. Результаты исследования обработаны статистически по стандартным программам на персональном компьютере.

### Результаты и обсуждение

При анализе результатов лечения больных аллергодерматозами установлено, что значительно раньше прекратилось мокнутие (табл. 1) и зуд в очагах (табл. 2), завершилось рассасывание инфильтратов (табл. 3) во 2-й группе, несколько позднее – в 3-й группе и более долго сохранялись в 1-й группе.

Таблица 1

Сроки прекращения мокнутия в очагах у больных аллергодерматозами в зависимости от региона проживания и методики терапии

Группа больных	Показатель	Дни прекращения мокнутия после начала лечения									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-ая, 30 человек	Абс. число	-	4	5	4	3	5	5	1	1	2
	Процент	-	13,3	16,7	13,3	10,0	16,7	16,7	3,3	3,3	6,7

2-ая, 24 человека	Абс. число	2	5	9	6	2	-	-	-	-	-
	Процент	8,3	20,9	37,5	25,0	8,3	-	-	-	-	-
3-ая, 30 человек	Абс. число	-	5	6	5	5	3	2	3	1	-
	Процент	-	16,7	20,0	16,7	16,7	10,0	6,7	10,0	3,3	-

Таблица 2

**Сроки прекращения зуда в очагах у больных аллергодерматозами в зависимости от региона проживания и методики терапии**

Группа больных	Показатель	Дни прекращения зуда после начала лечения						
		3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15 и больше
1-ая, 30 человек	Абс. число	-	-	2	6	11	7	5
	Процент	-	-	6,7	20,0	36,7	16,7	23,3
2-ая, 24 человека	Абс. число	1	2	5	7	4	3	2
	Процент	4,2	8,3	20,8	29,2	16,7	12,5	8,3
3-ая, 30 человек	Абс. число	-	2	6	9	8	2	3
	Процент	-	6,7	20,0	30,0	26,6	6,7	10,0

Таблица 3

**Сроки рассасывания инфильтрации в очагах у больных аллергодерматозами в зависимости от региона проживания и методики терапии**

Группа больных	Показатель	Завершение рассасывания инфильтрации после начала лечения							
		8	9	10	11	12	13	14	15 и больше
1-ая, 30 человек	Абс. число	-	-	3	5	4	4	4	10
	Процент	-	-	10,0	16,7	13,3	13,3	13,3	30,1

2-ая, 24 человека	Абс. число	2	4	4	5	3	3	2	2
	Процент	8,3	16,7	16,7	20,9	12,5	12,5	8,3	8,3
3-ая, 30 человек	Абс. число	1	2	3	5	6	5	3	5
	Процент	3,3	6,7	10,0	16,7	20,0	16,7	10,0	16,7

Анализ ближайших результатов лечения показал, что лучшими они были во 2-й группе – 4,6 балла, хуже – в 3-й и 1-й группах – 4,3 и 4,1 балла соответственно.

Под диспансерным наблюдением пациенты находились на протяжении 1-5 лет после окончания лечения. Оценка отдаленных результатов лечения также проводилась по балльной системе. 5 баллами оценивалась отсутствие рецидивов в период диспансерного наблюдения (клиническая ремиссия); 4 баллами – наличие более редких рецидивов, чем до лечения, менее выраженной воспалительной реакцией и меньшей распространенностью процесса; 3 баллами – появление рецидивов с такой же частотой и выражен-

ностью воспалительной реакции и распространенностью процесса, как и до лечения; 2 баллами – более частые рецидивы с большей выраженностью воспалительной реакции и распространенностью процесса, чем до лечения. Высший балл эффективности был у пациентов во 2-й группе – 4,5 балла, хуже – в 3-й и 1-й группах – 4,0 и 3,6 балла соответственно.

Таким образом, комплексное лечение пациентов с алергодерматозами, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, с применением 5% раствора унитиола и 5% раствора аминокaproновой кислоты, выявило более эффективным, в сравнении с общепринятыми методами терапии.

## Список литературы

1. Лисицин, Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни [Текст] / Ю.П. Лисицин // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 1998. – №3. – С. 49-52.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. [Текст]: Пособие для врачей в 2-х частях. Часть 2 / М.Д.Машковский. – М.: Медицина, 1998 г. – 688 с.
3. Морозова, Л.Н. Состояние здоровья населения, проживающего в экологически неблагоприятных городских районах [Текст] / Л.Н. Морозова // *Гигиена и санитария*. – 1998. – №1. – С.34-37.
4. Новикова, И.И. Гигиенические проблемы окружающей среды и здоровья населения крупного промышленного центра [Текст] / И.И. Новикова // *Гигиена и санитария*. – 2003. – №3. – С.66-68.
5. Тахташов, И.Р. Особенности патогенеза, клиники и лечения хронических дерматозов (экзема и псориаза) у жителей, проживающих в экологически неблагоприятном районе в результате загрязнения атмосферного воздуха крупными промышленными предприятиями [Текст]: автореф.дис...канд.мед. наук / И.Р.Тахташов. – Донецк. – 1992. – 20 с.

*Takhtashov I.R.<sup>1,2</sup>, Boryak S.A.<sup>1</sup>*

## THE INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON THE INCIDENCE AND TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH ALLERGODERMATOSES

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

### **Summary**

The article presents data on the effectiveness of the treatment of allergic dermatoses in people living in industrially polluted regions, using unithiol and aminocaproic acid. The significance of the problem of atmospheric air pollution in the area of large industrial enterprises and its influence on the course of dermatoses and the response to therapy are discussed.

**Keywords:** *air pollution, allergic dermatoses, treatment, unithiol, aminocaproic acid.*

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

**Тахташов И.Р.**

к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, врач-дерматовенеролог высшей категории РКДВД МЗ ДНР, +79494076924 (разработка дизайна исследования, наблюдение за больными, написание текста статьи).

**Борак С.А.**

к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +79494159821 (анализ данных литературы, научное редактирование статьи).

*Шпатусько М.Н.*

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

*Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР*

### **Резюме**

Представлены опыт применения неинвазивных методов диагностики при алопециях различного генеза и оценка эффективности комплексной терапии больных диффузной телогеновой алопецией путем использования, наряду с традиционным лечением, витамина Д, озонотерапии и внутривенного лазерного облучения крови.

**Ключевые слова:** *телогеновая алопеция, диагностика, лечение.*

---

Алопеция является актуальной проблемой практической дерматологии из-за распространенности поражения и многофакторности развития, нередко предшествующей или сопровождающей соматическую и/или инфекционную патологию [3,6-8]. В последние десятилетия появились многочисленные неинвазивные методы оценки состояния кожи волосистой части головы и роста волос, которые не только облегчают диагностический поиск, но и способствуют оптимизации лечения и мониторингованию течения алопеции. К ним относят дерматоскопию и трихоскопию, которые позволяют в динамике оценивать эффективность терапии и контролировать характер выпадающих волос [1,2,4]. Проблема алопеции приобрела особую значимость при эпидемии КОВИД, поскольку больные при любой тяжести течения инфекционного заболевания имели выпадение волос [3].

В связи с этим **целью работы** была оценка новых неинвазивных методов диагностики при алопециях различного генеза и оценка эффективности комплексной терапии больных диффузной телогеновой алопецией путем использования, наряду с традиционным лечением, витамина Д, озонотерапии и внутривенного лазерного облучения крови.

нотерапии и внутривенного лазерного облучения крови.

### **Материал и методы исследования**

Под наблюдением за период с сентября 2019 года по январь 2023 г. по результатам амбулаторного приема в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики (МЗ ДНР), Республиканском клиническом дерматовенерологическом центре МЗ ДНР и частном медицинском центре было 125 больных с выпадением волос различного генеза в возрасте от 19 до 65 лет, в том числе 57 мужчин и 68 женщин.

Все пациенты подвергались комплексному клинико-лабораторному и инструментальному обследованию в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами в зависимости от предполагаемого диагноза. Оценивали состояние волос и кожи волосистой части головы, определяли стадию роста выпавших волос. Дерматоскопию проводили с помощью портативного дерматоскопа FotoFinder handyscope for iPhone. При всех формах рубцовой алопеции или в сомнительных случаях проводили диагностическую биопсию по стандартной

методике.

В последующем для лечения были отобраны 97 больных с диффузной телогеновой алопецией. Комплексная терапия включала, наряду с традиционной терапией, витамин Д, озонотерапию, назначаемую в виде внутривенных инфузий озонированного физиологического раствора и озонотерапии волосистой части головы, внутривенного лазерного облучения крови. Эффективность разработанного метода оценивали по результатам лечения в 2-х терапевтических группах: основная – 50 больных, пролеченных по разработанной методике и группа сравнения – 47 больных, леченных традиционно. Группы были репрезентативны по основным сравниваемым показателям. Наряду с оценкой переносимости и клинической эффективности определяли процент волос в стадии телогена, процент дистрофических волос, плотность волос в единице площади до лечения и через 3 месяца после лечения. Полученные данные обрабатывали статистически.

### Результаты и обсуждение

По результатам осмотра, анализа анамнеза и медицинской документации постковидная диффузная телогеновая алопеция установлена у 97 (77,8%) больных, в том числе у 39 мужчин и 58 женщин, из них у 32 (33%) – в сочетании с андрогенетической алопецией, в том числе у 21 мужчины и 11 женщин. Рубцовая алопеция различного генеза была у 28 (22,4%), в том числе у 18 мужчин и 10 женщин. После гистологического исследования уточнен генез рубцовой алопеции: у 12 больных установлен красный плоский лишай (синдром Литтля-Лассуэра), из них было 7 мужчин и 5 женщин; рубцующий эритематоз, или хроническая дисконидная красная волчанка – у 8, в том числе у 3 мужчин и у 5 женщин; декальвирующий и подрывающий фолликулит – у 8, в том числе у 6 мужчин и у 2 женщин.

При анализе анамнеза пациентов с постковидной алопецией выявлено, что легкая форма перенесенного COVID-19 была у большинства обратившихся больных с

диффузной телогеновой алопецией – у 82 (84,5%), тяжелая и средне-тяжелая – у 15 (15,5%). Примечательно, что лишь 21 (21,6%) больных связали выпадение волос с перенесенным COVID-19, остальные 76 (73,4%) больных «вспомнили» о перенесенном инфекционном заболевании лишь при тщательном сборе анамнеза. Последующее обследование этих пациентов у 46 (47,4%) выявило в общем анализе крови анемию, у 21 (21,6%) больных – лимфоцитопению; у 19 (19,6%) больных – эозинофилию. Нарушенная билирубинообразующая функция печени была у 6 (6,29%) больных, дефицит витамина Д был у 17 (17,2%) больных, недостаточный уровень витамина Д – у 25 (25,8%) больных.

Дерматоскопия позволяет оценить состояние кожи волосистой части головы, структуру волоса, количество выпадающих волос в различные фазы их роста [1,2,8]. Оптические возможности метода позволяют оценить состояние устьев волосяных фолликулов, которые могут наблюдаться в виде «чёрных точек», а при гнездовой и андрогенетической алопеции – в виде характерных «желтых точек» [1]. Оценивая состояние кожи волосистой части головы, можно отметить гиперпигментацию в виде «медовых сот» при избыточной инсоляции, различные перифолликулярные изменения – на ранних стадиях андрогенетической алопеции [2]. Значение имеет выявление волос разного диаметра (терминальных, детерминированных и веллусных), обозначаемых термином «анизотрихоз», а при андрогенетической алопеции специфическим является обнаружение именно веллусных волос. В отличие от нормального терминального волоса, веллусоподобные волосы имели толщину не более 0,03 мм, иногда были в виде «восклицательного знака» [1].

Оценивали сосудистые дерматоскопические паттерны и особенности микроциркуляторного русла кожи. Так, «кружевообразные» сосудистые петли были обнаружены при красном плоском лишае, а ветвящиеся сосуды внутри «желтых точек» выявлены у всех больных с рубцующим эри-

тематозом волосистой части головы.

Для лечебно-диагностической тактики важно установить жизненный цикл волоса, который обычно проходит три последовательные фазы: анагена (роста), катагена (инволюции) и телогена (покоя). По данным некоторых авторов, существует ещё 4-ая фаза – экzogена (процесс выпадения волоса) [1,7,8]. Фаза анагена длится 2-3 года, иногда до 20 лет. В данной фазе различают 6 стадий, объединенных в 3 периода: проанаген (инициация роста волоса фолликула – 1-3 стадии), мезанаген (активный рост и дифференцировка волоса фолликула – 4-5 стадии), метанаген (стадия зрелости – 6 стадия) [1]. Фаза катагена является переходной фазой и длится 2-3 недели [1]. Фаза телогена является стадией покоя фолликула и длится 1-3 месяца [1].

Дерматоскопия позволяет объективизировать оценку состояния кожи волосистой части головы и на ранних стадиях выявить рубцовую и нерубцовую алопецию. К нерубцовым относят диффузную телогеновую, андрогенетическую, себорейную, гнездную алопецию, анагеновое выпадение волос, трихотилломания. Рубцовая алопеция развивается после различных травм кожи головы, воспалений, а также при некоторых аутоиммунных заболеваниях (дискоидная красная волчанка, красный плоский лишай) и характеризуется тем, что разрушенные волосные фолликулы замещаются фиброзной тканью. К первичной рубцовой алопеции относят: абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана, декальвирующий фолликулит, фронтальную фиброзирующую алопецию, фолликулярный красный плоский лишай [1,2,6-8].

Рубцовые алопеции при дерматоскопии проявлялись областями молочно-белого цвета (при красном плоском лишае) в сочетании с «пустыми» устьями волосных фолликулов. При декальвирующем фолликулите были различные перифолликулярные изменения и перифолликулярный гиперкератоз в виде лучей, напоминающих звезду, или в виде концентрических чешуек вокруг устьев

фолликулов (отмечены также при красном плоском лишае) [2]. Дерматоскопическая диагностика нерубцовой алопеции основывалась на обнаружении «пустых» отверстий волосных фолликулов, представлявших собой «желтые» или «черные точки» [6]. Считают, что отсутствие «точек» и наличие молочно-красных областей характерно для недавно развившегося фиброза. Данные симптомы в совокупности являются более специфическими признаками рубцовой алопеции, чем изолированное отсутствие «точек» [6].

Для андрогенетической алопеции было характерно сокращение продолжительности фазы анагена, вследствие чего происходило увеличение доли телогеновых волос на волосистой части головы, варибельность толщины волосных стержней (т.е. одновременное присутствие толстых, промежуточных и тонких волос), «желтые точки», изменение окраски перифолликулярной зоны, увеличение процента устьев волосных фолликулов, содержащих только один волосной стержень. Процент веллусоподобных волос превышал 20 %, отмечалось поредение и истончение волос в андрогензависимой зоне [6].

При диффузной постковидной алопеции было выраженное равномерное выпадение волос по всей поверхности волосистой части головы в результате сбоя циклов роста волос. При телогенной форме алопеции почти 80 % волосных фолликулов досрочно переходят в фазу телогена, и процесс активного воспроизведения волос прекращается [3]. Телогеновое выпадение волос характеризовалось наличием устьев пустых волосных фолликулов, увеличением количества отверстий волосных фолликулов, содержащих только один волос, коричневатой перифолликулярной окраской кожи. Множественные короткие вертикальные отрастающие волосы обнаруживали во время фазы возобновления роста [6].

В отличие от телогенового, при анагеновом выпадении волос, индуцированном токсическими факторами (например, на фоне химиотерапии), трихоскопическая

картина характеризуется наличием «черных точек», волос по типу «монилетрикса», волос в виде «восклицательных знаков» [6].

Выраженное перифолликулярное шелушение было характерной чертой красного плоского лишая, при котором выявляли также концентрически расположенные удлиненные линейные кровеносные сосуды, мелкие белесоватые участки неправильной формы, в которых отсутствовали волосные фолликулы («фиброзные белые точки») и белые участки сливного фиброза [6].

Наиболее характерной чертой декальвирующего фолликулита были пучки волос, содержащие от 5 до 20 волосных стержней, вокруг них - поясок из желтоватых чешуек, фолликулярные пустулы, увеличение числа перифолликулярных кровеносных сосудов [6].

При рубцовой алопеции, обусловленной дискоидной красной волчанкой, обнаруживали крупные желтые точки (фолликулярные кератотические бляшки), иногда с желтовато-коричневой окраской, древовидно ветвящимися кровеносными сосудами («красные пауки на желтых точках») [6].

Дерматоскопические исследования позволили не только дифференцировать характер алопеции, но и оценить эффективность разработанного комплексного метода лечения.

Переносимость лечения в обеих терапевтических группах была удовлетворительной. Динамическая оценка состояния волос подтвердила эффективность разработанного комплексного метода терапии (табл.2).

Таблица 2

Динамика изменения состояния волос в группах сравнения

Сравниваемый параметр	Основная группа, n=50	Группа сравнения, n=47
<b>До лечения</b>		
Процент волос в стадии телогена	21,8±6,2	22,1±5,8
Процент дистрофических волос	28,1±6,4	27,6±4,8
Плотность волос в единице площади	41,9±7,2	42,0±6,9
<b>Через 2 месяца</b>		
Процент волос в стадии телогена	15,5±4,4	19,0±5,6
Процент дистрофических волос	18,2±4,4	27,2±5,4
Плотность волос в единице площади	65,4±8,1	52,9±6,8

Так, если до лечения обе группы существенно не отличались по сравниваемым показателям, то через 3 месяца все эти показатели, хотя и имели положительную динамику в обеих группах, были достоверно выше у больных, комплексная терапия которых включала внутривенное

лазерное облучение крови, озонотерапию и витамин Д.

Таким образом, показаны диагностические возможности дерматоскопии и эффективность разработанного комплексного метода лечения при телогеновой алопеции постинфекционного генеза.

### Список литературы

1. Барунова, Н. Методы диагностики в практической трихологии [Текст] / Н. Барунова // *Kosmetik Intern. J.* - 2013. - №1. - С.22 - 23.
2. Кондрахина, И. Н. Неинвазивная диагностика нерубцовых алопеций методом трихоскопии [Текст] / И. Н. Кондрахина, А.Н. Мареева // *Вестник дерматологии и венерологии.* - 2014. - №5. - С.81-85.
3. Проценко, Т.В. Кожные проявления постковидного синдрома [Текст] / Т. В. Проценко, О.А. Проценко // *Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения».* - 2020. - № 4 (30). - С. 21-22.
4. Сенчукова, С. Р. Современные методы мониторинга и дифференциальной диагностики нерубцовых форм алопеций [Текст] / С. Р. Сенчукова, А. В. Кузнецова, Ю. М. Криницына // *Современные проблемы науки и образования.* - 2017. - № 1. - С.18-23.
5. Урюпина, Е. Л. Особенности диагностики и лечения диффузной алопеции [Текст] / Е. Л. Урюпина // *Клиническая дерматология и венерология.* - 2017. - №3. - С.41-45.
6. Burge, S. *Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text]: manual* / S. Burge, R. Matin, D. Wallis. - OXFORD University Press, 2016. - 692 p.
7. Mubki, T. *Evaluation and diagnosis of the hair loss patient [Text]* / T. Mubki [et al.] // *J. Amer. Academ. Dermatol.* - 2014. - №3. -P. 15- 17.
8. Tosti, A. *Diagnosis and treatment of hair disorders: An evidence based atlas [Text]* / A. Tosti, B. Piraccini - United Kingdom: Taylor & Francis, 2006. - 300 p.

*Shpatusko M.N.*

### CLINICAL AND PATHOGENETIC SUBSTANTIATION AND EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF TELOGENIC ALOPECIA OF DIFFERENT GENESIS

*Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR*

#### **Summary**

The experience of using non-invasive diagnostic methods for alopecia of various origins and the evaluation of the effectiveness of complex therapy for patients with diffuse telogen effluvium by using, along with traditional treatment, vitamin D, ozone therapy and intravenous laser blood irradiation are presented.

**Keywords:** *telogen effluvium, diagnosis, treatment.*

### Авторская справка

**Шпатусько М. Н.**

врач-дерматовенеролог РКДВЦ МЗ ДНР, тел.: +7380713533894.

Небесная Л.В.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И ПРОСТЕЙШИХ

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

### **Резюме**

Представлены современные подходы и лабораторная диагностика наиболее часто встречающихся в клинической практике паразитозов и гельминтозов. Обсуждение особенностей трактовки различных лабораторных показателей и их диагностической ценности. Проведены специальные тесты для диагностики гельминтозов и паразитозов.

**Ключевые слова:** *гельминтозы, простейшие, лабораторная диагностика.*

---

Гельминтозы и протозойные инфекции наблюдаются повсеместно и особенно распространены среди детей и взрослых, по роду деятельности контактирующих с домашними и дикими животными [1,5,9].

Как правило, инфицирование человека является одним из этапов развития гельминтов или простейших. Многие из паразитов имеют фекально-оральный механизм передачи инфекции и, по крайней мере, на одном этапе жизненного цикла поражают различные отделы пищеварительного тракта. Несмотря на то, что некоторые гельминтозы и паразитозы человека имеют специфические клинические признаки, в целом дифференцировать эти заболевания на основании клинической картины очень сложно. Основную роль в диагностике этих заболеваний играют лабораторные тесты. С учетом того, что у одного и того же человека может наблюдаться сочетание нескольких гельминтозов и паразитозов, рекомендуется выполнение сразу нескольких тестов или, что более удобно для врача и пациента, комплексного анализа на распространенные гельминтозы и паразитозы [6,7,10].

Комплексное лабораторное обследование включает общеклинические и специфические анализы на самые распространенные и важные в клиническом плане гельминтозы

и протозойные инфекции. Общеклинические тесты: общий анализ крови, лейкоцитарная формула, анализ кала на яйца гельминтов и анализ кала на цисты простейших [3,4,11,12].

Общий анализ крови и лейкоцитарная формула позволяют выявить возможные осложнения, связанные с инфекцией (анемия). Об инвазивности гельминтозов и паразитозов может свидетельствовать эозинофилия (от 20–30 до 80–90%), которая при интенсивной инвазии сочетается с лейкоцитозом ( $12,0-30,0 \times 10^9/\text{л}$ ). Для тяжелого течения острой стадии характерно снижение доли эозинофилов и нарастание доли нейтрофилов.

Эозинофилия характерна для амебиаза, эхинококкоза, описторхоза, токсокароза, трихинеллеза и аскаридоза (в фазу миграции личинок).

Эозинофилия не характерна для кишечного аскаридоза, энтеробиоза и лямблиоза.

Любая длительно текущая инфекция может приводить к развитию анемии (анемии хронического заболевания). Гельминтозы и паразитозы, протекающие с изъязвлением слизистой оболочки пищеварительного тракта (например, амебиаз), приводят к развитию железодефицитной анемии.

Анализ кала на яйца гельминтов и ана-

лиз кала на цисты простейших включают макроскопическую оценку кала (цвет, консистенция, наличие крови, избытка слизи, макроскопически определяемых паразитов), микроскопию нативного образца кала (наличие цист простейших – трофозоитов, личинок и взрослых особей гельминтов) и микроскопию окрашенного мазка кала (наличие цист и трофозоитов). Анализ кала на яйца гельминтов позволяет выявить большинство кишечных нематод, цестод и трематод. Анализ кала на цисты простейших позволяет выявить *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Balantidium coli* и других простейших. Учитывая, что поступление яиц гельминтов или цист простейших в кал может носить непостоянный характер, однократное исследование кала малоинформативно. Поэтому рекомендуется исследование трех образцов кала.

В настоящее время широко используются одноразовые концентраты для забора и фильтрации кала Paraser (центрифугирование материала через специальный фильтр позволяет в 20-40 раз увеличить выявляемость паразитов и яиц глистов).

Следует учитывать, что при некоторых гельминтозах (например, описторхоз) появление яиц в кале начинается только через 2-4 недели после возникновения симптомов заболевания. Отрицательный результат исследований не позволяет полностью исключить наличие гельминтоза или паразитоза.

К специфическим тестам для диагностики гельминтозов и паразитозов относятся серологические тесты и анализ на энтеробиоз [2,9,12].

*Echinococcus*, IgG – определение специфических антител IgG к возбудителю эхинококкоза (*Echinococcus granulosus* или *Echinococcus multilocularis*). Чувствительность серологических тестов в отношении *E. granulosus* при поражении печени (самая частая локализация) составляет около 80%, при поражении других органов (легкие, головной мозг, кости скелета) – несколько ниже.

*Opistorchis*, IgG – определение специ-

фических антител IgG к возбудителю описторхоза (*Opistorchis felinus* или *Opistorchis viverrini*). Из-за невысокой специфичности серологические тесты являются дополнительным способом диагностики описторхоза (главный тест – анализ кала на яйца гельминтов).

*Toxosara*, IgG, титр – количественное определение специфических антител IgG к возбудителю токсокароза (*Toxosara canis*). Серологические тесты обладают достаточно высокой чувствительностью (78%) и специфичностью (92%) и могут служить хорошим дополнением или даже альтернативой «золотому стандарту» диагностики данного заболевания – микроскопическому исследованию биопсии ткани, содержащей личинки гельминта (частая локализация – печень и легкие), учитывая, что многие пациенты с токсокарозом – маленькие дети.

Учитывая системный характер таких инфекций, как эхинококкоз, описторхоз и токсокароз, при подозрении на эти заболевания проводят дополнительные обследования, в том числе оценку функции печени.

*Trichinella*, IgG – определение специфических антител IgG к возбудителю трихинеллеза (*Trichinella spiralis* и родственные виды). Серологические тесты становятся положительными через 3 недели после инфицирования. Учитывая, что личинки гельминта поражают мышечную ткань, при данном заболевании также могут быть повышены следующие лабораторные показатели: креатинкиназа (КК), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) и аспартатаминотрансфераза (АСТ).

*Ascaris lumbricoides*, IgG – определение специфических антител IgG к возбудителю аскаридоза. Аскаридоз – это самый распространенный гельминтоз человека. Серологические тесты являются дополнительным способом диагностики аскаридоза. Их можно применять как в миграционную, так и в кишечную стадию заболевания. Кроме того, в кишечную стадию заражения *Ascaris lumbricoides* можно диагностировать с помощью анализа кала на яйца аскарид. Однако в некоторых случаях необходимо проводить

данное исследование неоднократно, так как яйца аскариды выделяются непостоянно. Для разных сроков заболевания характерна эозинофилия периферической крови, СОЭ обычно тоже повышена. Количество лейкоцитов, как правило, нормальное, и лишь в случае присоединения бактериальной инфекции наблюдается лейкоцитоз.

*Giardia lamblia*, антитела – определение специфических антител к возбудителю лямблиоза. Серологические тесты являются дополнительным способом диагностики лямблиоза (главный тест - анализ кала на цисты паразита). Серологический тест становится отрицательным через 1 год после перенесенной инфекции. Также может быть использован тест на антиген *G. lamblia* в кале.

Энтеробиоз – распространенный гельминтоз, вызываемый *Enterobius vermicularis* (острица). Яйца остриц не выделяются с калом, поэтому микроскопическое или любые другие исследования кала не применяются. Лабораторная диагностика энтеробиоза осуществляется с помощью специального метода – микроскопического исследования мазков-отпечатков с кожи перианальной области. Микроскопическое исследование позволяет произвести дифференциальную диагностику энтеробиоза с аскаридозом, а также другими неинфекционными заболеваниями, сопровождающимися зудом перианальной области (контактным дерматитом, сахарным диабетом). Учитывая повышенную активность самки в ночные часы, оптимально производить мазок-отпечаток утром, до совершения утреннего туалета.

Комбинация общеклинических и специфических тестов позволяет достичь наибольшей точности при диагностике гельминтозов и паразитозов. При эффек-

тивном лечении изменения, выявленные в общеклинических тестах, нормализуются, а яйца/личинки/взрослые особи гельминтов или цисты простейших перестают определяться, но серологические тесты могут оставаться положительными в течение некоторого времени даже при эффективном лечении.

В норме яйца, личинки и взрослые особи гельминтов, цисты и вегетативные формы простейших в кале отсутствуют. Их обнаружение свидетельствует о текущей инфекции.

Серологические тесты могут оставаться положительными в течение некоторого времени даже при эффективном лечении.

### Что может влиять на результат?

Время, прошедшее с момента заражения: яйца гельминтов и цисты простейших могут быть обнаружены через 2-4 недели и позже после заражения.

Характер и скорость образования яиц гельминтов и цист простейших: часто наблюдается прерывистый характер их поступления в кал, что может привести к получению ложноотрицательного результата и обуславливает необходимость исследования трех, а не одного образца кала.

### Важные замечания:

- для получения точного результата необходимо следовать рекомендациям по подготовке к тесту;
- результат комплексного анализа следует интерпретировать с учетом анамнестических, клинических и инструментальных данных;
- отрицательный результат исследований не позволяет полностью исключить наличие гельминтоза или паразитоза.

## Список литературы

1. Васильев, В.С. *Практика инфекциониста [Текст]* / В.С. Васильев, В.И. Комар, В.М. Цыкунов. – Минск: Вышэйшая школа, 1994. – 494 с.
2. Геллер, И.Ю. *Эхинококкоз [Текст]* / И.Ю. Геллер // *Гельминтозы*. – М.: Медицина, 1989. – 208 с.
3. *Гельминтозы человека [Текст]: пособие для врачей / под ред. проф. В.И. Лучишева, д.м.н. В.В. Лебедева*. – Краснодар: Советская Кубань, 1998. – 124 с.

4. Гельминтозы человека [Текст] / под ред. Ф.Ф. Сопрунова. – М.: Медицина, 1985. – 368 с.
5. Инфекционные болезни [Текст]: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2009. – 1056 с.
6. Лабораторная диагностика гельминтозов и протозоозов [Текст]: методические указания. – М.: ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора, 2016. – 154 с.
7. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) [Текст]: руководство для врачей / под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – 592 с.
8. Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации [Текст]. Санитарные правила и нормы. – М.: Информационно-издательский центр Минздрава России, 1997. – 168 с.
9. Руководство по инфекционным болезням [Текст] / под ред. член-корр. РАМН проф. Ю. В. Лобзина. – СПб.: Издательство ФОЛИАНТ, 2003. – 1034 с.
10. Смирнова, В. А. Лабораторная диагностика гельминтозов: метод. пособие для слушателей цикла «Современные методы клинических исследований в лабораторной диагностике» [Текст] / В. А. Смирнова, С. В. Погорелова. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2018. – 84 с.
11. Kucik, C.J. Common intestinal parasites [Text] / C.J. Kucik, G.L. Martin, B.V. Sortor // Am. Fam. Physician. – 2004. – № 69 (5). – P. 1161-1168.
12. McPhee, S.J. Current Medical Diagnosis and Treatment [Text] / S. J. McPhee, M. Papadakis. – McGraw-Hill Medical, 2009. – 49 ed. – 124 p.

*Nebesnaya L.V.*

### MODERN CAPABILITIES OF LABORATORY DIAGNOSIS OF HELMINTHOSIS AND PROTOISTS

*Clinical and diagnostic laboratory LLC «BIO-LINE»*

#### **Summary**

Modern approaches and laboratory diagnostics of the most common parasitosis and helminthiasis in clinical practice are presented. Discussion of the features of the interpretation of various laboratory parameters and their diagnostic value. Conducted special tests for the diagnosis of helminthiasis and parasitosis.

**Keywords:** *helminthiasis, protozoa, laboratory diagnostics.*

#### **Авторская справка**

**Небесная Л.В.**

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

Проценко О.А., Проценко Т.В., Корчак И.В.

## ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ПРАКТИКЕ КОСМЕТОЛОГА

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

### Резюме

На основании анализа результатов анкетирования 983 курсантов, проходивших обучение по косметологии на кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного обучения в вопросах и ответах обсуждается тактика ведения пациентов косметологических медицинских центров. Обосновывается необходимость профилактической противовирусной терапии, даже при отсутствии герпетического анамнеза.

**Ключевые слова:** косметология, герпесвирусная инфекция, анкетирование, профилактическая терапия.

---

Инвазивные технологии в косметологии (пирсинг, татуаж, мезотерапия, биоревитализация, различные пилинги, введение филлеров и др.) привлекают внимание потребителей косметологических услуг и популярны у косметологов, очень часто из-за финансовой составляющей. В то же время пренебрежение медицинским подходом при проведении косметологических процедур чревато рисками осложнений, среди которых особое место занимают герпесвирус-индуцированные.

По статистике, носителями вируса герпеса являются до 90% населения, причем у половины из них рецидивы герпеса отмечают, по меньшей мере, 1 раз в год. Есть данные, что к 15 годам жизни до 90% людей инфицированы клинически значимыми типами герпеса [1-5]. Это свидетельствует о том, что среди пациентов, обращающихся к косметологу, могут быть лица, нуждающиеся в профилактическом лечении герпесвирусной инфекции (ГВИ). Учитывая актуальность проблемы ГВИ в косметологической практике на кафедре дерматовенерологии

и косметологии ФИПО, проводящей обучение по косметологии с 2004 г., по этой проблеме были разработаны специальные анкеты, отражавшие как уровень подготовки слушателей, так наиболее частые вопросы, задаваемые на приеме пациентами. По результатам анализа анкетирования 983 курсантов отобраны наиболее частые вопросы по проблеме ГВИ и представлен вариант ответа, позволяющий формировать у пациента ответственное отношение к проблеме ГВИ.

*Вопрос: Если пациент не помнит или отрицает у себя клинические проявления герпеса, означает ли это, что он здоров?*

Отсутствие герпетического анамнеза не означает отсутствие ГВИ. Инфицирование ГВИ происходит обычно в раннем детстве или с началом сексуальной активности, а в последующем может быть длительное бессимптомное течение с «пожизненной» персистенцией вируса в сенсорных ганглиях и реактивация вируса при снижении иммунитета, переохлаждении, стрессе, травме, к которой в полной мере относится инвазивное косметологическое воздействие (инъекции,

лазерные процедуры, пилинги и т.п.).

*Вопрос: Насколько узнаваемы проявления герпеса?*

Преобладающее число пациентов косметологических центров, по нашим данным, знают лишь о лабиальном герпесе (*herpes labialis*) и генитальном герпесе (*herpes genitalis*). Другие локализации или клинические варианты ГВИ, даже при обострении процесса, часто остаются нераспознанными. Манифестные формы ГВИ чрезвычайно разнообразны (стоматиты, гингивиты, уретриты, вульвовагиниты, циститы, конъюнктивиты и др.), что создает сложности для диагностики и своевременной этиотропной терапии.

*Вопрос: Насколько значимы в косметологической практике лабораторные методы диагностики ГВИ?*

Применяемые методы лабораторной диагностики, выявляющие противовирусные антитела отражают лишь то, что человек встречался с этим вирусом, а по их количественному выражению можно косвенно судить о напряженности иммунитета. Эти антитела не являются основанием ни для постановки диагноза, ни для проведения противовирусной терапии, ни для прогноза течения ГВИ, в том числе риска реактивации вируса после инвазивного косметологического вмешательства.

*Вопрос: Есть ли признаки, по которым косметолог может предугадать рецидив герпеса после косметологической процедуры?*

Патогенетические механизмы латентной вирусной инфекции до настоящего времени полностью не изучены, поэтому предугадать риск рецидива герпеса после косметологического воздействия не представляется возможным, что обосновывает целесообразность профилактической противовирусной терапии.

*Вопрос: Всегда ли нужно проводить профилактическую противовирусную терапию после косметологического вмешательства?*

Профилактическую противовирусную терапию обязательно нужно проводить после косметологических вмешательств, со-

провождающихся нарушением целостности кожи (пирсинг, татуаж, срединный и глубокий пилинги, введение филлеров, нитей, пластические и реконструктивные операции). Но объем терапии, режим и время ее назначения определяются степенью инвазивности процедуры и анализом герпетического анамнеза.

*Вопрос: Как определиться с необходимостью профилактической противовирусной терапии?*

Оцениваем инвазивность предполагаемого косметологического вмешательства по времени полного восстановления кожи после нее (дермабразия, лазерная шлифовка, поверхностный, срединный или глубокий химический пилинг, косметологические операции и т.п.) и частоту рецидивов герпеса: частые (1-2 раза в год), редкие (1 раз в 2-3 года), эпизоды ГВИ в прошлом или отсутствие герпетического анамнеза. Например, при частых рецидивах герпеса, независимо от клинической его формы, профилактическую терапию противовирусными химиопрепаратами целесообразно назначить за 1-2 дня до процедуры и проводить до полного восстановления поврежденной кожи. При этом нужно помнить, что любые косметологические процедуры проводят только в период стойкой ремиссии герпеса, будь то герпес в области лица, гениталий или другой локализации.

*Вопрос: Какие могут быть последствия при отказе пациента от профилактической противовирусной терапии?*

Может быть рецидив герпеса с более глубоким поражением кожи, оставляющим после себя пигментацию или даже рубцы; может быть диссеминация герпетического процесса с развитием герпетической экземы Капоши, сопровождающейся нарушением общего состояния и полиневритами; могут быть офтальмогерпес, герпетический стоматит, герпетические нейроинфекции и т.п. Все эти проявления не просто приводят к эстетическим проблемам и снижают качество жизни, но могут представлять угрозу для трудоспособности и жизни пациента.

Именно поэтому в косметологии так важен правильный выбор объема и времени назначения профилактической противовирусной терапии.

*Вопрос: Какие виды противовирусной терапии существуют в настоящее время?*

Существуют три основных направления противовирусной терапии: химиотерапия (ацикловир, валацикловир, фамцикловир); иммунотерапия (индукторы интерферона, интерфероны, иммуномодуляторы); вакциноterapia (герпетическая поливалентная вакцина). Для предупреждения обострений герпеса в косметологии самой действенной является противовирусная химиотерапия, которая с доказанной эффективностью подавляет стадию репликации герпесвируса.

*Вопрос: Можно ли ограничиться растительными противовирусными препаратами или только наружной терапией противовирусными мазями?*

Гарантированного предупреждения

рецидива герпеса в данном случае не будет. В лечении больных герпесом мы используем эти препараты. Но в косметологической практике, когда нужно гарантировано избежать рецидива герпеса в течение определенного времени - времени полного восстановления кожи после процедуры, чтобы не было пигментаций и более тяжелых осложнений обострения герпеса, их применение как монотерапия нецелесообразно.

Мы привели наиболее частые вопросы, задаваемые как пациентами, так и косметологами. И они лишней раз показывают необходимость медицинского подхода ко всем, даже малоинвазивным процедурам в косметологии (пирсинг, татуаж и др.). Косметология и эстетическая медицина – это прежде всего превентивная медицина, персонифицированный подход в которой позволяет сохранить активное долголетие, а пренебрежение этим – сформировать не только обезображивающие последствия, но и нести угрозу жизни.

### Список литературы

1. Андропова, В. Л. Современная этиотропная химиотерапия герпесвирусной инфекции: достижения, новые тенденции и перспективы. Альфагерпесвирусы [Текст] / В. Л. Андропова // Вопросы вирусологии. – 2018. – № 63 (4). – С. 149- 158.
2. Игнатенко, Г. А. Введение в курс доказательной медицины при изучении пропедевтики внутренней медицины [Текст] / Г. А. Игнатенко [и др.] // Проблемы экологии, медицинской генетики и клинической иммунологии. – 2010. – №1 (97). – С. 407- 412.
3. Игнатовский, А. Фамцикловир в лечении герпесвирусной инфекции: новые и забытые страницы [Текст] / А. Игнатовский // Врач. – 2019. – № 30 (2). – С. 67- 75.
4. Информационный бюллетень ВОЗ. Вирус простого герпеса. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs400/ru>
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем [Текст]. – 5-е изд., переработ. и доп. – М.: Деловый экспресс, 2016. – 768 с.

*Protsenko O.A., Protsenko T.V., Korchak I.V.*

## **HERPES VIRUS INFECTION IN THE PRACTICE OF A COSMETOLOGIST**

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

### **Summary**

The questions and answers discuss the tactics of managing patients of cosmetology medical centers. The necessity of prophylactic antiviral therapy, even in the absence of a herpetic history, is substantiated

**Keywords:** *herpesvirus infection, cosmetology, preventive therapy.*

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

**Проценко О. А.** д.мед.н., проф., заведующий кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.+79493407318 (написание текста статьи, анализ данных литературы).

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

**Корчак И. В.** к.мед.н., доц., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.+79493407318 (подбор и анализ данных литературы).

*Беседина Е.И., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Бояр О.А.*

## ПРЕПОДАВАНИЕ ТЕМЫ «ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ» ВРАЧАМ-ИНТЕРНАМ И ОРДИНАТОРАМ – ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

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

### **Резюме**

Преподавание темы «Особо опасные инфекции» для врачей-интернов и ординаторов по специальностям «Эпидемиология» и «Бактериология» важно в плане подготовки этих специалистов к самостоятельной работе в системе Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора). Для этого необходима разработка новых научно обоснованных подходов к реализации как смешанного (очного и дистанционного), так и полностью дистанционного обучения. Дистанционное, как и традиционное обучение, состоит из основных элементов, необходимых для реализации учебного процесса - рабочей программы, учебного плана, учебно-методических материалов (фонда обучающих средств, учебных пособий для врачей-интернов и ординаторов, методических рекомендаций для преподавателей, базы тестовых заданий, интерактивных лекций и др.). При прохождении темы слушатели самостоятельно просматривают необходимую информацию в информационно-образовательной среде: проходят интерактивные лекции, выполняют тестовые задания, необходимые для успешной сдачи зачета по изучаемой теме. В ходе проведения вебинаров решаются ситуационные задачи, требующие одновременного присутствия как обучающихся, так и преподавателя, осуществляется контроль за полнотой освоения слушателями правил и принципов биологической безопасности работы с патогенными биологическими агентами. Тестовый контроль, проводимый по окончании прохождения изученной темы, показывает достаточно высокую эффективность примененных методов дистанционного обучения.

**Ключевые слова:** *особо опасные инфекции, дистанционное обучение, новые образовательные технологии, ординаторы, интерны.*

---

Особо опасные инфекции (ООИ) в большинстве своем относятся к зоонозам, всегда актуальны и требует постоянного мониторинга за ними. Несмотря на то, что они достаточно широко распространены в мире, на их долю приходится более 60% от общего числа известных инфекционных болезней, зоонозные ООИ зачастую не имеют эпидемического процесса [1]. К исключениям относятся чума, желтая лихорадка, лихорадка денге и ряд других недостаточно изученных,

нуждающихся в эпидемиологическом осмысливании инфекций. Как правило, заболевание человека любой из ООИ, протекает тяжело и имеет высокий процент летальности (иногда до 100%) [1, 2].

Аналогичная ситуация в отношении зоонозных ООИ имеет место и в нашем регионе. Ситуация отягчается тем, что из-за недостаточной информированности населения и медицинских работников относительно зоонозных ООИ, вся система контроля за-

болеваемости недостаточно эффективна (выявление источников, диагностика, лечение, соблюдение режима и пр.). К сожалению, в медицинских учебных заведениях из-за жесткой регламентации учебного процесса преподаванию вопросов зоонозных ООИ выделяется мало времени, а система контроля за эпидемическим и, тем более эпизоотическим процессом этих инфекций чрезвычайно сложна даже при условии достаточного профессионализма действующих медицинских работников. Кроме решения своих сугубо медицинских задач, они обязаны быть достаточно компетентными в решении сложных вопросов относительно движущих эпизоотического процесса, влияние на них социальных и природных факторов, мерах борьбы и профилактики в мире животных, что особо усугубляется происходящими на территории Донецкой Народной Республики (ДНР) военными действиями [4-6].

Таким образом, изучение темы «Особо опасные инфекции» при подготовке врачей-интернов и ординаторов по специальностям «Эпидемиология» и «Бактериология» можно считать одной из самых необходимых в плане подготовки этих специалистов на последипломном этапе.

С приходом в наш быт в конце XX века компьютеров, а затем сети Интернет, появилась возможность задействовать их в образовательном процессе. На протяжении почти 9 лет ДНР находится в условиях непрекращающихся военных действия с постоянными обстрелами территории г. Донецка со всеми вытекающими рисками для жизни обучающихся. Кроме того, в 2020 г. пандемия COVID-19 показала острую необходимость изменить стратегию традиционного образования путем внедрения в него дистанционных технологий. В первую очередь, это потребовало совершенствования материальной базы кафедры, чтобы появилась возможность использования для преподавания самые перспективные современные виды дистанционного обучения [7]. В этом плане мы опирались на опыт других

ВУЗов Российской Федерации, которые уже создали и успешно используют дистанционные обучающие курсы по специальности «Эпидемиология» и «Бактериология» [2, 3].

Работа с возбудителями ООИ, при которой особое внимание уделяется вопросам биологической безопасности, требует подготовки высококвалифицированных специалистов при получении дополнительного профессионального образования [3]. Это требует разработки новых научно обоснованных методических подходов для реализации как смешанного очного и дистанционного обучения, так и полностью дистанционного обучения специалистов указанного выше профиля [2].

Организацию образовательного процесса с применением современных информационных и телекоммуникационных технологий при территориальной разобщенности преподавателей и обучающихся в настоящее время принято называть дистанционным обучением (ДО) [7].

Как и традиционное обучение, ДО состоит из ряда основных элементов, необходимых для реализации учебного процесса. К ним относятся рабочая программа, учебный план, учебно-методические материалы (фонд обучающихся средств (ФОС), учебные пособия для врачей-интернов и ординаторов, методические рекомендации для преподавателей, базы тестовых заданий, интерактивные лекции и др.) [8]. В зависимости от используемых форм и методов, а также конкретных современных телекоммуникационных технологий, на которых базируется реализация учебного процесса, во многом будет определяться эффективность обучения [9].

Дистанционное обучение врачей-интернов и ординаторов эпидемиологов и бактериологов по теме «Особо опасные инфекции» на кафедре организации высшего образования, управления здравоохранения и эпидемиологии состоит из следующих этапов:

1. Собственно ДО с использованием современных информационных технологий и средств связи (смартфоны, планшеты, ком-

пьютеры, оснащенные микрофоном, веб-камерой и подключенные к сети Интернет);

2. Самостоятельная работа обучающихся в информационно-образовательной среде (ИОС): чтение интерактивных лекций, выполнение тестовых заданий, необходимых для успешной сдачи зачета по изучаемой теме.

3. Во время проведения т.н. вебинаров решаются ситуационные задачи, требующие одновременного присутствия слушателей и преподавателя. При помощи вебинаров преподавателем осуществляется контроль за полнотой освоения обучающи-

мися правил и принципов биологической безопасности работы с патогенными биологическими агентами и др.

Проведение ДО с использованием ИОС обеспечивает освоение врачами-интернами и ординаторами эпидемиологами и бактериологами предусмотренной образовательной программы независимо от их места нахождения. Проводимый тестовый контроль обучающихся по окончании прохождения изученной темы показывает достаточно высокую эффективность применения в образовательном процессе методов ДО.

### Список литературы

1. Власова, В. Н. Дистанционное обучение в высшей школе: вызовы, риски и переосмысление ролей [Текст] / В. Н. Власова, В. Н. Волошин, Т. В. Проценко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2021. – № 4 (34). – С. 44–48.
2. Возможность использования дистанционных технологий при подготовке специалистов по особо опасным инфекциям [Текст] / Ю. В. Сизова [и др.] // Здоровье населения и среда обитания. – 2017. – № 7 (292). – С. 11–13.
3. К вопросу о формировании природных очагов лихорадки Западного Нила и других арбовирусных инфекций на территории Донецкой Народной Республики [Текст] / Е. И. Беседина [и др.] // Материалы научно-практических конференций в рамках V Российского конгресса лабораторной медицины (РКЛМ 2019): сборник тезисов. – М., 2019. – С. 133–134.
4. К вопросу об организации дистанционного обучения на кафедре трансплантологии и клинической лабораторной диагностики [Текст] / В. К. Денисов [и др.] // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2021. – Т. 25, № 2. – С. 208–210.
5. Левин, С. М. Дистанционное обучение и модернизация образования - тупик или возможность? [Текст] / С. М. Левин // Векторы благополучия. – 2021. – № 2. – С. 139–148.
6. Обоснование необходимости преподавания актуальных вопросов эмерджентных инфекций врачам-интернам и ординаторам медико-профилактического профиля [Текст] / В. А. Мельник [и др.] // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2021. – Т. 25, № 4. – С. 469–472.
7. Опыт развития дистанционных технологий в последипломном образовании врачей бактериологов [Текст] / Е. В. Матущенко [и др.] // Национальные приоритеты России. – 2014. – № 3 (13). – С. 160–162.
8. Состояние эпизоотической и эпидемической ситуации по бешенству в донецкой народной республике в 2018 году и первом квартале 2019 года [Текст] / В. А. Мельник [и др.] // Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России: материалы XII научно-практической конференции. – Краснодар, 2019. – С. 85–87.
9. Тенденции распространения иксодового клещевого боррелиоза в Донецкой Народной Республике [Текст] / В. А. Мельник [и др.] // Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания: материалы VIII Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием. – Сочи, 2021. – С. 127–128.

*Besedina E.I., Melnik V.A., Lygina Yu.A., Boyar O.A.*

### TEACHING THE TOPIC «ESPECIALLY DANGEROUS INFECTIONS» TO INTERNS AND RESIDENTS - DISTANCE LEARNING EXPERIENCE

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

#### **Summary**

Teaching the topic "Especially Dangerous Infections" for interns and residents in the specialties "Epidemiology" and "Bacteriology" is important in terms of preparing these specialists for independent work in the system of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare (Rospotrebnadzor). This requires the development of new evidence-based approaches to the implementation of both mixed (full-time and distance) and fully distance learning. Distance learning, like traditional learning, consists of the main elements necessary for the implementation of the educational process - the work program, the curriculum, teaching materials (the fund of teaching aids, teaching aids for interns and residents, guidelines for teachers, the base of test tasks, interactive lectures, etc.). When passing the topic, students independently view the necessary information in the information and educational environment: they pass interactive lectures, perform test tasks necessary for successfully passing the test on the topic being studied. During the webinars, situational tasks are solved that require the simultaneous presence of both students and a teacher, control over the completeness of students' mastering the rules and principles of biological safety in working with pathogenic biological agents is carried out. Test control, carried out at the end of the passage of the studied topic, shows a fairly high efficiency of the applied methods of distance learning.

**Keywords:** *especially dangerous infections, distance learning, new educational technologies, residents, interns.*

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

**Беседина Е. И.**

к.мед.н., доц., заведующий кафедрой организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +79493130255. (концепция и дизайн работы).

**Мельник В. А.**

к.мед.н., доц., доцент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +79493087888 (научное редактирование статьи).

**Лыгина Ю. А.**

ассистент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +79493047943 (написание текста статьи).

**Бояр О. А.**

ассистент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел.: +79493129833 (подбор и анализ данных литературы).

### Требования к оформлению статей

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

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

#### **Структура статьи:**

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

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

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

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

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

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

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

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

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

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

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

статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения.

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

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

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

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

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

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

Дата введения 01-07-2004

#### Библиографическое описание: новый государственный стандарт

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

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

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

#### Книга под фамилией автора

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

##### **1 автор:**

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

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

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

##### **2 автора:**

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

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

##### **3 автора:**

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

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

#### Книга под заглавием

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

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

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

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

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

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

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

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

### Законодательные материалы

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

### Стандарты

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

### Патентные документы

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

### Депонированные научные работы

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

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

### Изоиздания

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

### Нотные издания

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

### Аудиоиздания

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

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

### Видеоиздания

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

### Диссертации, авторефераты диссертаций

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

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

### Составная часть документов

#### Статья из...

*...собрания сочинений*

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

*...книги, сборника*

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

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

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

*...продолжающегося издания*

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

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

*...журнала*

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

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

*...газеты*

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

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

### Рецензия

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

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

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

### Нормативные акты

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

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

**О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации** [Текст]: федер. закон от 31 мая 2001 г. № 73-83 // 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.

# GREEN LABORATORY

## Что такое Green Laboratory?

Дерматокосметологические средства для ежедневного ухода за кожей. Собственные разработки на основе натуральных экстрактов, структурированные по типу кожи.

Green Laboratory предлагает широкий ассортимент косметических средств, комплексные программы и методики для решения проблем по уходу за кожей в любом возрасте. Уникальные рецептуры продукции с высокой концентрацией действующих веществ базируются

на последних научных исследованиях в области дерматокосметологии.

Для производства используется экологически чистое сырье, проводится регулярный контроль качества и безопасности в соответствии с высокими стандартами косметологического производства.

