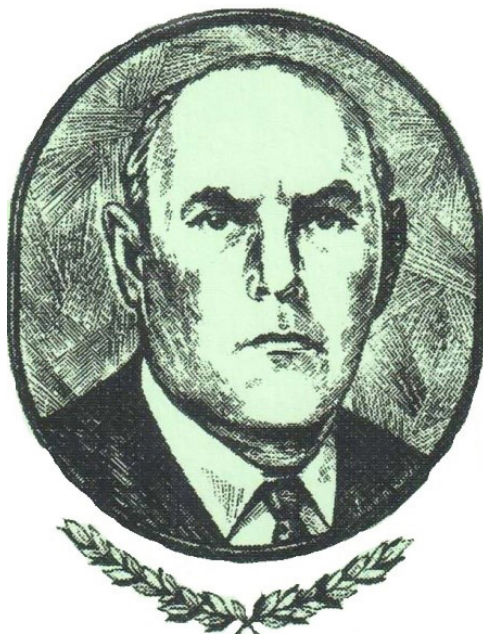


Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького»



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

«TORSUEV'S READING»

2023 № 3 (41)

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)
Безуглый 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 № 7 от 11.10.2023 г.

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

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

Свидетельство о регистрации средства массовой информации:

ААА № 000168 от 07.11.2017 г.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Зубаревская О.А. Клинико–эпидемиологические особенности гнездовой алопеции у больных с хронической герпесвирусной инфекцией	6
Логунов П.В. Клинико–эпидемиологические особенности токсикоаллергических дерматозов у онкологических больных	11
Милус И.Е. Особенности клиники и течения атопического дерматита у больных с различными соматотипами	16
Проценко Т.В., Коктышев И.В., Провизион А.Н. Прогнозирование риска развития соматической патологии у больных себорейным кератозом	22
Тахташов И.Р., Боряк С.А. Медико-социальная характеристика пациентов с хроническими дерматозами	29
Шпатусько М.Н. Клинико-эпидемиологические и гендерные особенности обращаемости при различных видах алопеции	34

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Черноус В.В. Особенности течения и современные подходы к лечению акне у мужчин (современное состояние проблемы)	39
---	----

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Волошин Р.Н., Диденко И.В., Горгевска А. Тромбоцитопения на фоне приема метотрексата у пациента с генерализованным пустулезным псориазом	44
Краснощеких А.А. Случай розацеа у больной с впервые выявленным аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом	48
Провизион Л.Н., Агеева Д.В. Синдром красной мошонки в практике врача дерматовенеролога	52
Радионых В.Г., Соломина В.Г. Клинический случай атипичной микроспории гладкой кожи у ребенка (с кратким обзором литературы)	56
Проценко О.А., Тахташов И.Р. Случай шанкриформной пиодермии в практике врача дерматовенеролога	62

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Проценко О.А., Корчак И.В., Боряк С.А., Грицай О.Д. Алгоритм консультирования пациентов с дерматозами гениталий с связи с ИППП/ВИЧ/СПИД	66
---	----

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Жидких Т.Н., Клименко А.И., Беседина Е.И. Применение кейс-метода в обучении ординаторов по специальности «Дерматовенерология»	70
---	----

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей	75
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления	77

Contents

ORIGINAL RESEARCH

Zubarevskaya O. A. Clinical and epidemiological features of alopecia areata in patients with chronic herpesvirus infection	6
Logunov P.V. Clinical and epidemiological features of toxicoallergic dermatoses in cancer patients	11
Milus I.E. Features of the clinical picture and course of atopic dermatitis in patients with different somatotypes	16
Protsenko T.V., Koktyshhev I.V., Provision A.N. Predicting the risk of developing somatic pathology in patients with seborrheic keratosis	22
Takhtashov I.R., Boryak S.A. Medical and social characteristics of patients with chronic dermatoses	29
Shpatusko M.N. Clinical, epidemiological and gender characteristics of appealability for various types of alopecia	34

LITERATURE REVIEW

Chernous V.V. Features of the course and modern approaches to the treatment of acne in men (current state of the problem)	39
--	----

CLINICAL CASES, PRACTICE OBSERVATIONS

Voloshin R.N., Didenko I.V., Gorgevska A. Thrombocytopenia while taking methotrexate in a patient with generalized pustular psoriasis	44
Krasnoshchekikh A.A. A case of rosacea in a patient with newly diagnosed autoimmune thyroiditis, hypothyroidism	48
Provision L.N., Ageeva D.V. Red scrotum syndrome in a doctor's practice dermatovenerologist	52
Radionov V.G., Solomina V.G. Clinical case of atypical microsporia of smooth skin in a child (with a brief review of the literature)	56
Protsenko O.A., Takhtashov I.R. A case of chancriform pyoderma in the practice of a dermatovenerologist	62

FOR DERMATOLOGIST AND GENERAL PRACTITIONERS

Protsenko O.A., Korchak I.V., Boryak S.A., Gritsai O. D. Algorithm for counseling patients with genital dermatoses associated with STIs/HIV/AIDS	66
---	----

PROBLEMS OF HIGH SCHOOL PEDAGOGY

Zhidkikh T.N., Klimenko A.I., Besedina E.I. Application of the case method in training residents in the specialty «Dermatovenerology»	70
--	----

INFORMATION FOR AUTHORS

Requirements for registration of articles	75
Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003). Bibliographic record. Bibliographic description: General requirements and rules compiling	77

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Достижения клинической и экспериментальной медицины в XXI веке позволили расширить наши представления об инфекционной, аутоиммунной, аллергической патологии, а проведенные многочисленные когортные и рандомизированные исследования – на основе доказательной медицины разработать стандартизированные подходы к лечению целого ряда заболеваний. Однако искусство врачевания заключается не только в освоении новых знаний, но и в умении «приложить» их к конкретному больному в период текущего обострения или ремиссии, памятуя о том, что в настоящее время даже в раннем детстве почти нет абсолютно здоровых лиц. Принципы «не навреди», «лечи больного, а не болезнь» – отличительные особенности отечественной клинической медицины, в том числе и дерматовенерологии.

В лечении первично хронических заболеваний, к которым относятся большинство дерматозов, нельзя, чтобы объем лекарственной терапии конкурировал с объемом питания. Знание фармакотерапии и умение выбрать оптимальный минимум медикаментов, повышая их эффективность использованием немедикаментозных технологий, взаимодействуя с клиницистами других специальностей, врачующих данного больного – вот возможные пути повышения эффективности лечения и реабилитации в дерматовенерологии. Именно поэтому на страницах журнала, наряду с оригинальными исследованиями, мы публикуем клинические наблюдения, опыт из практики и т.д. Медицинское образование всегда непрерывно, и этому во многом способствуют профессиональные периодические издания.

Мы искренне надеемся, что представленные в номере работы будут полезны всем практикующим специалистам, заинтересованным в качественной медицинской практике.

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

Т.В. Проценко

Зубаревская О.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России

Резюме

Цель исследования. изучить влияние хронической герпесвирусной инфекции (ХГВИ) на клинику и течения гнездной алопеции (ГА).

Материалы и методы. Проанализированы анамнестические и клинические данные (количество рецидивов, продолжительность последнего рецидива, степень тяжести ГА и взаимосвязь количества рецидивов и степени тяжести) у 32 больных ГА (19 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 7 до 39 лет, в двух группах сравнения: больные ГА с ХГВИ (n=14) и больные ГА без ХГВИ (n=18).

Результаты. Показано, что у больных ГА с ХГВИ чаще были тяжелые формы дерматоза, в сравнении с больными ГА без ХГВИ – у 42,9% и у 22,2% больных соответственно. Больные ГА с ХГВИ, в сравнении с больными ГА без ХГВИ, чаще имели более 2-х рецидивов – 50% и 22,2% больных соответственно. Больные ГА с 2-мя и более рецидивами чаще имели среднее или тяжелое течение дерматоза – 63,6% больных, при этом у большинства из них выявлена ХГВИ – у 71,4% больных.

Выводы. Полученные данные указывают на необходимость обследования больных ГА на ХГВИ, особенно при среднем и тяжелом течении дерматоза с двумя и более рецидивами в анамнезе.

Ключевые слова: гнездная алопеция, хроническая герпесвирусная инфекция.

Гнёздная алопеция (ГА) до настоящего времени остается одним из самых распространенных дерматозов, особенно у лиц молодого возраста, и с каждым годом число новых случаев заболевания увеличивается. ГА рассматривают как многофакторное нерубцовое выпадение волос с хроническим рецидивирующим течением, в патогенезе которого имеют значение хронические инфекции, иммунологические и микроциркуляторные нарушения, гиповитаминозы и сочетание факторов [1,3,5,6].

Несмотря на разработанные протоколы лечения до настоящего времени часто встречаются резистентные к лечению и тяжелые формы ГА (тотальная, универсальная), особенно на фоне сочетанной патологии, среди которой особое место занимает хроническая герпесвирусная инфекция (ХГВИ), которая

может длительно протекать бессимптомно, изменяя функционирование всех регуляторных систем организма, способствуя хронизации дерматоза, непродолжительности ремиссии и устойчивости к традиционной терапии [4]. В то же время до настоящего времени лишь единичные работы посвящены изучению особенностей влияния ХГВИ (герпеса, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр) на особенности течения ГА, недостаточно изучены многие аспекты патогенеза дерматоза при сочетанных поражениях [1-5].

Цель работы — изучить влияние ХГВИ на клинику и течения ГА.

Материалы и методы

Проанализированы анамнестические и клинические данные 32 больных ГА (19 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 7 до 39 лет, получавших лечение в

условиях Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера МЗ ДНР в 2022 году.

Для достижения цели работы больные ГА были разделены на две группы: 1-я группа – больные ГА с ХГВИ (n=14) и 2-я группа – больные ГА без ХГВИ (n=18). Изучали и анализировали следующие клиничко-anamnestические данные ГА: количество рецидивов, продолжительность последнего рецидива, степень тяжести ГА и взаимосвязь количества рецидивов и степени тяжести дерматоза. Тяжесть ГА расценивали как легкую при единичных очагах поражения, диаметром не более 5 см; как среднюю степень тяжести – при очагах более 5 см в диаметре; тяжелую – при субтотальном или тотальном поражении [2].

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов непараметрического анализа. Для сравнения структуры групп в процентах использовали «ф» критерий Фишера, который предназначен для сопоставления

двух выборок по частоте встречаемости признака. Угловое преобразование Фишера позволяло оценить значимость различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован изучаемый эффект. Накопление, корректировку, систематизацию исходной информации и визуализацию полученных результатов осуществляли в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводили с использованием программы STATISTICA 10.0 (разработчик – StatSoft.Inc).

Результаты и их обсуждение

При анализе количества рецидивов ГА в группах сравнения установлено, что больные с ХГВИ, в сравнении с больными ГА без ХГВИ, в два раза чаще имели в анамнезе 2 и более рецидивов дерматоза – 7 (50%) и 4 (22,2%) больных соответственно. 1 рецидив был у 14 (77,8%) больных 2-й группы и лишь у 7 (50%) – в 1-й группе. Более 3-х рецидивов было у 2 (14,3%) больных 1-й группы и ни у одного из 18 больных 2-й группы (табл. 1).

Таблица 1

Количество рецидивов ГА у больных в группах сравнения

Число рецидивов	1-я группа, n=14		2-я группа, n=18		Всего, n=32		Сравнение групп
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	7	50,0	14	77,8	21	65,6	$\varphi=1,65$, $p=0,04$
2–3	5	35,7	4	22,2	9	28,1	$\varphi=0,84$, $p>0,1$
Более 3-х	2	14,3	–	–	2	6,3	$\varphi=2,18$, $p=0,01$

При анализе продолжительности последнего рецидива статистически значимых различий в группах сравнения не было, но свыше 3-х месяцев заболевание было у 11 (78,6%) больных ГА с ХГВИ и у 13

(72,2%) больных ГА без ХВВИ. Продолжительность последнего рецидива ГА свыше 2-х лет была у 2 (14,3%) больных 1-й группы, в то время как во 2-й группе таких больных было 2 (11,1%) больных (табл. 2).

Таблица 2

Продолжительность последнего рецидива ГА в группах сравнения

Продолжительность	1-я группа, n=14		2-я группа, n=18		Всего, n=32		Сравнение групп
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
<3 мес	3	21,4	5	27,8	8	25	$\varphi=0,41$, $p>0,1$
3–12 мес	7	50	8	44,4	15	46,9	$\varphi=0,31$, $p>0,1$
12–24 мес	2	14,3	3	16,7	5	15,6	$\varphi=0,18$, $p>0,1$
2–5 лет	2	14,3	2	11,1	4	12,5	$\varphi=0,27$, $p=0,04$

При анализе степени тяжести установлено, что тяжелая степень ГА у больных 1-й группы была почти в 3 раза чаще, чем у больных 2-й группы – 2 (14,3%) и 1 (5,5%) больных соответственно. Легкая степень

тяжести ГА, наоборот, чаще была отмечена у лиц 2-й группы, чем в 1-й группе – 14 (77,8%) и 8 (57,1%) больных соответственно (табл.3).

Таблица 3

Степень тяжести ГА в группах сравнения

	1-я группа, n=14		2-я группа, n=18		Всего, n=32		Сравнение групп
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Легкая	8	57,1	14	77,8	22	68,8	$\varphi=1,25, p>0,1$
Средняя	4	28,6	3	16,7	7	21,9	$\varphi=0,8, p>0,1$
Тяжелая	2	14,3	1	5,5	3	9,3	$\varphi=0,84, p>0,1$

Проведен анализ взаимосвязи числа рецидивов и степени тяжести ГА в зависимости от наличия ХВГИ (табл.4). Показано, что более 3 рецидивов было только у больных ГА с ХВГИ, при тяжелой степени дерматоза. Во 2-й группе таких больных не наблюдали. 2-3 рецидива отмечено у 9 (28,1%) больных, в основном, одинаково часто как при легкой степени, так и средней степени ГА, но среди

больных 1-й группы таких больных было в 3 раза больше, по сравнению со 2-й группой – 3 (75%) и 1 (33,3%) больных соответственно. Больные с 2-мя и более рецидивами ГА чаще имели среднее или тяжелое течение дерматоза – 7 (63,6%) больных, при этом у статистически значимого большинства была выявлена ХГВИ – у 5 (71,4%) больных ($\varphi=1,66, p=0,04$).

Таблица 4

Взаимосвязь количества рецидивов и тяжести ГА в группах сравнения

Число рецидивов	Легкая, n=22				Средняя, n=7				Тяжелая, n=3			
	ГА с ХВИ, n=8		ГА без ХВИ, n=14		ГА с ХВИ, n=4		ГА без ХВИ, n=3		ГА с ХВИ, n=2		ГА без ХВИ, n=1	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 (n=21)	6	75	12	85,7	1	25	2	66,7	-	-	-	-
2-3 (n=9)	2	25	2	14,3	3	75	1	33,3	-	-	1	100
Более 3 (n=2)	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-

Таким образом, показано, что ХВГИ влияет на особенности клинических проявлений и течения ГА, что необходимо учитывать при планировании и проведении лечебно-диагностических мероприятий.

Выводы

1. Показано, что у больных ГА с ХГВИ чаще

были тяжелые формы дерматоза, в сравнении с больными ГА без ХГВИ – у 6 (42,9%) и у 4 (22,2%) больных соответственно.

2. Выявлено, что больные ГА с ХГВИ, в сравнении с больными ГА без ХГВИ, чаще имели более 2-х рецидивов – 7 (50%) и 4 (22,2%) больных соответственно.

3. Установлено, что больные ГА с 2-мя и более рецидивами чаще имели среднее или тяжелое течение дерматоза – 7 (63,6%) больных, при этом у большинства из них выявлена ХГВИ – у 5 (71,4%) больных.

4. Полученные данные указывают на необходимость обследования больных ГА на ХГВИ, особенно при среднем и тяжелом течении дерматоза с двумя и более рецидивами в анамнезе.

Список литературы

1. Гаджигорова, А. Г. Клиническая трихология [Текст] / А.Г. Гаджигорова. — М.: Практическая медицина, 2022. — 264 с.
2. Основы трихологии: учебное пособие [Текст] / О.А. Проценко, Т.В. Проценко, А.Н. Провизион [и др.]; под ред. О.А. Проценко. – Донецк, Таркус, 2023. - С. 28-37.
3. Проценко, Т.В. Диффузное выпадение и поредение волос: современный взгляд на проблему и подходы к терапии [Текст] / Т.В. Проценко // Научно-практический журнал «Семейная медицина». – 2020. - №3(19). – С. 2-8. <https://docviewer.yandex.ua>
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. 10-14. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view.id=25905> (дата обращения: 20.04.2023).
5. Spano, F. Alopecia areata. Part 1: pathogenesis, diagnosis, and prognosis [Text] / F. Spano, J.C. Donovan // *Canad. Fam. Phys.* — 2015. — Vol. 61, № 7. — P. 751—755.
6. Strazzulla, L.C., Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis [Text] / L.C. Strazzulla, EHC Wang, L. Avila // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2018. - Vol.78, №1. – P. 1 — 12. doi: 10.1016/j.jaad.2017.04.1141.

Zubarevskaya O.A.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ALOPECIA AREA IN PATIENTS WITH CHRONIC HERPES VIRUS INFECTIONS

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF

Summary

Purpose of the study. To study the impact of chronic herpesvirus infection (CHV) on the clinical picture and course of alopecia areata (AA).

Materials and methods. Anamnestic and clinical data (number of relapses, duration of the last relapse, severity of GA and the relationship between the number of relapses and severity) were analyzed in 32 patients with GA (19 women and 13 men) aged from 7 to 39 years, in two comparison groups: patients with GA with CHVI (n=14) and patients with HA without CHVI (n=18).

Results. It was shown that patients with GA with CHVI more often had severe forms of dermatosis, compared with patients with GA without CHVI - in 42.9% and 22.2% of patients, respectively. Patients with GA with CHVI, in comparison with patients with GA without CHVI, more often had more than 2 relapses - 50% and 22.2% of patients, respectively. Patients with GA with 2 or more relapses more often had moderate or severe dermatosis - 63.6% of patients, while most of them had CHVI - 71.4% of patients.

Conclusions. The data obtained indicate the need to examine patients with GA for CHVI, especially in cases of moderate and severe dermatosis with two or more relapses in history.

Keywords: *alopecia areata, chronic herpes viral infection.*

Авторская справка

Зубаревская О.А.

аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России; +79493130143.

Логунов П.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России

Резюме

Цель работы – изучить структуру ТАД у онкобольных и выявить их клинико-эпидемиологические особенности.

Материал и методы. Под наблюдением находились 102 пациента, в том числе 41 мужчина и 61 женщина в возрасте от 21 года до 81 года. Для достижения цели и задачи исследования пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа – 53 больных ТАД с онкопатологией и 2 группа – 49 больных ТАД без онкопатологии. Анализировали вид дерматоза и гендерно-возрастное их распределение, давность заболевания и распространенность поражения.

Результаты. Показано, что встречаемость ТАД у лиц старше 60 лет у больных с онкопатологией они были почти в 2 раза чаще, чем у лиц без онкопатологии – у 49,1% и 28,6% больных соответственно. Среди всех ТАД у больных с онкопатологией токсикодермии встречались намного чаще, чем у лиц без онкопатологии – у 49,1% и 28,6% больных соответственно. Распространенными ТАД были у 62,3% больных с онкопатологией и лишь у 40,8% больных без онкопатологии. Показаны гендерные особенности отдельных форм ТАД у больных с онкопатологией.

Выводы. Выявленные данные могут быть использованы для оптимизации ведения больных с ТАД.

Ключевые слова: токсикоаллергические дерматозы, онкобольные.

Токсикоаллергические дерматозы (ТАД) – это гетерогенная группа заболеваний кожи, которая включает несколько клинических нозологий: токсикодермии, экземы, крапивницу, ангиит, ведущую роль в развитии которых играет аллергическая реакция немедленного или замедленного типа [1,5]. Формирование токсикоаллергических высыпаний – сложный многокомпонентный процесс, связанные с нарушениями иммунного ответа и выработки медиаторов воспаления (гистамина, нейропептидов, цитокинов) вследствие разнообразных причин, в том числе фоновой соматической патологии [2-5]. Особое значение ТАД имеют у онкологических больных, выступая иногда предвестником онкопатологии или сопровождая ее развитие, иногда затрудняя проведение

специфической терапии. Своевременное выявление и лечение ТАД может повысить эффективность лечение онкопатологии и сохранить качество жизни пациентов.

В связи с этим **целью работы** было изучить структуру ТАД у онкобольных и выявить их клинико-эпидемиологические особенности.

Материал и методы

Под наблюдением в течение 2018-2023 гг. в Республиканском клиническом дерматовенерологическом центре МЗ ДНР находились 102 пациента с ТАД, в том числе 41 мужчина и 61 женщина в возрасте от 21 года до 81 года. Для достижения цели исследования пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа – 53 больных ТАД с онкопатологией и 2 группа – 49

больных ТАД без онкопатологии. Анализировали вид дерматоза и гендерно-возрастное их распределение, давность заболевания и распространенность поражения. Результаты исследования обработаны статистически по стандартным программам с использованием персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

При гендерно-возрастном анализе установлено, что среди всех пациентов преобладали больные старше 50 лет – 60 (58,9%), больше женщин – 61

(59,8%), чем мужчин – 41 (40,2%).

В возрастной группе 21-30 лет было лишь 12 (11,7%) больных, при этом женщин в 4 раза больше, чем мужчин – 10 (16,3%) и 2 (4,8%) соответственно. В возрастной группе 31-40 лет было 9 (8,8%) больных, при этом несколько больше мужчин – 5 (9,8%), чем женщин – 4 (8,2%). В возрастной группе 41-50 лет был 21 (20,6 %) больной, при этом несколько больше мужчин – 10 (24,5%), чем женщин – 11 (18,2%) (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных ТАД по возрасту и полу в группах сравнения

Возраст, лет/группы сравнения	1 группа, n=53			2 группа, n=49			Всего, n=102		
	М абс./% n=16	Ж абс./% n=37	Всего абс./%	М абс./% n=25	Ж абс./% n=24	Всего абс./%	М, абс./% n=41	Ж, абс./% n=61	Всего абс./%
21-30 лет		1/2,7	1/1,9	2/8,0	9/37,5	11/22,4	2/4,8	10/16,3	12/11,7
31-40 лет		3/8,1	3/5,6	4/16,0	2/8,3	6/12,3	4/9,8	5/8,2	9/8,8
41-50 лет	4/25,0	7/18,9	11/20,7	6/24,0	4/16,6	10/20,3	10/24,5	11/18,2	21/20,6
51-60 лет	4/25,0	8/21,6	12/22,8	5/20,0	3/12,5	8/16,4	9/21,9	11/18,1	20/19,6
61-70 лет	4/25,0	10/27,1	14/26,4	7/28,0	4/16,7	11/22,4	11/26,8	14/22,9	25/24,7
71-80 лет	4/25,0	7/18,9	11/20,7	1/4,0	2/8,4	3/6,2	5/12,2	9/14,7	14/13,7
81-90 лет		1/2,7	1/1,9					1/1,6	1/0,9
Всего	16	37	53	25	24	49	41	61	102

При гендерно-возрастном анализ групп сравнения обращало внимание, что в возрастной группе 71-80 лет больных ТАД с онкопатологией было в несколько раз больше, чем больных ТАД без онкопатологии – 11 (20,7%) и 3 (6,2%) соответственно. Аналогичная, но менее выраженная тенденция прослеживалась в возрастной группе 61-70 лет – 14 (26,4%) и 11 (22,4%) больных соответственно и в возрастной группе 51-60 лет – 12 (22,8%) и 8 (16,4%) больных соответственно. В более молодом возрасте преобладали больные ТАД без онкопатологии. Так, в возрастной группе 21-30 лет таких больных было 11 (22,4%), в то время как в 1 группе - лишь 1 (1,9%). В возрастной группе 31-40 лет больных ТАД без онкопатологии было почти в 2 раза больше, чем в 1 группе - 6 (12,3%) и 3 (5,6%) больных соответственно. Известно, что аллергодерматозы у лиц старше 50 лет

встречаются значительно реже, чем в молодом возрасте [1,4,5]. В связи с этим развитием аллергических поражений кожи и ТАД у лиц старше 60 лет диктует необходимость обследования для исключения специфического пролиферативного процесса внутренних органов.

Проведен анализ распределения больных в группах сравнения по нозологическим формам (табл.2). В наших наблюдениях преобладали пациенты с экземой - 44 (43,2%) и токсикодермией 40 (39,2%). Больных с ангиитом было 18 (17,6%). Обращало внимание, что у больных 1 группы токсикодермии в наших наблюдениях было в 1,5 раза больше, чем во 2 группе больных ТАД без онкопатологии – 26 (49,1%) 14 (28,6%) больных соответственно. Экзему наблюдали одинаково часто как в 1 группе, так и во 2 группе – 22 (41,5%) и 22 (44,9%) больных соответственно. Ангиит

почти в 3 раза чаще был во 2 группе, чем в 1 группе – 13 (26,9%) и 5 (9,4%) больных соответственно.

Гендерный анализ распределения больных в группах сравнения показал, что экзема у мужчин и у женщин в обеих группах сравнения встречалась одинаково часто – 8 (50%) и 13 (52%) и 14 (37,8%) и 9 (37,5

%) больных соответственно. Токсикодермия у больных в 1 группе у мужчин встречалась значительно, чаще чем во 2 группе – 7 (43,7%) и 7 (28%). Ангиит в обеих группах сравнения несколько чаще был у женщин, чем у мужчин: 4 (10,8%) и 1 (6,3%) и 8 (33,3%) и 5 (20,0%) больных соответственно.

Таблица 2

Гендерное распределение больных ТАД по нозологическим формам в группах сравнения

Нозология	1 группа, n=53			2 группа, n=49			ВСЕГО абс., % n = 102
	М., абс./% n=16	Ж., абс./% n=37	Всего, абс./% n=53	М., абс., % n=25	Ж., абс./% n=24	Всего, абс., % n = 49	
Экзема, n=44	8/50,0	14/37,8	22/41,5	13/52,0	9/37,5	22/44,9	44/43,2
Ангиит, n=18	1/6,3	4/10,8	5/9,4	5/20,0	8/33,3	13/26,5	18/17,6
Токсидермия, n=40	7/43,7	19/51,4	26/49,1	7/28,0	7/29,2	14/28,6	40/39,2

При анализе данности заболевания отмечено, что в наших исследованиях она была до 3-х месяцев почти у половины пациентов – 53(51,9%). При этом в 1 группе таких больных было больше, чем во 2 – 31 (58,4%) и 22 (44,8%). Давность заболевания более 12 месяцев была у каждого пятого – 22 (21,5%), при этом

во 2 группе таких больных было почти в 2 раза больше, чем в 1 группе – 14 (28,5%) и 8 (15%). Практический у каждого третьего – 19(18,6%) продолжительность болезни была от 3 до 6 месяцев, и в 1 группе таких больных было несколько больше, чем во 2 группе – 11 (20,7%) и 8 (16,3%) больных соответственно (табл.3).

Таблица 3

Давность заболеваний в группах сравнения

Давность	1 группа, n=53 абс./%	2 группа, n=49 абс./ %	Всего, n=102 абс./ %
до 3х месяцев	31/58,4	22/44,8	53/51,9
3-6 месяцев	11/20,7	8/16,3	19/18,6
6-12 месяцев	3/5,6	5/10,2	8/7,8
более 12 месяцев	8/15,0	14/28,5	22/21,5

При анализе распространенности поражения по индексу BSA выявлены различия в зависимости от вида дерматоза (табл.4). Распространенным (индекс BSA более 20%) дерматоз был у 53 (52%) больных, с умеренной площадью поражения (индекс BSA

11 - 20%) – 49 (48%). Примечательно, что в наших наблюдениях ни при одном ТАД не было ни одного пациента с ограниченным поражением (индекс BSA до 10). Наиболее часто распространенным процесс был при токсикодермии - 31 (30,3%) больных, при этом

в 1 группе таких больных было в 4 раза больше, чем во 2 группе – 24 (45,2%) и 7 (14,2%). При ангиите таких больных было 14 (13,7%), при этом больше во 2 группе, чем в 1 группе – 9 (18,3%) и 5 (9,4%). При экземе распространённым процесс был лишь у 8 (7,8%),

практически одинаково часто как в 1 группе, так и во 2 группе – 4 (7,5%) и 4 (8,1%) больных соответственно. Индекс BSA 11-20% был у 36 (35,2%) больных с экземой и лишь у 9 (8,8%) больных с токсидермией и у 4 (3,9%) больных с ангиитом.

Таблица 4

Распространенность поражения у больных в группах сравнения

Нозология	BSA	1 группа абс., %	2 группа абс., %	Всего абс., %
Экзема n=44	0–10			
	11–20	18/33,9	18/36,7	36/35,2
	21+	4/7,5	4/8,1	8/7,8
Ангиит n=18	0–10			
	11–20		4/8,1	4/3,9
	21+	5/9,4	9/18,3	14/13,7
Токсидермия n=40	0–10			
	11–20	2/3,7	7/14,2	9/8,8
	21+	24/45,2	7/14,2	31/30,3
Всего		53	49	102

Таким образом, показаны клинико-эпидемиологические особенности ТАД у больных с онкопатологией, что может быть использовано при оказании лечебно-диагностической помощи больным.

Выводы

1. Показано, что при встречаемости ТАД у лиц старше 60 лет – 40 (39,2%), у больных с онкопатологией они были почти в 2 раза чаще, чем у лиц без онкопатологии – 26 (49,1%) и 14 (28,6%) больных соответственно.

2. Выявлено, что при ТАД у больных с онкопатологией токсикодермии встречались намного чаще, чем у лиц без онкопатологии – у 26 (49,1%) и 14 (28,6%) больных соответственно.

3. Распространенными ТАД были у 53 (62,3%) больных с онкопатологией и лишь у 20 (40,8%) больных без онкопатологии.

4. Отмечены гендерные особенности отдельных форм ТАД у больных с онкопатологией.

5. Выявленные данные могут быть использованы для оптимизации ведения больных с ТАД.

Список литературы

1. Аллергические заболевания кожи — проблема номер один у медработников «красной» COVID-зоны [Текст] / И. Ю. Голоусенко [и др.] // Медицинский оппонент. – 2021. – № 1 (13). – С. 11-16.
2. Веселова, Л.В. Комплексный подход к диагностике и лечению аллергодерматозов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 10.00.11, 11.00.46 / Веселова Людмила Валерьевна; Российский государственный медицинский университет. – Москва, 2018. – 25 с.
3. Мавлянова, Ш.З. Современные методы диагностики аллергических заболеваний кожи [Текст] / Ш. З. Мавлянова, Ж. Б. Муллаханов, А. И. Исмагилов // *Juvenis Scientia*. – 2020. – Вып.6, № 3. – С. 28-34.
4. Экзема: клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов». – Москва, 2021. – 29 с. – Режим доступа: http://disuria.ru/_ld/11/1109_kr21L30MZ.pdf, свободный.
5. Mavlyanova, Sh. Z. Allergodermozlar [Text]: monografiya / Sh. Z. Mavlyanova. – Toshkent, 2017. – 182 p.

Logunov P.V.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TOXICALLERGIC DERMATOSES IN CANCER PATIENTS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF*

Summary

The purpose of the work is to study the structure of TAD in cancer patients and identify their clinical and epidemiological features.

Material and methods. 102 patients were observed, including 41 men and 61 women aged from 21 to 81 years. To achieve the goal and objectives of the study, patients were divided into 2 groups. Group 1 – 53 TAD patients with oncopathology and Group 2 – 49 TAD patients without oncopathology. The type of dermatosis and their gender-age distribution, duration of the disease and prevalence of the lesion were analyzed.

Results. It was shown that the occurrence of TAD in people over 60 years of age in patients with cancer pathology was almost 2 times more common, than in people without cancer pathology - in 49.1% and 28.6% of patients, respectively. Among all TADs, toxicoderma occurred much more often in patients with oncopathology, than in persons without oncopathology – in 49.1% and 28.6% of patients, respectively. Common TADs were in 62.3% of patients with oncological pathology and only in 40.8% of patients without oncological pathology. The gender characteristics of certain forms of TAD in patients with cancer pathology are shown.

Conclusions. The identified data can be used to optimize the management of patients with TAD.

Keywords: *toxicoallergic dermatoses, cancer patients.*

Авторская справка

Логунов П.В.

аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России; тел.: +794913615399.

Милус И.Е.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТОТИПАМИ

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России,
Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР*

Резюме

Цель исследования. Изучить взаимосвязь выраженности клинических проявлений и частоты рецидивов атопического дерматита (АД) с конституциональными особенностями пациента.

Материал и методы. Наблюдали 145 больных АД в возрасте от 18 до 46 лет, обратившихся в Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР в течение 2021-2023 гг. Тяжесть клинических симптомов АД оценивали по индексу SCORAD, характер течения – по числу рецидивов в год, определяли доминирующий провоцирующий фактор (пищевой, стресс). Конституциональный тип пациента определяли по методу Б.Х. Хита и Д.Л. Картера с выделением следующих соматотипов: эндоморфия, мезоморфия, эктоморфия и неопределенного.

Результаты. Показано, что эритемато-сквамозная форма АД была у 44,4% больных с мезоморфным соматотипом, при эндоморфном и эктоморфном соматотипах – у 11,4% и 11,5% и ни у одного из 22 больных с неопределенным соматотипом. Эритемато-сквамозная форма с лихенификацией была у 68,9% больных с эктоморфным соматотипом, у 55,6% – с мезоморфным, у 59,1% – при неопределенном, у 48,6% – при эндоморфном. Лихеноидная форма АД не отмечена ни у одного из 27 больных с мезоморфным соматотипом, чаще была при неопределенном и эндоморфном соматотипе – у 40,9% и 40% больных, при эктоморфном – у 19,6%. Более тяжелыми клинические проявления АД были у больных с неопределенным соматотипом (индекс SCORAD $48,5 \pm 3,8$ балла), 54,5% больных с неопределенным соматотипом имели индекс SCORAD более 50 баллов. Более легкими клинические проявления АД были при мезоморфном соматотипе (индекс SCORAD $21,6 \pm 3,2$ балла), 51,9% больных с мезоморфным соматотипом имели индекс SCORAD до 30 баллов. Непрерывно рецидивирующим течение АД было у 40,9% больных при неопределенном соматотипе и лишь у 8,6% – при эндоморфном соматотипе. Пищевой фактор был триггером у 74,3% больных при эндоморфном соматотипе, у 70,4% – при мезоморфном соматотипе. Стресс инициировал обострение у 72,76% больных при неопределенном соматотипе, у 70,5% при эктоморфном, у 29,6% больных при мезоморфном и лишь у 5,7% больных при эндоморфном соматотипе.

Выводы. Проведенный анализ показал различия выраженности клинических проявлений и особенностей течения АД при различных соматотипах, что необходимо учитывать при планировании лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: атопический дерматит, соматотипы, клиника, течение.

Контроль течения генетически детерминированного дерматоза – атопического дерматита (АД) является актуальной проблемой в дерматологии из-за его распространенности, многофакторности

обострений, рецидивирующего течения с риском развития «атопического марша» и инвалидизирующих форм заболевания [1,3,4]. Повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у таких больных может способствовать персонализация их ведения с учетом генетически детерминированного соматотипа пациента [2,5,6].

Целью исследования было изучить взаимосвязь выраженности клинических проявлений и частоты рецидивов АД с конституциональными особенностями пациента.

Материалы и методы

Под наблюдением было 145 больных АД в возрасте от 18 до 46 лет, обратившихся в Республиканский клинический дерматовенерологический центр (РКДВЦ) МЗ ДНР в течение 2021-2023 гг. Тяжесть клинических симптомов АД оценивали по индексу SCORAD, где до 30 баллов дерматоз расценивали как легкий, от 30 до 50 баллов - как среднетяжелый, выше 50 баллов – как тяжелый [1,4]. Выясняли характер течения АД по числу рецидивов в год (1 раз в 2-3 года и реже; ежегодные, 2 и более рецидивов в год, непрерывно рецидивирующее течение), доминирующий провоцирующий фактор (пищевой, стресс). Конституциональный тип пациента определяли по методу Б.Х. Хита и Д.Л. Картера с выделением 3-х основных соматотипов: эндоморфия, мезоморфия и эктоморфия. В тех случаях, когда разница между максимальным и минимальным значениями баллов не превышала 0,5, пациента относили к неопределен-

ному соматотипу [6,7]. Полученные данные обрабатывали статистически с использованием персонального компьютера.

Результаты и обсуждение

При анализе клинических форм АД отмечено, что в наших наблюдениях преобладали пациенты с эритемато-сквамозной формой с лихенификацией – 87 (60%) больных, с лихеноидной формой было 35 (24,1%) больных, с эритемато-сквамозной – 23 (15,9%) больных. Легкая степень выраженности симптомов дерматоза (SCORAD до 30 баллов) была у 50 (34,5%) больных, средней степени выраженности (SCORAD от 30 до 50 баллов) – у 47 (32,4%), тяжелая степень выраженности (SCORAD более 50 баллов) – у 48 (33,1%) больных. Непрерывно рецидивирующим течение АД было у 30 (20,7%) больных, 2 и более рецидивов в год было у 39 (26,9%) больных, ежегодные рецидивы – у 33 (22,7%), редкие, 1 раз в 2-3 года – 43 (29,7%). Стресс как доминирующий провоцирующий фактор был у 69 (47,6%) больных, пищевой фактор – у 85 (58,6%). При определении конституциональных особенностей отмечено, что в наших наблюдениях было больше больных АД с эктоморфным соматотипом – 61 (42,1%) больных, несколько меньше с эндоморфным – 35 (24,1%), с мезоморфным соматотипом – 27 (18,6%), с неопределенным – 22 (15,2%).

Особый интерес представил сравнительный анализ клиники и течения АД при различных соматотипах (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от клинических форм АД и соматотипа

Соматотип/ Клиническая форма АД	Эритемато-сквамозная, число больных, абс./%	Эритемато-сквамозная с лихенификацией, число больных, абс./%	Лихеноидная, число больных, абс./%
Эндоморфный, n=35	4/11,4	17/48,6	14/40,0
Мезоморфный, n=27	12/44,4	15/55,6	-
Эктоморфный, n=61	7/11,5	42/68,9%	12/19,6
Неопределенный, n=22	-	13/59,1	9/40,9

Так, эритемато-сквамозная форма АД была, в основном, у больных с мезоморфным соматотипом – у 12 (44,4%), одинаково часто при эндоморфном и эктоморфном соматотипах – у 4 (11,4%) и 7 (11,5%) больных соответственно и не отмечена ни у одного из 22 больных с неопределенным соматотипом.

Эритемато-сквамозная форма с лихенификацией преобладала при всех соматотипах, была у большинства больных с эктоморфным соматотипом – у 42 (68,9%) и с мезоморфным соматотипом – у 15 (55,6%),

при неопределенном соматотипе - у 13 (59,1%), при эндоморфном соматотипе - 17 (48,6%).

Лихеноидная форма АД не отмечена ни у одного из 27 больных с мезоморфным соматотипом, чаще была при неопределенном и эндоморфном соматотипе – у 9 (40,9%) и 14 (40%) больных соответственно, реже при эктоморфном соматотипе – у 12 (19,6%).

Степень выраженности симптомов АД также отличалась при различных соматотипах (табл.2).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от индекса SCORAD и соматотипа, число больных, абс./%

Соматотип / индекс SCORAD, баллы	Среднее значение балла, $M \pm m$	До 30, n=50	30-50, n=50	Более 50, n=50
Эндоморфный, n=35	36,1 \pm 2,3	20/57,2	11/31,4	4/11,4
Мезоморфный, n=27	21,6 \pm 3,2	14/51,9	10/37,0	3/11,1
Эктоморфный, n=61	41,4 \pm 2,2	14/23,0	18/29,5	29/47,5
Неопределенный, n=22	48,5 \pm 3,8	2/9,1	8/36,4	12/54,5
Всего		50/34,5	47/32,4	48/33,1

В наших наблюдениях, в целом, больных с легкими проявлениями АД (индекс SCORAD до 30 баллов), среднетяжелыми (индекс SCORAD 30 - 50 баллов) и тяжелыми (индекс SCORAD более 50 баллов) было примерно одинаковое количество – 50 (34,5%), 47 (32,4%) и 48 (33,1%), однако распределение их в зависимости от соматотипа существенно отличалось. Так, более тяжелыми клинические проявления АД были у больных с неопределенным соматотипом (индекс SCORAD 48,5 \pm 3,8 балла), и каждый второй боль-

ной с неопределенным соматотипом – 12 (54,5%) имел индекс SCORAD более 50 баллов. Наиболее легкими клинические проявления АД были при мезоморфном соматотипе (индекс SCORAD 21,6 \pm 3,2 балла), и каждый второй больной с мезоморфным соматотипом – 14 (51,9%) имел индекс SCORAD до 30 баллов.

Аналогичная тенденция отмечена и при анализе особенностей течения АД в зависимости от соматотипа (табл. 3)

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от числа рецидивов и соматотипа, число больных, абс./%

Соматотип / число рецидивов /год	Непрерывно рецидивирующее течение	2 и более	ежегодные	1 раз в 2-3 года
Эндоморфный, n=35	3/8,6	4/11,4	11/31,4	17/48,6
Мезоморфный, n=27	1/3,7	9/33,3	6/22,3	11/40,7
Эктоморфный, n=61	17/27,9	18/29,5	14/23,0	12/19,6
Неопределенный, n=22	9/40,9	8/36,4	2/9,1	3/13,6
Всего	30/20,7	39/26,9	33/22,7	43/29,7

Непрерывно рецидивирующим течением АД было у каждого пятого больного в наших наблюдениях – у 30 (20,7%) больных, но при этом у каждого второго при неопределенном соматотипе – у 9 (40,9%) больных и лишь у 3 (8,6%) больных при эндоморфном соматотипе и у 1 (3,7%) больных при мезоморф-

ном соматотипе. Редкие обострения (1 раз в 2-3 года) были у каждого второго больного АД при эндоморфном соматотипе и лишь у 3 (13,6%) – при неопределенном соматотипе.

Выявлены отличия в причинных факторах обострений при различных соматотипах (табл.4).

Таблица 4

Зависимость рецидивов АД от причинных факторов при различных соматотипах, число больных, абс./%

Соматотип / причинный фактор	Пищевой фактор	Стресс
Эндоморфный, n=35	26/74,3	2/5,7
Мезоморфный, n=27	19/70,4	8/29,6
Эктоморфный, n=61	32/52,4	43/70,5
Неопределенный, n=22	8/36,4	16/72,7
Всего	85/58,6	69/47,6

Пищевой фактор был триггером у большинства больных АД – у 85 (58,6%), при этом намного чаще при эндоморфном и мезоморфном соматотипах – у 26 (74,3%) и 19 (70,4%) пациентов, в меньшей степени при неопределенном соматотипе – у 8 (36,4%) больных. Стресс инициировал обострение у 69 (47,6%) больных, намного чаще при неопределенном соматотипе – у 16 (72,7%) и эктоморфном соматотипе – у 43 (70,5%) больных, чем при мезоморфном – у 8 (29,6%)

больных и лишь у 2 (5,7%) больных – при эндоморфном соматотипе. Обращал внимание факт, что генетически детерминированная лактозная непереносимость (ЛН С/С и ЛН С/Т) была выявлена у 58 (41,4%), намного чаще при эндоморфном соматотипе – у 22 (62,9%) больных, несколько реже при мезоморфном соматотипе – у 14 (51,9%) больных, достаточно часто при неопределенном и эктоморфном соматотипе – у 8 (36,4%) и 16 (26,2%) больных соответственно.

Таким образом, проведенный анализ показал различия выраженности клинических проявлений и особенностей течения АД при различных соматоти-

пах, что необходимо учитывать при планировании лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Список литературы

1. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. - М., 2017. - 42 с. - (<http://www.cnikvi.ru/docs>).
2. Лузгина, Н.Г. Роль соматотипа и дисплазии соединительной ткани в детерминации вариантов клинического течения атопического дерматита [Текст]: автореф. дис. к.мед.н.: 14.00.15. - Новосибирск, 2002. - 17 с.
3. Метод лечения больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний [Текст]: методические рекомендации / О.А. Проценко, Е.В. Киосева, Ал.С. Горбенко. - Донецк, 2021. - 36 с.
4. Проценко, Т.В. Возможности контроля течения атопического дерматита [Текст] / Т.В. Проценко, С.А. Боряк // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». - 2019. - №2 (24). - С.42-45.
5. Свечникова, Н.Н. Клинические особенности атопического дерматита у больных с различными соматотипами [Текст] // Н.Н. Свечникова [и др.] // Вестник последипломного медицинского образования. - 2001. - №3. - С.46-49.
6. Свечникова, Н.Н. Ассоциированность вариантов течения атопического дерматита с соматотипами, дисплазией соединительной ткани, морфо-функциональными особенностями слизистой оболочки желудка и дистальных отделов толстой кишки [Текст]: автореф. дис. д-ра мед.н.: 14.00.11. - М., 2004. - 41 с.
7. Хит, Б.Х. Современные методы соматотипологии [Текст] // Б.Х. Хит, Д.Л. Катер // Вопр. антропол. - 1969. - №33. - С.60-79.

Milus I.E.

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ADOPIC DERMATITIS IN PATIENTS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF,
Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR*

Summary

Study aim. To study the relationship between the severity of clinical manifestations and the frequency of relapses of atopic dermatitis (AD) with the constitutional characteristics of the patient.

Material and methods. We observed 145 patients with AD aged from 18 to 46 years who applied to the Republican Clinical Dermatovenerological Center of the Ministry of Health of the DPR during 2021-2023. The severity of clinical symptoms of AD was assessed using the SCORAD index, the nature of the course was assessed by the number of relapses per year, and the dominant provoking factor (food, stress) was determined. The constitutional type of the patient was determined according to the method of B.Kh. Heath and D.L. Carter, highlighting the following somatotypes: endomorphy, mesomorphy, ectomorphy and indeterminate.

Results. It was shown that the erythematous squamous form of AD was present in 44.4% of patients with a mesomorphic somatotype, with endomorphic and ectomorphic somatotypes - in 11.4% and 11.5%, and in none of the 22 patients with an uncertain somatotype. The erythematous squamous form with lichenification was present in 68.9% of patients with an ectomorphic somatotype, in 55.6% with a mesomorphic one, in 59.1% with an indeterminate

somatotype, and in 48.6% with an endomorphic somatotype. The lichenoid form of AD was not observed in any of the 27 patients with a mesomorphic somatotype; it was more common with an indeterminate and endomorphic somatotype - in 40.9% and 40% of patients, with an ectomorphic somatotype - in 19.6%. The clinical manifestations of AD were more severe in patients with an uncertain somatotype (SCORAD index 48.5 ± 3.8 points); 54.5% of patients with an uncertain somatotype had a SCORAD index of more than 50 points. The clinical manifestations of AD were milder in those with a mesomorphic somatotype (SCORAD index 21.6 ± 3.2 points); 51.9% of patients with a mesomorphic somatotype had a SCORAD index of up to 30 points. Continuously relapsing course of AD was observed in 40.9% of patients

with an uncertain somatotype and only in 8.6% with an endomorphic somatotype. The food factor was a trigger in 74.3% of patients with an endomorphic somatotype, and in 70.4% with a mesomorphic somatotype. Stress initiated an exacerbation in 72.76% of patients with an undefined somatotype, in 70.5% with an ectomorphic one, in 29.6% of patients with a mesomorphic somatotype, and only in 5.7% of patients with an endomorphic somatotype.

Conclusions. The analysis showed differences in the severity of clinical manifestations and features of the course of blood pressure in different somatotypes, which must be taken into account when planning treatment, rehabilitation and preventive measures.

Keywords: *atopic dermatitis, somatotypes, clinical picture, course.*

Авторская справка

Милус И.Е.

к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, главный врач Республиканского клинического дерматовенерологического центра МЗ ДНР, тел. +794913040589.

Проценко Т.В., Коктышев И.В., Провизион А.Н.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ КЕРАТОЗОМ

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России*

Резюме

Цель. Определить риск развития соматической патологии при себорейном кератозе (СБК) на основании выявления клинико-патогенетических особенностей дерматоза у больных с онкопатологией кишечника, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и метаболическими нарушениями (МН).

Материалы и методы. Под наблюдением было 388 больных СБК в возрасте от 26 до 86 лет, разделенных на 4 группы сравнения: 1 группа – 143 больных СБК с дерматологической патологией; 2 группа – 45 больных СБК с ХОБЛ; 3 группа – 40 больных СБК с онкопатологией кишечника; 4 группа – 160 больных СБК без ХОБЛ, дерматологической и онкопатологии. Изучены возраст дебюта и особенности течения СБК в группах сравнения, количество пораженных анатомических зон и число СБК; клинический тип и дерматоскопические особенности СБК, ассоциации полиморфных вариантов генов TGFβ1 и EGFR и метаболические нарушения по результатам исследования глюкозы натощак, инсулина и индекса инсулинорезистентности. По результатам клинических, лабораторных и генетических исследований сформирована база данных и статистическая матрица для последующего построения логистической модели прогнозирования индивидуального течения СБК и риска развития соматической патологии.

Результаты. Выявлено, что у 35 (87,5%) больных СБК с онкопатологией кишечника было поражено 5 и более анатомических зон с преимущественной локализацией в области живота, спины, боковых поверхностей туловища – у 39 (97,5%). У 28 (70%) из них были множественные СБК, средних и крупных размеров, преимущественно гиперкератотического типа; у 29 (62,2%) больных было толчкообразное появление очагов, которое в среднем за 2,1 года предшествовало выявлению онкопатологии кишечника. У 32 (71,1%) больных СБК с ХОБЛ было поражено 5 и более анатомических регионов, с преимущественной локализацией в области головы/шеи и груди – у 44 (97,8%). У 29 (64,4%) из них были множественные СБК, средних и крупных размеров с преобладанием гиперкератотического типа. У 186 (47,9%) больных выявлены МН, чаще у женщин – 119 (64%), чем у мужчин – 67 (36%). У 183 (98,4%) из них преобладающая локализация – кожа живота, очаги СБК средних и крупных размеров, папулезного и гиперкератотического типа. Генотип Arg/Arg гена TGFB1 выявлен у 56 (88,9%) с множественными СБК, при этом увеличение генотипа Arg/Arg в 1,4 раза повышало риск развития СБК в 3,5 раза (ОШ=3,51; 95% ДИ 1,283-9,574). Генетический риск развития СБК был ассоциирован с Т-аллельным полиморфизмом rs2227984 гена EGFR и сопровождался увеличением частоты генотипа Т/Т и частоты Т-аллели. С помощью метода бинарной логистической регрессии на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных признаков разработана математическая модель риска развития соматической патологии у больных СБК, чувствительность модели 74,2%; специфичность 83,1%; прогностическая ценность положительного результата – 67,6%.

Вывод. Выявлены клинические особенности СБК в зависимости от соматических заболеваний. Разработанная с помощью бинарной логистической регрессии математическая модель может быть использована для индивидуального прогноза риска развития соматической патологии у больных СБК. и своевременной коррекции лечебно-диагностической тактики.

Себорейный кератоз (СБК), обусловленный гиперпролиферацией кератиноцитов, индуцированной в большинстве случаев вирусом папилломы человека, является достаточно распространенным доброкачественным новообразованием кожи в пожилом и старческом возрасте, но может встречаться и у молодых лиц [3,6-10]. И врачами, и пациентами СБК воспринимается с двух позиций: онконастороженность в отношении самого образования, и при исключении онкопроцесса – лишь как эстетическая проблема. Это приводит к «наполняемости» частных дерматологических и косметологических центров с последующей эксцизией СБК различными методами. Подобная тактика у части пациентов приводит к дальнейшему появлению множества очагов СБК или росту уже имеющихся. Проанализировав свой, более чем 20-летний опыт, обратили внимание на то, что при множественных очагах СБК даже при рутинном клинико-лабораторном обследовании у части пациентов выявлялась та или иная «немая» соматическая патология, у некоторых больных, особенно женщин в перименопаузальном возрасте – эндокринологическая патология и/или метаболические нарушения. Это послужило предположением о взаимосвязи СБК с определенной патологией.

В связи с этим была сформулирована **цель исследования** – определить риск развития соматической патологии при СБК на основании выявления клинико-патогенетических особенностей дерматоза у больных с онкопатологией кишечника, хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и метаболическими нарушениями (МН).

Материал и методы

Под наблюдением были 388 больных СБК в возрасте от 21 года до 78 лет, в том числе 215 женщин и 173 мужчины, обратившихся за медицинской помощью в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (РКДВД) МЗ ДНР в период 2015-2022 гг. С учетом цели исследования пациенты были разделены на 4 группы сравнения: 1 группа – 143 больных СБК с дерматологической патологией; 2 группа – 45 больных СБК с ХОБЛ; 3 группа – 40 больных СБК с онкопатологией кишечника; 4 группа – 160 больных СБК без ХОБЛ, дерматологической и онкопатологии. Изучены клинические признаки СБК: возраст дебюта и особенности течения СБК в группах сравнения, количество пораженных анатомических зонах и число СБК; клинический тип и особенности

СБК. Исследованы ассоциации полиморфных вариантов генов (гена трансформирующего фактора роста $\beta 1$ - TGF $\beta 1$ и гена рецептора эпидермального фактора роста - EGFR) с обнаружением 3 возможных вариантов генотипов rs1800471 (гомозиготы по предковой - Arg/Arg и минорной аллели - Pro/Pro и гетерозигота Arg/Pro) [1]. Метаболические нарушения (МН) определяли по результатам нарушения гликемии натощак (НГН), нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), выявлению сахарного диабета (СД) 1 или 2 типа [1]. По результатам клинических, лабораторных и генетических исследований была сформирована база данных и статистическая матрица для последующего построения логистической модели прогнозирования риска развития соматической патологии. Далее при помощи многофакторного бинарного логистического регрессионного анализа с пошаговым включением независимых переменных вычисляли вероятность (P) отнесения пациента к одной из двух категорий (1-я – соматическая патология разовьется и 2-я – соматическая патология не разовьется) по формуле:

$$p = \frac{1}{1 - e^{-z}}, \quad (1)$$

где e – экспонента, равная 2,718;

$Z = \text{Const.}a_0 + b_1 \times X_1 + b_2 \times X_2 + \dots + b_n \times X_n$;

X_1 – значения независимых переменных (факторов риска);

Const.a. и b. – коэффициенты уравнения регрессии, расчёт которых и являлся задачей бинарной логистической регрессии [2,4,5].

Дискриминирующую способность математической модели оценивали по анализу таблицы классификаций, прогностической эффективности модели – при помощи анализа ROC-кривых, с вычислением показателя площади под ROC-кривой [2,5]. Рассчитывали достигнутый уровень статистической значимости (p) и число степеней свободы (df) [4]. В исходную обучающую матрицу случайным способом были отобраны 70% больных СБК, в тестируемую и контрольную матрицы – по 15% больных. Исходная матрица включала 15 признаков, которые могли повлиять на риск развития соматической патологии у больных СБК. В последующем было отобрано 5 независимых друг от друга признака, полученных анамнестическим и клиническим методами (пол, возраст дебюта СБК, наличие и вид МН, генотип гена TGF $\beta 1$ - Arg/Arg, Arg/Pro и гена EGFR - T/T, A/A, A/T) (табл.1).

Признаки, включенные в исходную матрицу для создания прогностической регрессионной модели

Независимый признак	Код признака	Градация признака	Код градации признака	Число наблюдений (абс.)
Пол (X1)	X1	Мужской	1	43
		Женский	2	53
Возраст дебюта СБК (X2)	X2	После 50 лет	1	48
		До 50 лет	2	48
Метаболические нарушения (МН)	X3	Нет МН	0	52
		НТГ	1	7
		НГН	2	9
		НТГ/НГН	3	6
		ИР	4	10
		СД 2 типа	5	8
		СД 1 типа	6	4
Генотип гена TGFβ1 (X4)	X4	Arg/Arg	1	81
		Arg/Pro	2	15
Генотип гена EGFR(X5)	X5	T/T	1	40
		A/T	2	41
		A/A	3	16

Математическую адекватность полученных моделей оценивали по величине критерия χ^2 . Во всех случаях рассчитывали достигнутый уровень значимости (p), при этом критический уровень принимался равным 0,05.

Статистический анализ и математическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel – 2016, STATISTICA 10.0 (разработчик – StatSoft.Inc).

Результаты и их обсуждение

При изучении клинических особенностей СБК выявлено, что у 35 (87,5%) больных с онкопатологией кишечника было поражено 5 и более анатомических зон с преимущественной локализацией в области живота, спины, боковых поверхностей туловища – у 39 (97,5%). У 28 (70%) из них были множественные СБК, средних и крупных размеров, в основном, гиперкератотического типа. У 29 (62,2%) больных было толчкообразное появление СБК, которое в среднем за 2,1 года предшествовало выявлению онкопатологии кишечника.

У 32 (71,1%) больных СБК с ХОБЛ было поражено 5 и более анатомических регионов, преимущественно область головы/шеи и груди – у 44 (97,8%). У 29 (64,4%) из них были множественные СБК, средних и крупных размеров, с преобладанием гиперкератотического типа.

У 186 (47,9%) больных выявлены МН, чаще у женщин – 119 (64%), чем у мужчин – 67 (36%). У 183 (98,4%) из них преобладающая локализация – кожа живота, очаги СБК средних и крупных размеров, папулезного и гиперкератотического типа.

Генотип Arg/Arg гена TGFβ1 выявлен у 56 (88,9%) с множественными СБК, при этом увеличение генотипа Arg/Arg в 1,4 раза повышало риск развития СБК в 3,5 раза (ОШ=3,51; 95% ДИ 1,283-9,574).

Генетический риск развития СБК был ассоциирован с T-аллельным полиморфизмом rs2227984 гена EGFR и сопровождался увеличением частоты генотипа T/T и частоты T-аллели.

По итогам расчетов нескольких вариантов моделей в окончательную прогностическую модель би-

нарной логистической регрессии было включено 5 независимых признаков – факторов риска развития соматической патологии у больных СбК: пол паци-

ента (X1), возраст дебюта СбК (X2), МН (X3), генотип гена TGFβ1 (X4), генотип гена EGFR(X5) (табл. 2).

Таблица 2

Результаты бинарного логистического регрессионного анализа (χ²=7,2; df=4; p=0,003)

Независимый признак	Оценка коэффициента	Стандартная ошибка	χ² Вальда	p-уровень значимости
Константа (Const.a0)	- 1,51			
Пол пациента (X1)	b1 =0,93	0,05	3,16	0,08
Возраст дебюта СбК (X2)	b2 =1,18	0,51	5,35	0,02
МН (X3)	b3 =0,27	0,03	0,92	0,03
Генотип гена TGFβ1 (X4)	b4 = -1,11	0,06	3,04	0,04
Генотип гена EGFR(X5)	b5 = - 0,74	0,03	4,96	0,03

Проведенными исследованиями было показано, что коэффициенты логистического регрессионного уравнения всех 5 отобранных признаков, включенных в модель и в целом модель статистиче-

ски значимы. Графический анализ подтвердил статистическую адекватность разработанной прогностической модели, поскольку в ней было согласование остатков с полунормальным распределением (рис. 1).

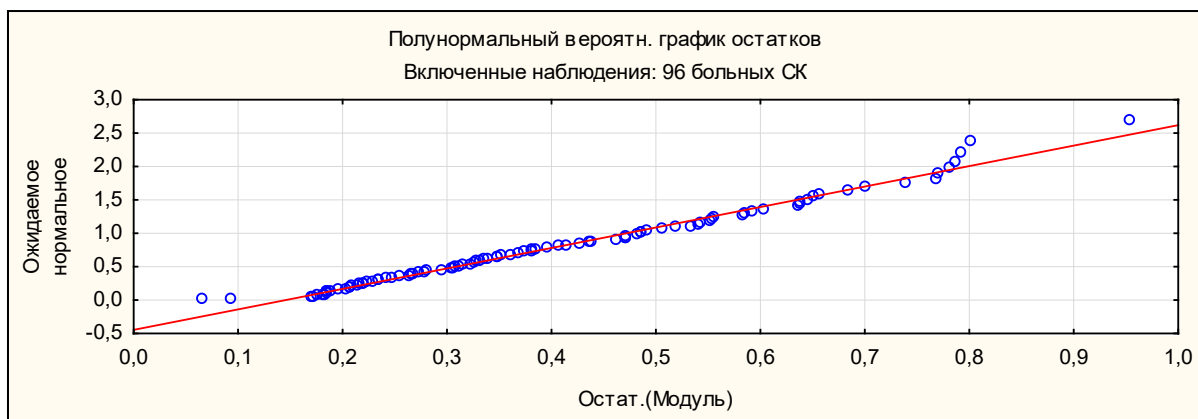


Рисунок. Полунормальный вероятный график остатков.

Отмечено, что на риск развития соматической патологии у больных СбК наибольшее влияние имеют 2 признака – «возраст дебюта СбК» и «генотип гена

TGFβ1». В окончательном виде уравнение бинарной логистической регрессии выглядело следующим образом:

$$p = \frac{1}{1 - 2,718^{-1,51+0,93X_1+1,18X_2+0,27X_3-1,11X_4-0,741X_5}} \quad (2)$$

Таким образом, с помощью метода бинарной логистической регрессии на основании клинических и лабораторных признаков разработана математическая модель риска развития соматической патологии у больных СБК, чувствительность модели 74,2%; специфичность 83,1%; прогностическая ценность положительного результата – 67,6%.

Применение данной прогностической модели в дерматологической практике можно продемонстрировать на следующих клинических примерах.

Клинический пример №1. Пациент Н., 55 лет. Обратился в РКДВД с жалобами на многочисленные очаги СБК, рецидивирующие после прижигания чистотелом. При анализе анамнеза, осмотра и обследования выявлены следующие факторы риска: пол – мужской, возраст дебюта СБК – 54 года, МН – отсутствуют, генотип гена TGFβ1 – Arg/Pro, генотип гена EGFR – A/A. Преобразуем эти данные в код признака и получаем: X1=1, X2=1, X3=0, X4=2, X5=3. Подставив полученные значения факторов риска в уравнение (2), получаем следующий результат: Z=-0,66. Следовательно, вероятность развития соматической патологии у данного больного чрезвычайно низкая и равна p=0,02 (2%). То есть, ожидать развитие соматической патологии не следует. Следует выбрать адекватный метод деструкции (крио-, лазеро- или радиоволновое) на фоне иммунокорригирующей терапии.

Клинический пример №2. Пациентка К., 49 лет. Обратилась в РКДВД с жалобами на длительно

существующие и постоянно появляющиеся СБК. Имеет следующие факторы риска, пол – женский, возраст появления СК – 39 лет, СД 1-го типа, генотип гена TGFβ1 – Arg/Arg, генотип гена EGFR – T/T. Преобразуем эти данные в код признака и получаем: X1= 2, X2=1, X3=6, X4=1, X5 =1. Подставив полученные значения факторов риска в уравнение (2), получаем следующий результат: Z = 2,49. Следовательно, вероятность развития соматической патологии чрезвычайно высока и равна (p = 0,92) (92%). В данном случае не нужно спешить с удалением СБК, провести анализ анамнеза, медицинской документации, предшествующих анализов, при необходимости – провести дообследование. У данной больной в последующем был установлен метаболический синдром, преждевременный климакс, полип шейки матки.

Таким образом, полученная с помощью бинарной логистической регрессии математическая модель является клинически адекватной и работоспособной для индивидуального прогноза риска развития соматической патологии у больных СБК.

Выводы

1. Выявлены клинические особенности СБК в зависимости от соматических заболеваний.

2. Разработанная с помощью бинарной логистической регрессии математическая модель может быть использована для индивидуального прогноза риска развития соматической патологии у больных СБК и своевременной коррекции лечебно-диагностической тактики.

Список литературы

1. Клиническая лабораторная диагностика (методы и трактовка лабораторных исследований) [Текст]: монография / В.С. Камышников [и др.]. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ., 2017. – 720 с.
2. Ланг, Т. А. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов [Текст] / Т. А. Ланг, М. Сесик; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. – М.: Практическая медицина, 2011. – 480 с.
3. Лебедева, Ю. В. Клиническая оценка распространенности себорейного кератоза кожи лица и шеи среди онкологических больных [Текст] / Ю. В. Лебедева, А. Б. Давыдов // *Стоматология*. – 2009. – № 5. – Р. 45–48.
4. Петри, А. Наглядная медицинская статистика [Текст] / А. Петри, К. Ээбин; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. – 168 с.
5. Плавинский, С. Л. Биостатистика: планирование, обработка и представление результатов биомедицинских исследований при помощи системы SAS [Текст] / С. Л. Плавинский. – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 2005. – 506 с.

6. *Current Understanding of Seborrhic Keratosis: Prevalence, Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Management [Text]* / J. M. Jackson [et al.] // *J. Drugs Dermatol.* – 2015. – Vol. 14, N 10. – P. 1119–1125.
7. Heaphy, M. R. Jr. *The sign of Leser-Trelat in a case of adenocarcinoma of the lung [Text]* / M. R. Heaphy Jr., J. L. Millns, A. L. Schroeter // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2000. – Vol. 43. – P. 386–390. doi: 10.1016/S0190-9622(00)70301-X.
8. Jee, H. *Case of seborrhic keratosis with underlying basal cell carcinoma suggesting a collision tumor [Text]* / H. Jee, N. R. Lee, S. K. Ahn // *J. Dermatol.* – 2013. – Vol. 40, N 10. – P. 837–839.
9. *Seborrhic keratosis and malignancy: collision tumour or malignant transformation? [Text]* / Y. Vun [et al.] // *Australas J. Dermatol.* – 2006. – Vol. 47, N 2. – P. 106–108.
10. Wollina, U. *Recent advances in managing and understanding seborrhic keratosis [version 1; peer review: 3 approved] [Text]* / U. Wollina // *F1000 Research.* – 2019. – N8, F1000 Faculty Rev. – P. 1520. <https://doi.org/10.12688/f1000research.18983.1>

Protsenko T.V., Koktyshov I.V., Provizion A.N.

PREDICTION OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF SOMATIC PATHOLOGY IN PATIENTS WITH SEBORRHEIC KERATOSIS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF*

Summary

Purpose. To determine the risk of developing somatic pathology in seborrhic keratosis (SK) based on identifying the clinical and pathogenetic features of dermatosis in patients with intestinal cancer, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and metabolic disorders (MD).

Materials and methods. We observed 388 patients with SbC aged from 26 to 86 years, divided into 4 comparison groups: group 1 – 143 patients with SbC with dermatological pathology; Group 2 – 45 patients with SbC with COPD; Group 3 – 40 patients with SBK with intestinal cancer pathology; Group 4 – 160 patients with SbC without COPD, dermatological and oncological pathology. The age of onset and features of the course of SbC in comparison groups, the number of affected anatomical zones and the number of SbC were studied; clinical type and dermoscopic features of SbC, associations of polymorphic variants of the TGFβ1 and EGFR genes and metabolic disorders according to the results of a study of fasting glucose, insulin and the insulin resistance index. Based on the results of clinical, laboratory and genetic studies, a database and statistical matrix were formed for the subsequent construction of a logistic model for predicting the individual course of SbC and the risk of developing somatic pathology.

Results. It was revealed that in 35 (87.5%) patients with SBK with intestinal cancer pathology, 5 or more anatomical zones were affected, with predominant localization in the abdomen, back, and lateral surfaces of the torso in 39 (97.5%). 28 (70%) of them had multiple SbK, medium and large in size, predominantly of the hyperkeratotic type; 29 (62.2%) patients had a jerky appearance of lesions, which on average preceded the detection of intestinal cancer pathology by an average of 2.1 years. In 32 (71.1%) patients with SbC and COPD, 5 or more anatomical regions were affected, with predominant localization in the head/neck and chest - in 44 (97.8%). 29 (64.4%) of them had multiple SbK, medium and large in size, with a predominance of the hyperkeratotic type. MN was detected in 186 (47.9%) patients, more often in women - 119 (64%) than in men - 67 (36%). In 183 (98.4%) of them, the predominant localization was the skin of the abdomen, lesions of SbK of medium and large size, papular and hyperkeratotic type. The Arg/Arg genotype of the TGFB1 gene was detected in 56 (88.9%) with multiple BCS, while an increase in the Arg/Arg genotype by 1.4 times increased the risk of developing BCS by 3.5 times (OR=3.51; 95% CI 1.283-9.574). The genetic risk of developing SbC was associated with the T-allelic polymorphism rs2227984 of the EGFR gene and was accompanied by an increase in the frequency of the T/T genotype and the frequency of the T-allele. Using the binary logistic regression method, based on clinical, epidemiological and laboratory characteristics, a mathematical model of

the risk of developing somatic pathology in patients with SbC was developed, the sensitivity of the model was 74.2%; specificity 83.1%; predictive value of a positive result is 67.6%.

Conclusion. The clinical features of SbC depending on somatic diseases were identified. The mathematical model developed using binary logistic regression can be used to individually predict the risk of developing somatic pathology in patients with SbC. and timely correction of diagnostic and treatment tactics.

Keywords: *seborrheic keratosis, prognosis, somatic pathology.*

Авторская справка и доленое участие

Проценко Т.В.

д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, protsenkotv2005@gmail.com (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи).

Коктышев И.В.

к.мед.н., доц., зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения ФГБУ ВО ДонГМУ Минздрава России (статистическая обработка и построение логистической модели прогнозирования).

Провизион А.Н.

д.м.н., доц., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБУ ВО ДонГМУ Минздрава России, provik@inbox.ru (набор и ведение больных, написание текста статьи).

Тахташов И.Р.^{1,2}, Боряк С.А.¹

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России¹,*

Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР²

Резюме

Цель работы: изучить медико-социальные особенности больных хронической экземой и псориазом.

Материалы и методы. Медико-социальное исследование проведено с использованием оригинальной анкеты, носило выборочный характер. Объектом исследования стали 167 больных хронической экземой и псориазом в возрасте от 18 до 60 лет включительно, по данным обращаемости. Изучены социальный статус пациентов, проведен гендерно-возрастной анализ обращаемости в зависимости от вида дерматоза и давности заболевания.

Результаты: Установлено, что в связи с хронической экземой и псориазом в лечебные учреждения чаще обращались мужчины (57,6% и 59,5% случаев, соответственно), чаще болели лица в возрастных группах 18-24 лет и 25-30 лет. Большая часть пациентов с хронической экземой и псориазом были работниками промышленных предприятий (68,7% и 65,5% больных, соответственно). В течение 1-го месяца после появления высыпаний за специализированной медицинской помощью обратились 25,3% больных хронической экземой и лишь 7,15% больных псориазом, спустя один год – 20,49% и 20,23% больных соответственно.

Выводы. Выявленные гендерно-возрастные особенности обращаемости больных хронической экземой и псориазом необходимо использовать при планировании и проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: хроническая экзема, псориаз, обращаемость, медико-социальные особенности.

Проблеме хронических дерматозов посвящено значительное количество исследований из-за их рецидивирующего течения, влияющего на трудоспособность, социальную востребованность и качество жизни пациентов, особенно молодого возраста. По данным А.А. Кубанова (2021), заболеваемость болезнями кожи в РФ продолжает оставаться стабильно высокой, при этом большая часть регистрируемой заболеваемости приходится на аллергические (экзема) и неаллергические дерматозы (псориаз) [1]. Наиболее значимыми факторами, вызывающими развитие, обострение и резистентность к проводимой терапии дерматозов являются неблагоприятные условия проживания, длительное местное и опосредованное воздействие неблагоприятных химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух, недостаточный

уровень медицинской информированности больного, игнорирование здорового образа жизни, несоблюдение правил личной гигиены [2, 3]. Поэтому выявление причинно-следственных факторов развития хронических дерматозов представляет важную медико-социальную и экономическую проблему.

Цель исследования – изучить медико-социальные особенности пациентов с хронической экземой и псориазом.

Материалы и методы

Медико-социальное исследование проводилось с использованием оригинальной анкеты. Исследование носило выборочный характер. Объектом исследования стали 167 больных хронической экземой и псориазом в возрасте от 18 до 60 лет включительно, по данным обращаемости. Были изу-

чены гендерно-возрастные особенности больных в зависимости от вида дерматоза, социальный статус, особенности обращаемости пациентов разных возрастных групп. Были выделены следующие возрастные группы: 18 лет – 24 года; 25 – 30 лет, 31 – 40 лет, 41 год – 50 лет, 51 год – 60 лет. Результаты исследования были обработаны статистически по стандартным программам с использованием персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

Анализ распределения больных по возрасту показал, что в наших наблюдениях большинство пациентов было в возрасте 18- 30 лет – 89 (53,3%), как среди больных хронической экземой, так и с псориазом – 42 (50,6%) и 47 (56%) соответственно. Меньше всего было пациентов в возрастной группе 51-60 лет – 17 (10,2%), одинаково часто как при хронической экземе, так и при псориазе – 10 (12%) и 7 (8,3%) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по возрастным группам

Дерматоз/ возраст	18-24 лет		25-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		Всего абс.
	абс	%	абс	%	абс.	%	абс	%	абс.	%	
Экзема	25	30,1	17	20,5	15	18,1	16	19,3	10	12,0	83
Псориаз	24	28,6	23	27,4	18	21,4	12	14,3	7	8,3	84
Всего	49	29,3	40	23,9	33	19,8	28	16,8	17	10,2	167

При гендерном анализе распределения 83 больных хронической экземой установлено, что большинство пациентов составили мужчины – 48 (57,6%), женщин было 35 (42,2%) (рис. 1). При гендерном ана-

лизе распределения 84 больных псориазом установлена аналогичная тенденция. Так, что большинство пациентов составили мужчины - 50 (59,5%), женщины было лишь 34 (40,5%) (рис. 2).

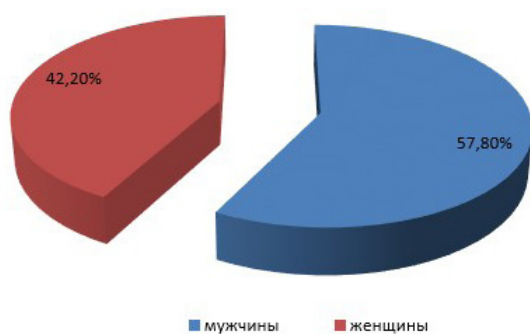


Рисунок 1. Распределение больных хронической экземой по полу.

Гендерно-возрастной анализ обращаемости показал, что среди больных хронической экземой чаще обращались за помощью пациенты в возрасте 18 лет -24 года – 25 (30,1%), реже в группе 25-30 лет – 17 (20,5%), 31-40 лет – 15 (19,3%) и менее всего в возрасте от 51 до 60 лет - 10 (12,0%).

Больные псориазом также чаще обращались

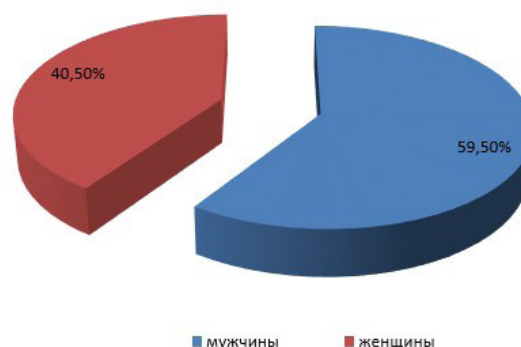


Рисунок 2. Распределение больных псориазом по полу.

за помощью в возрастной группе 18 лет - 24 года и 25-30 лет – 24 (28,6%) и 23 (27,4%) пациента, соответственно, реже в группе 31-40 лет – 18 (21,4%) и менее всего в возрасте от 51 до 60 лет - 7 (8,3%) (табл. 1).

Известно, что социальное положение нередко определяет мотивированное отношение к своему здоровью и своевременную обращаемость за меди-

цинской помощью [4]. В наших наблюдениях преобладали больные, работающие на промышленных

предприятиях - 112 (67,1%) обратившихся, меньше всего было учащихся и студентов – 7 (4,2%) (табл.2).

Таблица 2

Социальное положение больных хронической экземой и псориазом

Социальное положение	Всего больных			
	Абсолютное число		Процент	
	Экзема	Псориаз	Экзема	Псориаз
Работники промышленных предприятий	57	55	68,7	65,5
Сельскохозяйственные работники	7	6	8,4	7,1
Служащие	11	10	13,3	11,9
Учащиеся, студенты	2	5	2,4	6,0
Пенсионеры, домохозяйки	6	8	7,2	9,5
Всего	83	84	100,0	100,0

При анализе по видам дерматоза обращало внимание, что большая часть пациентов с хронической экземой были работниками промышленных предприятий – 57 (68,7%), служащих было 11 (13,3%) пациентов, сельскохозяйственных работников – 7 (8,4%), пенсионеров и домохозяек – 6 (7,2%), учащихся и студентов – 2 (2,4%).

Среди больных псориазом работников промышленных предприятий было 55 (65,5%), служащих - 10 (11,9%), пенсионеров и домохозяек – 8 (9,5%), сельскохозяйственных работников – 6 (7,1%), учащихся и студентов – 5 (6%) (табл. 2).

Об отношении к своему здоровью можно судить и по времени обращения к врачу с момента высыпаний. Лишь 21 (25,3 %) больной хронической экземой обратился к врачу в течение месяца после появления первых признаков заболевания, 33 (39,8 %) – через 6 месяцев, 12 (14,5%) - через 1 год и 17 (20,4%) – более, чем через 1 год (рис. 3).

6 (7,1%) больных псориазом обратились к врачу в течение месяца после появления первых признаков заболевания, 34 (40,5 %) – через 6 месяцев, 27 (43,1%) - через 1 год и 17 (20,3%) пациентов – более, чем через 1 год (рис. 4).

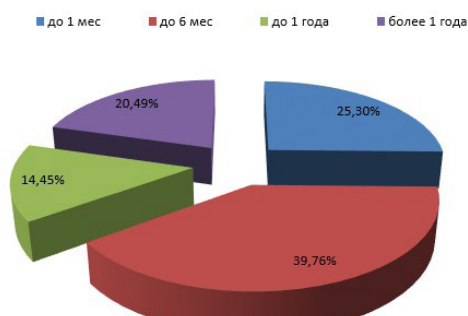


Рисунок 3. Время от появления высыпаний до обращения к врачу больных хронической экземой.

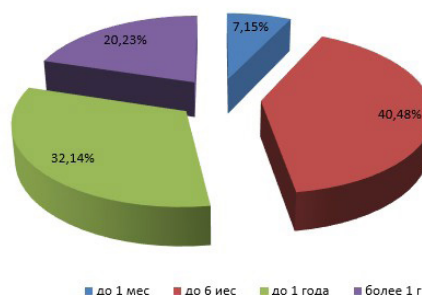


Рисунок 4. Время от появления высыпаний до обращения к врачу больных псориазом.

Выявленные гендерно-возрастные особенности обращаемости больных хронической экземой и псориазом необходимо использовать при планировании и проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Выводы

1. Установлено, что по поводу хронической экземы и псориаза в лечебные учреждения чаще обращались мужчины (57,6% и 59,5% случаев, соответственно).

2. Большая часть пациентов с хронической

экземой и псориазом были работниками промышленных предприятий (68,7% и 65,5% больных, соответственно).

3. Хронической экземой и псориазом чаще болели лица в возрастных группах 18-24 лет и 25-30 лет.

4. В течение 1-го месяца после появления высыпаний за специализированной медицинской помощью при экземе обратились 25,3% больных, при псориазе – лишь 7,15% больных, спустя один год – 20,49% и 20,23% больных соответственно.

Список литературы

1. Кубанов, А.А. Итоги деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю дерматовенерология, в 2020 году: работа в условиях пандемии [Текст] / А.А. Кубанов, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2021. – № 4 (95). – С.8–32.
2. Кубанов, А.А. Эпидемиология псориаза в Российской Федерации (по данным регистра) [Текст] / А.А. Кубанов, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2022. – № 1 (98). – С.33–41.
3. Померанцев, О.Н. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема [Текст] / О.Н. Померанцев, Н.Н. Потекаев // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – № 6. – С. 4-6.
4. Проценко, Т.В. Гендерный анализ полиморбидности при псориазе у больных различного возраста [Текст] / Т.В. Проценко, Ю.А. Гаруст // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2022. – № 3 (37). – С. 18-24.

Takhtashov I.R.^{1,2}, Boryak S.A.¹

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF¹, Republican Clinical Dermatovenerological Dispensary of the MH DPR²

Resume

Purpose of the work. To study the medical and social characteristics of patients with chronic eczema and psoriasis.

Materials and methods. The medical and social study was conducted using an original questionnaire and was selective. The subjects of the study were 167 patients with chronic eczema and psoriasis aged from 18 to 60 years inclusive, according to circulation data. The social status of patients was studied, and a gender-age analysis of appealability was carried out depending on the type of dermatosis and the duration of the disease.

Results. It was found that due to chronic eczema and psoriasis, men were more likely to visit medical institutions (57.6% and 59.5% of cases, respectively), and people in the age groups 18-24 years and 25-30 years old were more likely to be ill. The majority of patients with chronic eczema and psoriasis were workers at industrial enterprises (68.7% and 65.5% of patients, respectively). Within 1 month after the appearance of the rash, 25.3% of patients with

Оригинальные исследования

chronic eczema and only 7.15% of patients with psoriasis sought specialized medical help; after one year - 20.49% and 20.23% of patients, respectively.

Conclusions. The identified gender and age characteristics of treatment of patients with chronic eczema and psoriasis must be used when planning and carrying out treatment and preventive measures.

Keywords: *chronic eczema, psoriasis, treatmentability, medical and social features.*

Авторская справка и доленое участие

Тахташов И.Р.

к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, врач-дерматовенеролог высшей категории РКДВД МЗ ДНР, +79494076924 (разработка дизайна исследования, научное редактирование статьи).

Боряк С.А.

к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, тел.: +7949 4159821 (подбор и анализ данных литературы, написание текста статьи)

Шпатусько М.Н.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АЛОПЕЦИИ

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России*

Резюме

Цель – изучить структуру и особенности обращаемости при различных видах алопеций.

Материал и методы. Проведен анализ обращаемости 206 больных с различными видами алопеций в возрасте от 16 до 53 лет, в том числе 39,3% мужчин и 60,7% женщин, обратившихся в Республиканские клинические дерматовенерологические центр и диспансер, частный медицинский центр. Анализировали вид алопеции, клинический диагноз, пол, возраст, первичное обращение, соматический статус. При всех случаях рубцовой алопеции было проведено гистологическое исследование.

Результаты. Рубцовые формы алопеции были у 29,6% больных, чаще у женщин (70,5%) больных, чем у мужчин (29,5%). Нерубцовые формы алопеции были у 70,4% больных, несколько чаще у женщин (56,6%), чем у мужчин (43,4%). Среди рубцовых форм алопеции преобладал рубцующий эритематоз (37,7%), чаще у женщин (48,8%). Показано, что при рубцовой алопеции лишь у 18% больных правильный диагноз был установлен при первичном обращении. 82% больных получали многократные безуспешные курсы топической и инъекционной терапии. Среди нерубцовых форм алопеции чаще отмечали диффузную телогеновую (35,8%), особенно у женщин с гормональными нарушениями (41,5%). У 30,3% больных с нерубцовыми формами алопеции была нераспознанная ранее системная патология (аутоиммунная, инфекционная). У 67,3% больных с нерубцовыми формами алопеции была перенесенная подтвержденная COVID-19 инфекция.

Выводы. Выявленные гендерные и клиничко-эпидемиологические особенности могут быть использованы для оптимизации диагностической и лечебно-реабилитационной тактики при алопеции.

Ключевые слова: рубцовые алопеции, нерубцовые алопеции, структура обращаемости.

Алопеция является часто встречающейся патологией в структуре обращающихся за дерматологической или косметологической помощью. Общеизвестно, что выпадение волос отражают либо локальное поражение волосяного фолликула, либо фоновые патологические процессы в организме, нарушающие рост и стадийную трансформацию волоса [1,2,7]. Ранее было показано, что наиболее часто обращаются лица с андрогенетической алопецией (до 40% пациентов), гнездовой алопецией (30%), несколько реже – с телогеновой алопецией (20%), рубцовыми алопециями (10%), трихотилломанией [6]. Многообразие причинных факторов диктует необ-

ходимость своевременной диагностики как вида алопеции (рубцовая, нерубцовая), так и возможных триггеров, в том числе соматической патологии с целью оптимизации лечебной тактики, повышения эффективности терапии и прогноза заболевания [3-5].

Цель исследования: изучить структуру и особенности обращаемости больных при различных формах алопеции.

Материалы и методы

Проведен анализ обращаемости 206 больных с различными видами алопеций в возрасте от 16 до 53 лет, в том числе 81 (39,3%) мужчина и 125 (60,7%) женщин, обратившихся за дерматологической по-

мощью и/или косметологической коррекцией в Республиканский клинический дерматовенерологический центр (РКДВЦ) МЗ ДНР, Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (РКДВД) МЗ ДНР и частный медицинский центр. Анализировали вид алопеции (рубцовая или нерубцовая), клинический диагноз, пол, возраст, первичное обращение, соматический статус (наличие системного аутоиммунного заболевания – красная волчанка; системной вирусной инфекции – вирусный гепатит; эндокринной патологии или др.). При всех случаях рубцовой алопеции было проведено гистологическое исследование, при всех видах соматической или инфекционной патологии – углубленное обследо-

вание и заключения соответствующих специалистов. Результаты исследования обработаны статистически с использованием персонального компьютера по стандартным программам.

Результаты и их обсуждение

В наших наблюдениях преобладали больные с нерубцовыми видами алопеции – 145 (70,4%), среди которых женщин было больше, чем мужчин – 82 (56,6%) и 63 (43,4%) больных соответственно. С рубцовыми алопециями был 61 (29,6%) больной, также преобладали женщины, по сравнению с мужчинами – 43 (70,5%) и 18 (29,5%) больных соответственно. При анализе структуры рубцовых и нерубцовых алопеций выявлен ряд особенностей (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от пола и вида алопеции

Вид алопеции/ число больных	Мужчин, абс./%	Женщин, абс./%	Всего, абс./%
Рубцовые алопеции:	18	43	61/29,6
– хроническая дискоидная красная волчанка	2	21	23/37,7
– склеродермия	1	4	5/8,2
– псевдопелада Брока	-	3	3/4,9
– фолликулярный плоский лишай	4	12	16/26,2
– фронтальная фиброзная алопеция	-	2	2/3,3
– абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана	11	1	12/19,7
Нерубцовые алопеции:	63	82	145/70,4
- диффузная телогеновая алопеция	18	34	52/35,8
- андрогенетическая алопеция	11	21	32/22,1
- гнездная алопеция	26	10	36/24,8
- токсическая анагеновая алопеция	4	17	21/14,5
- трихотилломания	4	-	4/2,8
Всего, абс./%	81/39,3	125/60,7	206/100,0

Среди рубцовых алопеций больше всего было больных с хронической дискоидной красной волчанкой – 23 (37,7%) больных и фолликулярным плоским лишаем – 16 (26,2%) больных, с абсцедирующим и подрывающим фолликулитом и перифолликулитом Гоффмана было 12 (19,7%) больных, полосовидной склеродермией – 5 (8,2%), фронтальной фиброзной алопецией – 2 (3,3%), псевдопелада Брока – 3 (4,9%). При анализе анамнеза этих больных обращало внимание, что лишь у 11 (18%) из них правильный диагноз был установлен при первичном обращении. 50 (82%) больных с рубцовой алопецией получали многократные безуспешные курсы топических кортикостероидов, миноксидила, мезотерапии и др., в основном, при обращении в косметологические центры.

Среди нерубцовых форм алопеций преобладала диффузная телогеновая алопеция – у 52 (35,8%) больных, среди которых у 12 (23,1%) пациентов была системная красная волчанка, у 11 (21,2%) – хронический вирусный гепатит С, у 35 (67,3%) – перенесенная подтвержденная COVID-19 инфекция. При анализе анамнеза обращало внимание, что у 7 из 12 больных с системной красной волчанкой первое обращение за медицинской помощью было обусловлено выраженным выпадением волос, и диагноз системного аутоиммунного процесса был установлен в последующем ревматологом после дообследования. У 3 из 12 больных выраженное выпадение волос началось после самовольного прекращения приема системных кортикостероидных гормонов и обострения основного заболевания. Системная вирусная инфекция (11 больных) была выявлена у всех этих пациентов в связи с обследованием из-за выпадения волос, в последующем инфекционистом был установлен хронический вирусный гепатит С, стадия репликация вируса

Токсическая анагеновая алопеция (у онкобольных после полихимиотерапии) была у 21 (14,5%), андрогенетическая алопеция – у 32 (22,1%), трихотилломания – у 4 (2,8%).

Гендерный анализ показал, что при рубцовой алопеции у мужчин чаще был диагностирован абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана и фолликулярный плоский лишай – у 11 (61,1%) и 4 (22,2%) больных соответственно. У женщин среди всех форм рубцовой алопеции преобладала хроническая дискоидная красная волчанка

(рубцующий эритематоз), затем – фолликулярный плоский лишай – у 21 (48,8%) и 12 (27,9%) больных соответственно.

Неодинаковое гендерное распределение было и при нерубцовых формах алопеции. Так, у мужчин преобладала гнездная алопеция – у 26 (41,3%) больных, а у женщин – диффузная телогеновая алопеция – у 34 (41,5%) больных. Обращало внимание, что андрогенетическая алопеция в наших наблюдениях среди обратившихся больных с нерубцовой алопецией была значительно чаще у женщин, чем у мужчин – у 21 (25,6%) и 11 (17,5%) больных. При последующем обследовании у всех этих женщин была выявлена гинекологическая патология (климактерический синдром, эндометриоз, кистозная трансформация яичника, хирургическая менопауза).

Таким образом, проведенный анализ показал необходимость идентификации вида алопеции и выявления причинных факторов для оптимизации лечебной тактики, повышения эффективности терапии и улучшения прогноза заболевания.

Выводы

1. При анализе структуры обратившихся выявлено преобладание больных с нерубцовыми видами алопеции (70,4%) среди которых женщин было больше (56,6%), чем мужчин (43,4%). С рубцовыми алопециями было 29,6% больных, с преобладанием женщин (70,5%), по сравнению с мужчинами (29,5%).

2. Показано, что при рубцовой алопеции лишь у 18% больных правильный диагноз был установлен при первичном обращении. 82% больных ранее получали многократные безуспешные курсы топической и инъекционной терапии, в основном, при обращении в косметологические кабинеты.

3. Установлено, что у 30,3% больных с нерубцовыми формами алопеции была нераспознанная ранее системная патология (аутоиммунная, инфекционная).

4. У 67,3% больных с нерубцовыми формами алопеции была перенесенная подтвержденная COVID-19 инфекция.

5. Выявлены гендерные особенности обращаемости при некоторых формах рубцовой и нерубцовой алопеции.

6. Выявленные гендерные и клинико-эпидемиологические особенности могут быть использованы для оптимизации диагностической и лечебной тактики при алопеции.

Список литературы

1. Адашкевич, В.П. Алопеции (гнездная, андрогенетическая, диффузная) [Текст] / В. П. Адашкевич, О.Д. Мяделец, И.В. Тихоновская. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – 192 с.
2. Алопеции. Диагностика и лечение [Текст] / Под ред. П. Бохана, Э. Бохана; пер. с англ. под ред. А.Г. Гаджигоревой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 320 с.
3. Кожные поражения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 [Текст] / Под ред. Н.Н. Потеева. – М.: Группа МДВ, 2022. – 144 с.
4. Лечение волос и кожи головы: практическое руководство [Текст] / Под ред. А. Тости, Д. Аз-Сигал. П. Пирмеза; пер. с англ. под ред. Н.Г. Баруновой, В.П. Ткачева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 408 с.
5. Основы трихологии: учебное пособие [Текст] / Под ред. О.А. Проценко. – Донецк, 2014. – 214 с.
6. Урюпина, Е. Л. Особенности диагностики и лечения диффузной алопеции [Текст] / Е. Л. Урюпина // Клиническая дерматология и венерология. - 2017. - №3. - С.41-45
7. Evaluation and diagnosis of the hair loss patient [Text] / T. Mubki [et al.] // Journal of the American Academy of Dermatology. - 2014. - №3. -P. 15-16.
8. Tosti, A. Diagnosis and treatment of hair disorders. An evidence based atlas [Текст] : атлас / А. Tosti, В. Piraccini - United Kingdom: Taylor & Francis, 2006. – 300 p.

Shpatusko M.N.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL AND GENDER FEATURES OF THE STRUCTURE OF REVERABILITY IN DIFFERENT FORMS OF ALOPECIA

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF*

Summary

The purpose is to study the structure and characteristics of negotiability for various types of alopecia.

Material and methods. An analysis of the appealability of 206 patients with various types of alopecia aged from 16 to 53 years was carried out, including 39.3% of men and 60.7% of women who applied to the Republican Clinical Dermatovenerological Center and Dispensary, a private medical center. The type of alopecia, clinical diagnosis, gender, age, initial treatment, and somatic status were analyzed. In all cases of cicatricial alopecia, a histological examination was performed.

Results. Scarring forms of alopecia were present in 29.6% of patients, more often in women (70.5%) patients than in men (29.5%). Non-scarring forms of alopecia were present in 70.4% of patients, somewhat more often in women (56.6%) than in men (43.4%). Among cicatricial forms of alopecia, cicatricial erythematosis predominated (37.7%), more often in women (48.8%). It was shown that with cicatricial alopecia, only 18% of patients had the correct diagnosis established during the initial treatment. 82% of patients received multiple unsuccessful courses of topical and injection therapy. Among non-scarring forms of alopecia, diffuse telogen effluvium was more often noted (35.8%), especially in women with hormonal disorders (41.5%). 30.3% of patients with non-scarring forms of alopecia had previously unrecognized systemic pathology (autoimmune, infectious). 67.3% of patients with non-scarring forms of alopecia had a confirmed COVID-19 infection.

Conclusions. The identified gender and clinical and epidemiological features can be used to optimize diagnostic, treatment and rehabilitation tactics for alopecia.

Keywords: *cicatricial alopecia, non-scarring alopecia, structure of appeal.*

Авторская справка

Шпатусько М.Н.

аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, тел. +79493533894.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АКНЕ У МУЖЧИН (СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России

Резюме

Проведен анализ 38 литературных источников относительно этиологии, патогенеза и современных подходов к лечению акне у мужчин. Выделена роль гормональных нарушений, особенностей микробиоценоза кожи с развитием акне. Показана связь генетических факторов с особенностями гормонального обмена, обсуждаются вопросы гормональных нарушений у мужчин с акне и способы их коррекции.

Ключевые слова: акне, мужчины, генетические факторы, гормональные нарушения.

Акне вульгарные являются одним из наиболее распространенных дерматозов, поражающих до 85 % молодых людей. Длительное рецидивирующее течение дерматоза, его психотравмирующее воздействие (обезображивающее влияние на кожу) делает актуальной проблему его лечения, профилактики рецидивов и реабилитации кожи после акне [1, 2, 10, 15, 16, 27].

Цель исследования – провести анализ данных современной литературы об этиологии, патогенезе и современных подходах к лечению акне у мужчин.

Материал и методы

Проведен анализ опубликованных исследований за последние 5 лет, монографий и клинических протоколов, а также научных электронных библиотек (elibrary.ru, www.mediasphera.ru). Отобраны для анализа 38 источников.

Результаты и их обсуждение

Высокая частота акне отмечается в различных регионах с разным климатом [1, 22, 26, 27, 38]; достигает максимума в возрасте 12 – 18 лет, затем происходит ее снижение, однако у женщин до 25% случаев приходится на поздние акне [1, 2, 20, 32], в то время как у мужчин частота поздних акне не определена. Иругова Э.З. и соавторы выявили акне у 11% молодых людей и девушек в возрасте 19 – 25 лет [14].

Основными проблемами акне считают рецидивирующий характер заболевания, формирование конглобатных форм, рубцовых изменений кожи, пигментных нарушений, что в комплексе нарушает эстетический вид кожи. А.А. Мавлеева, А.Р. Абдрахманов выявили выраженные психоэмоциональные нарушения у 35-45 % пациентов [15]. Это подтверждают проведенные исследования дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), который был значительно снижен как у мужчин, так и у женщин с акне и зависел от степени тяжести дерматоза [16].

Этиология и патогенез акне окончательно не определены. Наиболее часто среди причин акне выделяют генетические факторы, гормональные нарушения, нарушения микрофлоры кожи [4, 7, 11, 12, 18, 19].

В исследованиях Э.З. Ируговой, и соавторов, у лиц с акне наиболее часто выявляли нарушения гормонального фона (31%), заболевания пищеварительной системы (22%), наследственную отягощенность (12%), нарушение ухода за кожей (7%) [14].

Принято считать, что генетические факторы регулируют как секрецию и метаболизм гормонов, так и наличие чувствительности рецепторов гормонов в коже и ее придатках, особенности секреции сальных желез и биохимии кожного сала [2, 4, 11, 12].

При тяжелом течении акне установлены нарушения генов 3 SNPs: в 11p11.2 (DDB2, rs747650 и rs1060573) и 1q24.2 (SELL, rs7531806), которые, являются регуляторами обмена андрогенов, воспалительной реакции и формирования рубцовых дефектов, а также подтверждена ассоциация полиморфизма -308 G/A гена TNF и акне [39, 40].

Установлено, что при тяжелом течении акне в очагах поражения повышается экспрессия генов матричных металлопротеиназ MMP-1 и MMP-3. Указано на избыточную экспрессию генов, кодирующих провоспалительные цитокины, включая IL-8, XCL-2 и их рецепторов, таких как хемокиновый рецептор 1 (CCR1), IL-7RA, рецептор IL-13RA и ряд других [40].

О.М. Демина, А.Г. Румянцев, и соавторы сообщают о впервые выявленном дефекте гена MEFV в виде патогенной замены SNPs у наблюдаемого пациента с торпидным течением акне, и объясняют это нарушение снижением синтеза пиррина, с последующим нарушением течения воспалительной реакции [11, 35].

Помимо генетических исследований, изучалась также активность регуляторов активности рецепторов андрогенов и медиаторов воспалительных реакций. Ф.В. Азимова и соавторы провели исследование корегуляторов активности андрогенных рецепторов в патогенезе андрогензависимых дерматопатий, в частности, при угревой болезни. Авторы исследовали уровень 25-ОН-VD, цитохрома P450 (17 α -гидроксилаза), инсулиноподобного фактора роста, а также гормональную карту пациентов. Результаты этого исследования показали достоверные нарушения содержания ферментов – регуляторов андрогенных рецепторов: 25-ОН-VD, цитохрома P450, а также инсулиноподобного фактора роста. По мнению авторов, эти нарушения имеют важное значение в патогенезе быстрых негеномных молекулярно – клеточных реакций метаболизма периферических андрогенов и ферментов при угревой болезни и в дальнейшем, возможно, позволят разработать новые алгоритмы терапии [18].

Н.Р. Иноятова, У.Ю. Сабиров изучали содержание цитокинов в крови пациентов с акне. Авторы выявили повышение как провоспалительных цитокинов (IL-6, IL-17A), так и противовоспалительных (IL-4, IL-10). Они полагают, что выявленные изменения отражают гиперактивацию иммунной системы у

пациентов с акне [13]. В то же время S. Prawitasari, T. Sugiman, не выявили статистически значимой корреляции между уровнями ФНО- α , ИЛ-1 α и ИЛ-8 и тяжестью акне [37].

Гормональные факторы, в частности, гиперандрогения у женщин, широко обсуждаются как одна из причин акне у женщин, поскольку она стимулирует избыточную активность сальных желез и изменяет биохимию кожного сала, что приводит к изменению микробиоценоза кожи. Среди микробных факторов развития акне наиболее часто обсуждаются *Propionbacterium acnes* и *Demodex folliculorum*, а также микробные ассоциации [9, 19, 23].

В последние годы наиболее обсуждаемой проблемой становится антибиотикорезистентность кожной микрофлоры, что сопровождается снижением эффективности антибактериальных препаратов и требует изменения тактики врача (особенно при лечении рецидивов акне), регулярного пересмотра антибактериальных препаратов первой линии, применения антисептиков для лечения форм, резистентных к антибиотикотерапии [9, 19, 20, 22, 27]

Лечение акне направлено на основные патогенетические механизмы болезни: поскольку гиперфункция сальных желез считается ключевым моментом в развитии акне, широкое применение находят препараты, снижающих секрецию сальных желез: системные и топические ретиноиды, местные препараты, физиотерапевтические методики. Значительное снижение активности сальных желез отмечается на фоне применения гормональных контрацептивов у женщин, что расширяет спектр терапевтических возможностей акне [20,21,24].

В лечении акне средней тяжести и тяжелых, в соответствии с клиническими протоколами, первой линией терапии являются системные ретиноиды [1, 4, 21, 25, 27, 28, 33, 34]. Сложности в применении этих препаратов обусловлены их токсическими и тератогенными эффектами при системном применении, недостаточной эффективностью топических ретиноидов при глубоких и конглобатных акне [2, 17, 27, 36]. Д.И. Хатаева, О.М. Демина и соавторы среди причин неэффективности системных ретиноидов и рецидивов акне после их применения называют тяжелую форму заболевания, мужской пол, неадекватную кумулятивную дозу или недостаточную продолжительность терапии, молодой возраст пациентов, а также отягощенный по акне семейный анамнез [28]. В на-

стоящее время разрабатываются различные режимы дозирования препаратов и их сочетания с другими методами лечения. М.М. Алдатова, П.М. Садулаева изучали эффективность и безопасность применения ретиноидов в малых дозах у больных рецидивирующими акне средней степени тяжести [3].

Другие авторы применяют сочетание нескольких препаратов, в частности Н.П. Теплюк, А.С. Пирогова наблюдали хороший клинический эффект при лечении инверсных акне с нетипичными фенотипическими проявлениями от применения системных ретиноидов и метформина [25].

Антибактериальные препараты играют важную роль в лечении акне; постоянно совершенствуются схемы их применения и режимы дозирования; спектр применяемых препаратов меняется в связи с появлением резистентных штаммов [9, 19, 23, 27].

Нетрадиционные методы лечения акне и его последствий также активно развиваются. А.С. Быканов, Е.С. Снарская для устранения постакне применяли миктонидлинг, PRP-терапию, гиалуроновую кислоту, сукцинат натрия по авторской методике [10]. А.И. Африкантова предлагает способ лечения акне, основанный на сочетании физиотерапевтических процедур и местных антисептиков [6]. Ш.Ш. Хикматова и соавторы разработали фитосбор для лечения акне [29].

К.Н. Сорокина, М.А. Уфимцева и соавторы, для лечения постакне рекомендовали наружное применение геля с аквакомплексом глицеросольвата титана, коллагеназой и папаином 2 раза в день на участки кожи лица с атрофическими рубцами на протяжении 3 мес. Авторы отметили статистически значимые различия при оценке степени выраженности рубцов

по шкале ($p < 0,05$) и оценке клинико-функциональных параметров (Manchester Scar Scale, $p < 0,05$). После окончания терапии в результате опроса пациентов установлено улучшение качества жизни пациентов (DLQI, $p < 0,001$) [24], что совпадает с экспериментальными данными зарубежных исследователей [39].

В то время как гормональные нарушения у женщин с акне широко обсуждаются, исследования гормонального профиля у мужчин с акне в литературе немногочисленны. Тем не менее высокий уровень андрогенов, который является одной из причин развития акне у женщин, для мужчин является признаком нормальной функции репродуктивной системы. Структура гормональной патологии, характерной для мужчин с акне, в настоящее время не изучена, клиническое течение акне в зависимости от гормональных особенностей не описаны.

Поскольку эндокринная система представляет собой сложную иерархическую сеть взаимодействия между гормонами различных эндокринных желез путем положительных и отрицательных обратных связей, а также транспортных и связывающих белков, активности тканевых рецепторов, роль ее в нарушении структуры и функции кожи весьма значительна.

Выводы

Исследование гормональных нарушений у мужчин является одним из перспективных направлений исследования патогенеза акне, поскольку нормализация гормонального профиля приводит как к нормализации функции сальных желез, так и к стабилизации вегетативного отдела нервной системы, улучшению показателей местного иммунитета и ряда других показателей, что может способствовать снижению частоты рецидивов акне.

Список литературы

1. Акне вульгарные [Текст]: клинические рекомендации / под ред. А.А. Кубанова [и др.]. – М.: Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020. – 20 с.
2. Акне — болезнь цивилизации [Текст] / Е.Н. Андреева [и др.] // Проблемы репродукции. – 2020. – № 1 (26). – 612 с.
3. Алдатова, М.М. Современные методы лечения угревой болезни [Текст] / М.М. Алдатова, П.М. Садулаева // Молодой ученый. – 2023. – № 30 (477). – С. 172-174.
4. Андреева, Е.Н. Пероральная гормональная контрацепция: как разобраться гинекологу в различных аспектах доказательности при выборе препарата [Текст] / Е.Н. Андреева, Е.В. Шереметьева // Проблемы репродукции. – 2023. – № 2 (29). – С. 62-69.
5. Баринаова, А.Н. Этиология, патогенез, классификация и клиническая картина вульгарных угрей. Современный взгляд на проблему [Текст] / А.Н. Баринаова // Российский семейный врач. – 2018. – №

- 3 (22). С. 14-22.
6. Булова, С.А. Пиогенизация – коморбидный фактор, формирующий различные формы угревой болезни [Текст] / С.А. Булова // *Дерматология в России*. – 2018. – № 1. – С. 30-31.
 7. Быканов, А.С. Микронидлинг в терапии симптомокомплекса постакне [Текст] / А.С. Быканов, Е.С. Снарская // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2021. – Т 24, № 1. – С. 79-92.
 8. Загртдинова, Р.Н. Современные представления о патогенезе, клинике и терапии акне [Текст]: учебное пособие / Р.Н. Загртдинова, Р.М. Загртдинова, Н.В. Ляшенко. – Ижевск, 2017 г. – 34 с.
 9. Иноятова, Н.Р. Особенности содержания некоторых цитокинов в плазме крови у пациентов с угревой болезнью [Текст] / Н.Р. Иноятова, У.Ю. Сабиров // *Журнал теоретической и клинической медицины*. – 2023. – № 1. – С. 120-124.
 10. Иругова, Э.З. Угревая сыпь у студентов 4 и 5 курсов медицинского факультета Кабардино-Балкарского Государственного университета им. Х. М. Бербекова [Текст]: электронный доступ / Э.З. Иругова, А.З. Мидов, Р.К. Сабанова. (<https://cyberleninka.ru/article/n/ugrevaya-syp-u-studentov-4-i-5-kursov-meditsinskogo-fakulteta-kabardino-balkarskogo-gosudarstvennogo-universiteta-im-h-m-berbekova/viewer>)
 11. К вопросу о патогенетических факторах акне у детей и обоснование системной терапии [Текст] / О.М. Демина [и др.] // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2023. – № 1 (22). – С. 64-69.
 12. Корреляция между уровнями ФНО- α , ИЛ-1 α и ИЛ-8 в плазме крови и тяжестью акне [Текст] / S. Prawitasari // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2023. – № 1 (22). – С. 115-120.
 13. Мавлеева, А.А., Психосоматические аспекты угревой болезни [Текст] / А.А. Мавлеева, А.Р. Абдрахманов // *Дневник казанской медицинской школы*. – 2022. – № 4 (38). – С. 4-8.
 14. Метаболизм стероидных гормонов и ферментов при угревой болезни [Текст] / Ф.В. Азимова [и др.] // *Медицинские новости*. – 2020. – № 6 (309). – С. 72-74.
 15. Микробная флора у больных угревой болезнью [Текст] / Ю.Э. Русак [и др.] // *Вестник СурГУ. Медицина*. – 2016. – № 2 (28). – С. 53-55.
 16. Молекулярно-генетические дефекты врожденного иммунитета при тяжелой форме акне [Текст] / О.М. Демина [и др.] // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2022. – № 1 (21). – С. 46-50.
 17. Мордовская, В.А. Угревая болезнь: факторы риска, особенности течения в условиях крайнего севера [Текст] / В.А. Мордовская, В.В. Кузнецова, Л.И. Петрова // *Medicus*. – 2019. – № 5 (29). – С. 35-38.
 18. Потеекаев, Н.Н. Акне и розацеа [Текст] / Н.Н. Потеекаев. – М.: Букинист, 2007. – 216 с. ISBN 978-5-9518-0196-8.
 19. Самцов, А.В. Акне и акнеформные дерматозы [Текст]: монография / А.В. Самцов // 2-е изд. доп. и перераб. – М. ООО «ФАРМТЕК», 2014. – 352 с.
 20. Современный взгляд на этиологию патогенез и лечение угревой болезни в условиях жаркого климата [Текст] / Ш.К. Ахмедов [и др.] // *Сборник научных трудов Международной научно-практической конференции. Актуальные тренды и перспективы развития науки, техники, технологий*. – Под общей редакцией Е.П. Ткачевой. – 2019. – С. 64-68.
 21. Способ лечения угревой болезни [Текст]: патент на изобретение RU 2345753 C1 / А.И. Африкантова. – Заявка № 2007122869/14 от 18.06.2007; опубл. 10.02.2009.
 22. Теплюк, Н.П., Инверсные акне: клиническое наблюдение [Текст] / Н.П. Теплюк, А.С. Пирогова // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2021. – Т 24, № 1. – С. 71-77.
 23. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных с акне / Российское общество дерматовенерологов и косметологов федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне [Текст: электронный ресурс] / Москва, 2013. (<http://rkvdr.ru/federalnyye-klinicheskiye-rekomendatsii-po-vedeniyu-bolnykh-s-akne>)
 24. Хатаева, Д.И. Актуальные причины неэффективности изотретиноина при терапии акне [Текст] / Д.И. Хатаева, О.М. Демина, А.В. Косталевская // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2022. – № 6 (21). – С. 819-823.
 25. Хикматова, Ш.Ш. Технология препарата, предназначенного для лечения осложнений угревой болезни акне [Текст] / Ш.Ш. Хикматова, Ш.И. Хикматов, А.Д. Таишулатова // *Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. Сборник статей по материалам XXIV международной научно-практической конференции*, 2019. – С. 108-114.
 26. Ших, Е.В. Перспективы использования дополнительных неконтрацептивных эффектов

- комбинированных оральных контрацептивов с метформинем у женщин с функциональными нарушениями менструального цикла [Текст] / Е.В. Ших, Е.Д. Хайтович // Проблемы репродукции. – 2019. – № 5 (25). – С. 78-85.
27. Энзимная наружная терапия в лечении атрофических рубцов постакне [Текст] / К.Н. Сорокина [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. 2022. – № 6 (21). – С. 840-848.
28. Acne in the first three decades of life: An update of a disorder with profound implications for all decades of life [Text] / D.E. Greydanus [et al.] // Disease-a-Month. – 202. – № 4 (67). – P. 101-103.
29. Consensus on the use of oral isotretinoin in dermatology — Brazilian Society of Dermatology [Text] / E. Bagatin [et al.] // An. Bras. Dermatol. – 2020. – № 1 (95). – P. 19-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.09.001>
30. Epidemiological patterns of acne vulgaris among adolescents in North India: A cross-sectional study and brief review of literature [Text] / S. R. Kumari [et al.] // Indian Journal of Paediatric Dermatology. – 2017. – № 3(18). – P. 196-201. DOI: https://doi.org/10.4103/ijpd.ijpd_82_16
31. Gain-of-function Pylrin mutations induce NLRP3 protein-independent interleukin-1 β activation and severe autoinflammation in mice [Text] / J.J. Chae [et al.] // Immunity. – 2011. – № 5 (34). – P. 755-768. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2011.02.020>
32. Habeshian, K.A. Current Issues in the Treatment of Acne Vulgaris [Text] / K.A. Habeshian, B.A. Cohen // Pediatrics. – 2020. – № 2(145). – P. 225-230. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-20561>
33. Landis, M.N. Optimizing Isotretinoin Treatment of Acne: Update on Current Recommendations for Monitoring, Dosing, Safety, Adverse Effects, Compliance, and Outcomes [Text] / M.N. Landis // American Journal of Clinical Dermatology. – 2020. – № 3 (34). – P. 411-419.
34. Poly (γ -glutamic acid)/chitoooligo-saccharide/papain hydrogel prevents hypertrophic scar during skin wound healing [Text] / Y. Xue [et al.] // J. Biomed. Mater Res. B. Appl. Biomater. – 2021. – № 11 (109). – P. 1724-1734. DOI: <https://doi.org/10.1002/jbm.b.34830>
35. TNF-308 G/A polymorphism and risk of acne vulgaris: a meta-analysis [Text] / J.K. Yang [et al.] // PLoS One. – 2014. – № 2 (9). – e87806. eCollection 2014. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087806>

Chernous V.V.

FEATURES OF THE COURSE AND MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF ACNE IN MEN (CURRENT STATE OF THE PROBLEM)

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk State University named after M. Gorky» MH RF

Summary

An analysis of 38 literary sources regarding the etiology, pathogenesis and modern approaches to the treatment of acne in men was carried out. The role of hormonal disorders and features of skin microbiocenosis with the development of acne is highlighted. The connection between genetic factors and the characteristics of hormonal metabolism is shown, issues of hormonal disorders in men with acne and methods for their correction are discussed. Key words: acne, genetic disorders, hormonal disorders in men.

Keywords: *acne, men, genetic factors, hormonal disorders.*

Авторская справка

Чернуос В.В.

ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России; тел.: +79494700686.

Волошин Р. Н., Диденко И. В., Горжевска А.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТА С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПУСТУЛЕЗНЫМ ПСОРИАЗОМ

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России*

Резюме

Псориаз представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, понятие которого охватывает различные клинические подтипы. Обыкновенный псориаз составляет 80% от всех случаев псориаза, а пустулезный всего 1%. Генерализованный пустулезный псориаз (ГПП) – стойкое воспалительное заболевание кожи, ассоциированное с генетическими мутациями, с центральной ролью цитокинов IL-36 в патогенезе заболевания. ГПП – разновидность пустулезного псориаза, которая встречается редко и при отсутствии лечения может привести к летальному исходу. Циклоспорин и метотрексат являются терапией первой линии при лечении пустулезного псориаза. Представлен клинический случай у пациентки 16 лет с метотрексат-индуцированной тромбоцитопенией.

Ключевые слова: генерализованный пустулезный псориаз, метотрексат, клинический случай.

В 1970-1980 годах во всем мире активно проводились дискуссии и полемики, сосредоточенные на вопросах, касающихся нозологического места и дифференциальной диагностики высыпаний, сопровождающихся пустулами. А.А. Каламкарян, Р. Н. Волошин, Л. Я. Трофимова, В.Г. Акимов после долгого клинического наблюдения пациентов с герпетиформным импетиго Гебры, пустулезным псориазом Барбера и Цумбуша и стойким супуративным акродерматитом Галлопо разделили их на разные нозологические единицы [1].

Согласно Европейскому консенсусу пустулезный псориаз разделяют на три подтипа: генерализованный пустулезный псориаз (ГПП), ладонно-подошвенный пустулез и акродерматит Галлопо (АГ). Однако, Японская дерматологическая ассоциация включила АГ в диагноз ГПП. К наиболее частым генетическим проявлениям можно отнести мутацию интерлейкина (IL)-36RN, которую чаще обнаруживают при ГПП, за которым следует АГ. Метаболические заболевания являются частыми сопутствующими

заболеваниями, а поражение суставов может возникать в 20,5–36,4% случаев при обоих состояниях. Ассоциированный бляшечный псориаз чаще встречается при ГПП, чем при АГ [2].

Вопрос о том, относятся ли эти пустулезные заболевания кожи к спектру псориаза, обсуждается уже давно. Они могут сосуществовать у пациента с обыкновенным псориазом, иметь некоторые сходства в соответствующих механистических моделях. В этом контексте исследования пустулезного псориаза представляет интерес с позиций физиологических механизмов воспаления кожи, а также других воспалительных заболеваний кожи [3].

ГПП, известный своей редкостью, в некоторых случаях представляет угрозу для жизни пациента. Характеризуется внезапным проявлением поверхностных стерильных пустул, заполненных нейтрофилами, моноцитами и Т-лимфоцитами.

Ретиноиды, циклоспорин и метотрексат являются наиболее часто используемыми, помимо биологической терапии, методами лечения ГПП. В настоя-

щее время в Европе нет лицензированных препаратов для лечения ГПП у взрослых. Тем не менее, недавно спесолимаб, антагонист IL-36R, получил одобрение для лечения обострений ГПП у взрослых в США и Японии [4].

Рассмотрим **клинический случай**, который иллюстрирует важность и осторожность в применении часто используемого в дерматовенерологии препарата – метотрексата.

Пациентка С., 16 лет, нормостенического телосложения, рост 167 см, масса тела 57 кг, без хронических заболеваний, поступила 15.05.2023 года с жалобами на высыпания, интенсивный зуд и болезненность в местах высыпаний, общую слабость и лихорадку. Впервые обратилась за медицинской помощью в 2018 году из-за высыпаний на коже кистей и стоп в виде эпидермально-дермальных папул и эритематозно-сквамозных бляшек, а также очагового шелушения волосистой части головы, с выходом за пределы зоны роста волос. Пациентка получала лечение, как в поликлинических условиях, так и в стационаре с диагнозом «псориаз обыкновенный». Обострения заболевания проявлялись 2-3 раза в год. Наследственная предрасположенность не отягощена. Аллергоanamнез: отмечает ухудшение состояния после приема цитрусовых фруктов и препарата Хилак Форте. Из-за распространения кожного процесса и образования отдельных пустул пациентка была госпитализирована с 22.04.2022 по 13.05.2022 года. На одной из предшествующих госпитализаций наблюдалось неблагоприятное течение заболевания, связанное с реакцией организма на UVB-терапию, которая вызвала распространение и усиление процесса. В течение лечения были назначены наружные топические глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, фолиевая кислота 5 мг и метотрексат 10 мг в неделю. Лечение метотрексатом продолжалось при регулярном мониторинге лабораторных показателей и достижении ремиссии, которая длилась в течение года. Перед началом применения метотрексата рутинные лабораторные исследования не выявили признаков печеночной недостаточности. До первой дозы перорального метотрексата (10 мг) количество тромбоцитов составило 192×10^9 /л, гемоглобин – 132 г/л, эритроцитов

– $5,05 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитов – $12,9 \times 10^9$ /л, п. – 3 %, с. – 57%, э. – 2 %, мон. – 6%, лимф. – 32%; СОЭ – 7мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин – 65 мкмоль/л, АСТ – 29,33 ЕД/л, АЛТ – 32,64 ЕД/л. В июле 2022 года после рутинного мониторинга лабораторных показателей выявлено снижение уровня тромбоцитов до 39×10^9 /л. Исходя из этого, было принято решение о прекращении терапии метотрексатом. Признаков гепатоспленомегалии и кровотечения не выявлено. Биохимический анализ крови – без изменения.

Обострение с мая 2023 года, активный процесс поражения кожи быстро распространился по волосистой части головы, туловищу, груди, спине, животу, верхним и нижним конечностям. При осмотре 15.05.2023 года общее состояние пациентки удовлетворительное. Очаги поражения представлены папулезными элементами, резко очерченными бляшками с выраженной инфильтрацией, множественными сливающимися пустулами на фоне эритемы, мелкими серебристо-белыми чешуйками, легко снимающимися при граттаже (рис. 1).

Данные лабораторных исследований: общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – $4,11 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 253×10^9 /л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, п. – 1%, с. – 40%, э. – 3%, мон. – 9 %, лимф. – 47%; СОЭ 9 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин 50 мкмоль/л, АСТ – 36,84 ЕД/л, АЛТ – 27,31 ЕД/л. Антитела к ВИЧ, сифилису (суммарно), HBS Ag, HCV Ab – отрицательные.

С учетом клинико-лабораторных данных больной установлен диагноз: Генерализованный пустулезный псориаз, тяжелое течение, распространенная форма, стадия обострения.

Принято решение о проведении курса лечения метотрексатом 10 мг в неделю, фолиевой кислотой 5 мг через 24 часа после приема метотрексата, гидроксизин 1 таблетка 1 раз в день, раствор Реамбирин 500,0 мл в/в капельно, суприрамин 1 мл 1 раз в день, ибупрофен 200 мг 2 таблетки в день, топические глюкокортикостероиды – клобетазол, бетаметазон, комбинированные препараты – бетаметазон + салициловая кислота и бетаметазон + гентамицин. Пациентка выписана 02.06.2023г с частичным регрессом высыпаний (рис.2).



Рисунок 1. Пациентка до лечения.



Рисунок 2. Пациентка после лечения.

Данные лабораторных исследований 24.07.2023 года: общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – 4.46×10^{12} /л, тромбоциты – 53×10^9 /л, лейкоциты – 9.4×10^9 /л, п. – 1%, с. – 35%, э. – 6%, мон. – 52%, лимф. 6%; СОЭ – 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин – 65, АСТ – 3 0,63 ЕД/л, АЛТ – 28,93 ЕД/л.

Терапия метотрексатом прекращена в августе из-за выявленной тромбоцитопении и в настоящее время обсуждается возможность приступить к биологической терапии.

Желудочно-кишечные расстройства, нарушения функции печени, гематологические нарушения, нейтроксичность, проблемы с центральной нервной системой, легкими и нефротоксичность – основные побочные эффекты, развивающиеся на фоне приема метотрексата. Тромбоцитопения встречается в 3% в клинической практике, но, как самостоятельное изменение, при отсутствии каких-либо других побочных эффектов, встречается очень редко [5].

Список литературы

1. К вопросу о пустулезном псориазе, герпетиформном импетиго и акродерматите Галлопо [Текст] / А. А. Каламкарян [и др.] // *Вестн. дерматол. венерол.* — 1980. — № 5. — С. 40—44.
2. *Acrodermatitis continua of Hallopeau and generalised pustular psoriasis: Should they be the same or different entities?* [Text] / L Chularojanamontri [et al.] // *Exp. Dermatol.* — 2023. — № 8 (32). — P. 1235-1245. DOI: 10.1111/exd.14805. Epub 2023 Apr 14. PMID: 37057764.
3. *Bachelez, H. Pustular Psoriasis: The Dawn of a New Era* [Text] / H. Bachelez // *Acta Derm. Venereol.* — 2020. — № 3 (100): adv00034. DOI: 10.2340/00015555-3388. PMID: 31971600; PMCID: PMC9128889.
4. *Generalized Pustular Psoriasis: A Review on Clinical Characteristics, Diagnosis, and Treatment* [Text] / R. Rivera-Díaz [et al.] // *Dermatol. Ther. (Heidelb).* — № 3 (13). — P. 673-688. DOI: 10.1007/s13555-022-00881-0. Epub 2023 Jan. 13. PMID: 36635445; PMCID: PMC9836924.
5. *Jih, D.M. Thrombocytopenia after a single test dose of methotrexate* [Text] / D.M. Jih, V.P. Werth // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 1998. — № 2 (39). — P. 349-51. DOI: 10.1016/s0190-9622(98)70387-1. PMID: 9703150.

Voloshin R. N., Didenko I. V., Gjorgjevska A.

**METHOTREXATE - INDUCED THROMBOCYTOPENIA IN PATIENT WITH
GENERALIZED PUSTULAR PSORIASIS**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk State University named after M. Gorky» MH RF*

Summary

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease with different clinical subtypes. Psoriasis vulgaris, represent 80% of all psoriasis cases, while pustular psoriasis accounts for only 1%. Generalized pustular psoriasis (GPP) is a persistent inflammatory skin disorder associated with genetic mutations with a highlight role of the IL-36 cytokines in disease pathogenesis. GPP is a rare variety of pustular psoriasis and can be fatal if untreated. The first-line treatment for the following condition are cyclosporine and methotrexate. A case of general pustular psoriasis in 16 years old patient with Methotrexate-induced thrombocytopenia is described.

Keywords: *generalized pustular psoriasis, methotrexate, clinical case.*

Авторская справка и доленое участие

Волошин Р. Н.

д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии «ФГБОУ ВО РСТГМУ МЗ РФ»; e-mail: ruvoloshin@yandex.ru; (концепция работы, научное редактирование статьи).

Диденко И. В.

к.мед.н., доц., доцент кафедры дерматовенерологии «ФГБОУ ВО РСТГМУ МЗ РФ» (подбор и анализ литературы).

Горгевска А.

ординатор кафедры дерматовенерологии «ФГБОУ ВО РСТГМУ МЗ РФ» (написание текста статьи, динамическое наблюдение пациента).

СЛУЧАЙ РОЗАЦЕА У БОЛЬНОЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ С ГИПОТИРЕОЗОМ

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России*

Резюме

Представлен клинический случай торпидного течения розацеа у больной 74 лет с впервые выявленным аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом. Обсуждается возможное влияние нелеченной патологии щитовидной железы на клинические и дерматоскопические признаки дерматоза. Обосновывается необходимость более тщательного сбора анамнеза и клинического обследования пациентов с розацеа, учитывая возможную коморбидность.

Ключевые слова: розацеа, аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз.

Согласно данным литературы, за последние годы отмечена тенденция к увеличению числа коморбидной патологии при розацеа [1,2,4,5]. Около 75% больных с розацеа имели различную патологию внутренних органов, среди которых сердечно-сосудистые заболевания, патология желудочно-кишечного тракта, психоневрологические расстройства, заболевания щитовидной железы [1-5]. В указанных работах обсуждается влияние сопутствующих заболеваний на клинические проявления и течение дерматоза. В связи с этим представляем собственное наблюдение.

Клинический случай

Больная К. 74 лет, пенсионерка, поступила в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер г. Донецка с жалобами на высыпания на коже в области центральной части лица, сопровождающиеся жжением и покалыванием, ощущением «песка» в глазах, поредение волос, сонливость и набор веса.

Анамнез. Считает себя больной в течение 2,5 лет, когда впервые отметила появление высыпаний в области щек. Дебют заболевания связывала с перенесенным накануне гипертоническим кризом. Расценив высыпания, как аллергическую реакцию, самостоятельно принимала супрастин, наружно – ги-

дрокортизоновую мазь. Состояние кожи несколько улучшилось, но полностью высыпания не проходили. Отмечает сезонность дерматоза – ухудшение кожного процесса весной и летом.

Настоящее обострение кожного процесса в течение 5 месяцев. После безрезультатного самостоятельного использования гидрокортизоновой мази в течение двух недель, обратилась к дерматовенерологу.

При осмотре патологический процесс носил ограниченный, симметричный характер и был локализован на коже центральной части лица в области щек, лба, носа. Высыпания были представлены воспалительными фолликулярными папулами и пустулами ярко-красного цвета, диаметром от 0,3 см до 1,0 см, телеангиэктазиями на эритематозном фоне. Отмечалась выраженная сухость кожи. При осмотре волосистой части головы отмечено диффузное поредение волос (рис. 1.).

Клинический анализ крови: гемоглобин – 133 г/л, эритроциты – 4,4 Г/л, лейкоциты – 4,8 Г/л, СОЭ – 5 мм/ч, п/я – 2%, с/я – 62%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 32%, моноциты – 2%. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 11,6 мкмоль/л (прямой – 2,2 мкмоль/л, непрямой – 9,4 мкмоль/л), АлАТ – 9,6 Е/л, АсАТ – 8,0 Е/л.



Рисунок 1. Больная К. 74 лет, папуло-пустулезный подтип розацеа.

При микроскопическом исследовании кожи в области щек, лба и ресниц был обнаружен *Demodex folliculorum*.

Дерматоскопическую оценку состояния кожи выполняли с помощью портативного дерматоскопа (DermLite DL4; 3Gen, Inc., США) при увеличении $\times 10$ (кросс-поляризованный свет). Изображения были записаны непосредственно смартфоном, магнитно прикрепленным к дерматоскопу. Дерматоскопическое обследование проводили как на наиболее пораженных участках, так и на видимо здоровой коже. Дерматоскопическая картина характеризовалась сосудистыми структурами, фолликулярными пробками, желтоватыми чешуйками, оранжево-желтоватыми участками, расширенными фолликулами и фолликулярными пустулами (рис.2).

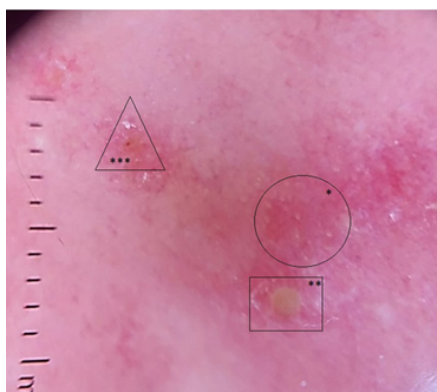


Рисунок 2. Пациентка 74 лет, дерматоскопическая картина.

Примечание: * – фолликулярные отверстия, содержащие демодекс, ** – фолликулярная пустула, *** – чешуйки и оранжево-желтый участок.

Отмечалась выраженная дилатация сосудов с формированием сосудистой сетки и единичных более широких ветвистых сосудов с широкой центральной частью и несколькими сосудистыми веточками, отходящими от нее (рис.3).

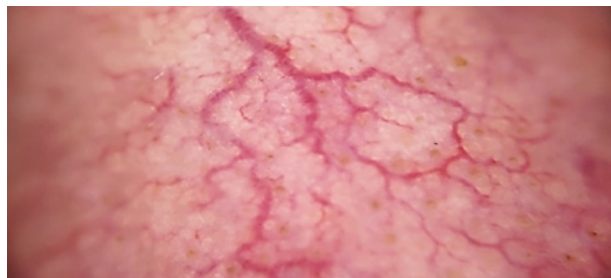


Рисунок 3. Пациентка 74 лет, дерматоскопическая картина: сосудистый паттерн.

При выполнении дерматоскопии в области верхнего века по ресничному краю визуализировали студенистые беловато-кремовые нити, длиной 1–3 мм – «хвосты» демодекса (рис.4).



Рисунок 4. Пациентка 74 лет, дерматоскопия кожи верхнего века.

Примечание: * – визуализация «хвостов» демодекса в области ресничного края.

По данным разработанной анкеты по изучению поведенческих реакций при розацеа среди провоцирующих факторов пациентка выделила стресс, острую пищу и инсоляцию.

Оценка и определение степени тяжести розацеа проводились на основании стандартной классификации розацеа, представленной в клинических рекомендациях, шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР), опросника СКИНДЕКС-29, дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и глобальной исследовательской оценки (IGA) [4,5].

По результатам опросника СКИНДЕКС-29 было получено 25 баллов, что свидетельствовало об умеренно тяжёлом влиянии на психологические аспекты жизни пациентки. При анализе ДИКЖ было получено 8 баллов, что показало умеренное влияние на качество жизни.

В IGA, где оценивалось количество воспалительных элементов и выраженность эритемы, была получена 3 (средняя) степень тяжести розацеа.

По результатам ШДОР, включающей качественную оценку выраженности эритемы, количества папул и пустул, наличия телеангиэктазий и таких второстепенных признаков, как сухость кожи, шелушение, чувство жжения и покалывания кожи, отек лица, симптомы офтальморозацеа, было получено 10 баллов, что соответствует средней степени тяжести розацеа.

Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод, что субъективное восприятие состояния тяжести розацеа оценивается пациенткой в более тяжелой степени, объективно – соответствует средней степени тяжести.

На основании жалоб, анамнеза и клинической картины был выставлен диагноз розацеа, папуло-пустулезный подтип, осложненный демодекозом.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости были установлены диффузные изменения поджелудочной железы. При УЗИ органов малого таза эхопризнаки соответствовали возрастным нормам.

Консультация терапевта: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, сердечная недостаточность 2а, функциональный класс 2, гипертоническая болезнь 3 степени, 2 стадии.

Учитывая жалобы на поредение волос, сонливость, набор веса, а также выраженный сосудистый паттерн при дерматоскопии, было проведено УЗИ щитовидной железы и исследование ее гормонов: тиреотропный (ТТГ), Т4 свободный, антитела к тиреопероксидазе (Ат-ТПО) с последующей консультацией эндокринолога.

При УЗИ щитовидной железы были выявлены эхопризнаки диффузных изменений щитовидной железы TIRADS 2. При гормональном исследовании ТТГ - 2,40 мкМЕ/мл, Т4 свободный – 7,55 пмоль/л, Ат-ТПО – 250,4 Ед/мл. При последующей консультации эндокринолог выставил диагноз аутоиммунного тиреоидита, гипотиреоз. Был назначен левотироксин натрия в стартовой дозировке 25 мкг в день с постепенным увеличением под контролем ТТГ.

Особенностью данного клинического случая является впервые выявленный аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз при обследовании пациентки с папуло-пустулезным подтипом розацеа из-за торпидного течения дерматоза, клинико-дерматоскопических особенностей розацеа, выраженного ксероза кожи, выпадения волос, общих симптомов. Это указывает на необходимость более тщательного сбора анамнеза и клинического обследования пациентов с розацеа, учитывая возможную коморбидность.

Список литературы

1. Сабиров, У.Ю. Встречаемость коморбидных заболеваний при розацеа [Текст] / У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов, С.С. Арифов // Клиническая дерматология и венерология. – 2023. – Т. 22, №5. – С.648–651. DOI:10.17116/klinderma202322051648
2. Berksoy Hayta, S. Rosacea is associated with thyroid autoimmunity: a case control study [Text] / S. Berksoy Hayta [et. al.] // Acta Endocrinol. (Buchar). – 2018. – Vol. 14(2). – P.248–251. DOI:10.4183/aeb.2018.248
3. Gönülal, M. Investigation of thyroid blood tests and thyroid ultrasound findings of patients with rosacea [Text] / M. Gönülal [et. al.] // Dermatol. Ther. – 2021. – Vol. 34(1):e14632. DOI: 10.1111/dth.14632. Epub 2020 Dec 13. PMID: 33280224.
4. Marchitto, M.C. Rosacea and Associated Comorbidities: A Google Search Trends Analysis [Text] / M.C. Marchitto, A.L. Chien / J. Clin. Aesthet. Dermatol. – 2020. – Vol.13(7). – P.36–40. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32983335; PMID: PMC7492017.
5. Tjahjono, L.A. Rosacea: Relative risk versus absolute risk of malignant comorbidities [Text] / L.A. Tjahjono // J. Am. Acad. Dermatol. – 2019. – Vol. 81(2). – P.623–624. DOI:10.1016/j.jaad.2019.01.013. Epub 2019 Jan 14. PMID: 30654083.

Krasnoshchekikh A.A.

**A CASE OF ROSACEA IN A PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED AUTOIMMUNE
THYROIDITIS WITH HYPOTHYROIDISM**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF*

Summary

A clinical case of a torpid course of rosacea in a 74-year-old patient with newly diagnosed autoimmune thyroiditis and hypothyroidism is presented. The possible influence of untreated thyroid pathology on the clinical and dermoscopic signs of dermatosis is discussed. The need for a more thorough history collection and clinical examination of patients with rosacea, taking into account possible comorbidity, is substantiated.

Keywords: *rosacea, autoimmune thyroiditis, hypothyroidism.*

Авторская справка

Краснощёких А.А.

ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО
ДонГМУ Минздрава России, тел.+79494431448.

Провизион Л.Н., Агеева Д.В.

СИНДРОМ КРАСНОЙ МОШОНКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки» Минздрава России

Резюме

Приведены обзор литературы и клиническое наблюдение пациента с синдромом красной мошонки.

Ключевые слова: синдром красной мошонки, клинический случай.

Синдром красной мошонки (red scrotum syndrome) (СКМ) – хроническое заболевание, характеризующееся стойкой эритемой мошонки, зудом, жжением и гипералгезией.

Имеющиеся этиопатогенетические теории развития противоречивы и включают в себя следующие механизмы развития:

1. Нейрогенное воспаление. Локализованная первичная эритромелалгия

Подтверждением нейрогенной природы СКМ является наличие у больных основных критериев Томпсона, характерных для эритромелалгии: усиление боли от тепла, обезболивание холодом, эритема пораженной кожи [1].

Подтверждением неврологического воспаления как причины СКМ является тот факт, что преобладающим субъективным симптомом у наблюдавшихся больных являлись жжение и гипералгезия, а не изолированный зуд. Кроме того, успех в купировании субъективных жалоб на жжение, зуд, боль неврологическими препаратами габапентином и прегабалином расценивается как свидетельство нейрогенного воспаления и локализованного проявления эритромелалгии [2,3].

2. Стойкая вазодилатация после злоупотребления топическими ГКС (тГКС)

Патогенез СКМ, вызванного стероидами, многофакторен. Ежедневное употребление тГКС приводит к длительному сужению кровеносных сосудов.

Фактически, кортикостероиды усиливают действие сосудосуживающих гормонов, таких как норадреналин, а также воздействуют непосредственно на клетки гладкой мускулатуры сосудов. Естественные сосудорасширяющие средства, включая оксид азота, накапливаются в стенках сосудов, противодействуя сужению сосудов, заставляя кровеносные сосуды расширяться сверх их первоначального диаметра. Это приводит к эритеме, жжению и зуду [4].

3. Наличие кожной микробной биопленки

Предположение о том, что СКМ вызван микробной биопленкой на коже, также имеет свои основания. T.W. Perry [5] описал клинический случай мужчины, у которого СКМ возник после попадания на мошонку вагинальных секретов на ночь. Заболевание не поддавалось лечению в течение 14 месяцев. Автор сделал вывод, что дерматоз обусловлен кожной микробной биопленкой. По мнению автора, заболевание началось по типичному сценарию, который может способствовать образованию биопленки — покрытие на несколько часов вагинальной слизью, богатой микрофлорой кожи с избытком складок, выводных протоков сально-потовых желез и волосяных фолликулов. Второе — граница эритемы соответствует границе расположения волосяных фолликулов, служащих «каркасом» формирования биопленки. Третье — несмотря на проводимую терапию и исчезновение периодически субъективных жалоб (жжение, зуд, дискомфорт), граница очага не изменилась и через 15

лет с начала лечения. И четвертое — по наблюдению автора, очаг эритемы на мошонке более длительно удерживал анилиновый краситель генцианвиолет, по сравнению со здоровой кожей, что объясняется наличием на поверхности кожи среды, более интенсивно поглощающей краситель [5].

Однако, несмотря на вышесказанное, отсутствует объяснение тому, что симптомы СКМ в большинстве случаев проявляются менее, чем через одни сутки после полового контакта, а не раньше или значительно позже, или вообще независимо от полового контакта [6].

Диагностика СКМ основывается на внешних клинических признаках и субъективных жалобах пациентов. Гистологическое исследование биопсийного материала не выявляет значимых морфологических изменений и не отличает картины от поверхностных телеангиэктазий без воспалительного инфильтрата [6].

Отсутствие ясности в этиологии и понимании механизма развития заболевания объясняет разнообразие предложенных методов терапии.

В лечении используются β -адреноблокаторы, которые действуют путем связывания с участками рецепторов адреналина и норадреналина. Блокируют β 2-адренорецепторы гладкомышечных клеток, приводя к сужению сосудов кожи. В качестве препаратов топической терапии предложен тимолол. Сообщается также, что применение карведилола в дозе 6,25 мг 1 раз в сутки в течение 1 месяца за счет эффекта вазоконстрикции позволяет получить хороший результат в терапии больных с СКМ [4].

Многие из доступных исследований показали эффективность доксициклина при лечении СКМ, либо в качестве монотерапии, либо в сочетании с пероральным прегабалином, amitриптилином или местными ингибиторами кальциневрина. Доксициклин обладает мощным антибактериальным, противовоспалительным, антиангиогенным действием, антиколлагеназным и антиматриксной активностью металлопротеиназ [4].

Сообщается об успешном лечении СКМ сочетанием доксициклина и габапентина. Рекомендуется начинать терапию с доксициклина по 100 мг 1 раз в сутки в течение 2 недель на том основании, что СКМ, возможно, одно из проявлений эритромелалгии, поэтому использовать габапентин следует в качестве терапии второй линии, когда доксициклин неэффек-

тивен. Габапентин — лиганд кальциевых каналов α 2- δ , способный контролировать приливы у пациентов с эритромелалгией, устранить невропатический зуд и боль [2, 7, 8].

Положительный эффект в разрешении симптоматики СКМ отмечен после применения прегабалина [9, 10]. J.A. Cardenas-de la Garza и соавт. [8] наблюдали положительную динамику клинических проявлений синдрома красной мошонки у четырех пациентов, принимавших прегабалин по 150 мг один раз в сутки на ночь продолжительностью от одного до трех месяцев в сочетании с доксициклином по 100 мг в сутки. При последующем более чем 9-месячном наблюдении не отмечен рецидив ни у одного из пациентов. Прегабалин является аналогом гамма-аминомасляной кислоты, связывается с дополнительной субъединицей (α 2- δ -протеин) потенциалзависимых кальциевых каналов в ЦНС, необратимо замещая N-габапентин. Предполагается, что такое связывание может способствовать проявлению его анальгезирующего и противосудорожного эффектов. Рекомендуется в качестве одного из средств первой линии лечения невротической боли, препарат превосходит габапентин по эффективности и, как показали наблюдения, имеет меньше побочных действий.

Есть данные о трех случаях успешного лечения СКМ пероральным ивермектином. Ивермектин входит в группу средств, созданных на основе авермектинов, которые являются продуктом жизнедеятельности таких бактерий, как *Streptomyces avermitilis*, и служит основой для создания некоторых противогельминтных препаратов. Оказывает противовоспалительное действие путем подавления выработки воспалительных цитокинов, индуцированной липополисахаридами [11].

Некоторые авторы информируют о значительном уменьшении проявлений СКМ в результате лечения нестероидным противовоспалительным препаратом индометацин по 50 мг 3 раза в сутки с последующим постепенным снижением частоты приема до 3 раз в неделю в течение второго месяца. Индометацин, как известно, ингибирует синтез простагландинов и вызывает вазоконстрикцию. При этом полная ремиссия симптомов отмечена после четвертой недели лечения [12].

Местная терапия проводится в качестве дополнения к системной терапии. Описывается применение наружно ингибитора кальциневрина такроли-

муса в сочетании с доксициклином и габапентином [2]. Уменьшение выраженности жжения, зуда на короткий промежуток времени отмечается после назначения 2 раза в сутки 0,8% порошка ментола [13].

СКМ нередко встречается в клинической практике, однако с трудом диагностируется. Отсутствие достоверных данных этиопатогенеза, специальных методов обследования и этиопатогенетического лечения обуславливает сложность клинического ведения таких пациентов. В связи с этим наш опыт в приведенном ниже случае наблюдения поможет врачам дерматовенерологам в проведении обследования больных с СКМ.

С целью повышение эффективности диагностики и совершенствование тактики ведения больных с впервые устанавливаемым диагнозом СКМ, приводим собственное клиническое наблюдение.

Клинический случай

Пациент N., 60 лет, обратился в ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР в 2022 г. с жалобами на двустороннюю эритему мошонки, сопровождающуюся выраженным жжением и зудом, бессонницей.

Симптомы впервые возникли в 2013 году. Их появлению предшествовал перенесенный стресс: четырехкратные взрывы в шахте во время работы, один из которых был опасным для жизни. Периодически лечился у дерматовенеролога по поводу эритразмы полового члена, без улучшения. Также лечился самостоятельно фулорцином с кратковременным уменьшением субъективных жалоб, но с сохранением стойкой эритемы. Последнее ухудшение состояния произошло после очередного стресса в 2014 году из-за гибели сына.

Данные объективного обследования: при осмотре четко очерченная эритема, повторяющая границу распределения волос на мошонке, а также небольшую часть покрытого волосами вентрального ствола полового члена. Наблюдалось уменьшение эритемы вдоль безволосой части средней линии мошонки и на безволосой нижней части мошонки.

При пальпации отек и болезненность пораженного участка отсутствовали.

Глюкоза крови: норма. Гликозилированный гемоглобин: норма. Биохимический анализ крови: АЛАТ, АСАТ – норма; билирубин общий – 46,3 $\mu\text{mol/l}$; билирубин прямой – норма. Анализ крови на гепатиты (ИФА): HBsAg, поверхностный АГ вируса гепатита В – отрицательный; АГ к вирусу гепатита С, суммарные – отрицательный.

УЗИ ОБП: ЭХО-признаки диффузных изменений паренхимы печени по типу жирового гепатоза. Хронический холецистит. Хронический панкреатит. Поверхностная липома в передней брюшной стенке справа.

Консультация гастроэнтеролога – диагноз: Синдром Жильбера. Неалкогольная жировая болезнь печени без явлений стеатогепатита. ПЦР-исследование на синдром Жильбера: мутация обнаружена в гомозиготной форме.

Консультация невролога – диагноз: Эритромелалагия мошонки.

На основании жалоб, анамнеза, клинических данных, данных дополнительного обследования, консультаций смежных специалистов был установлен клинический диагноз: Синдром красной мошонки.

Было назначено лечение: Индометацин внутрь, Фенибут внутрь, Габапентин внутрь. Местно: мазь Такролимус 0,1%, мазь Троксерутин (чередовать).

После проведенного лечения отмечается улучшение в течении заболевания, уменьшение субъективных жалоб. В течение полугода ухудшения не наблюдалось.

Выводы

СКМ – это редкое кожное заболевание, поражающее мужчин. Дерматоз может продлиться фактически пожизненно, что провоцирует психологический стресс и ухудшение качества жизни. Поскольку диагностика СКМ проводится в основном путем клинического обследования, врачам-дерматовенерологам крайне важно знать об этом заболевании.

Список литературы

1. Абудуев, Н.К. Современный взгляд на синдром красной мошонки [Текст] / Н.К. Абудуев, К.И. Плахова, Г.Л. Катунин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2022. – № 5. – С. 53-58.
2. Combined carvedilol and gabapentin treatment induces a rapid response in red scrotum syndrome [Text] / A. Mizes

- [et al.] // *Dermatol. Online J.* – 2021. – Vol. 5 (27). – P. 1–4.
3. Erythromelalgia [Text] / G.H. Thompson [et al.] // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 1979. – Vol. 144. – P.249–254.
 4. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults [Text] / RA. Moore [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2014. – Vol.4. – P. 1-8.
 5. Nine male cases of tinea genitalis. [Text] / C. Romano [et al.] // *Mycoses.* – 2005. – Vol. 3 (48)– P. 202–204.
 6. Oral ivermectin for the treatment of red scrotum syndrome [Text] / JD. Martinez [et al.] // *J. Dermatolog. Treat.* – 2022. – Vol. 2 (33). – P. 1102–1103.
 7. Perry, T.W. Cutaneous microbial biofilm formation as an underlying cause of red scrotum syndrome [Text] / T.W. Perry // *Eur. J. Med. Res.* –2021. – Vol. 1 (26). – 95 p.
 8. Rapaport, M. Rebound vasodilation from long-term topical corticosteroid use [Text] / M. Rapaport // *Arch. Dermatol.* – 2007. – Vol. 2 (143). – P. 268–269.
 9. Rapid improvement of burning scrotum syndrome with indomethacin [Text] / AS. Hwang [et al.] // *JAAD Case Rep.* – 2021. – Vol.12. – P.32–33.
 10. Red scrotum syndrome: An update on clinicopathologic features, pathogenesis, diagnosis, and management [Text] / S. Khalil [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2022. – Vol. 3. – P.614–622.
 11. Red Scrotum Syndrome Treatment with Pregabalin: A Case Series [Text] / J.A. Cardenas-de la Garza [et al.] // *Ann. Dermatol.* – 2019. – Vol. 3 (31). – P. 320–324.
 12. Red Scrotum Syndrome Treatment with Pregabalin: A Case Series [Text] / JA. Cardenas-de la Garza [et al.] // *Ann. Dermatol.* –2019. – Vol.31(3). – P. 320–324.
 13. Toth, C. Pregabalin: latest safety evidence and clinical implications for the management of neuropathic pain [Text] / C. Toth // *Ther. Adv. Drug. Saf.* – 2014. – Vol. 1 (5). – P.38–56.
 14. Wollina, U. Three orphans one should know: red scalp, red ear and red scrotum syndrome [Text] / U. Wollina // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2016. – Vol. 11. – P.169–170.

Provision L.N., Ageeva D.V.

RED SCROTUM SYNDROME IN DERMATOLOGIST PRACTICE

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Lugansk State Medical University named after St. Luke» MH RF

Summary

A review of the literature and clinical observation of a patient with red scrotum syndrome are presented.

Keywords: red scrotum syndrome, clinical case.

Авторская справка и долевое участие

Провизион Л.Н.

к.мед.н., доц., доцент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЛГМУ Минздрава России, тел.: +79592158919 (научное редактирование текста статьи).

Агеева Д.В.

ординатор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЛГМУ Минздрава России, тел.: +79591951923 (анализ литературы, написание текста статьи).

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОЙ
МИКРОСПОРИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ У РЕБЕНКА
(С КРАТКИМ ОБЗОРОМ ЛИТЕРАТУРЫ)**
*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки» Минздрава России*

Резюме

Вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, терапии и профилактики дерматомикозов у детей остаются актуальными и значимыми для многих специалистов, в первую очередь, для дерматологов. В последние годы стали регистрироваться больные с хроническим течением микоза, а несвоевременное выявление атипично протекающих форм микроспории и неоправданное применение на догоспитальном этапе нерациональной терапии осложняют в дальнейшем ее диагностику и проведение полноценного лечения. атипичного течения микроспории гладкой кожи у ребенка и нерационально проведенную терапию заболевания на догоспитальном этапе. Приведен разбор клинического случая атипичного течения микроспории гладкой кожи у ребенка 13 лет и нерациональной терапии заболевания на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: микроспория, эпидемиология, этиология, патогенез, дети.

Все основные микозы, способные поражать человека, были описаны еще на рубеже XIX-XX веков. Эта проблема заняла важное место в современных исследованиях и приобрела весомое социальное значение благодаря существенному увеличению частоты микозов. По данным ВОЗ каждый пятый житель планеты поражен грибковой инфекцией, а это составляет 20% населения всего мира. Заболеваемость дерматомикозами детей в Российской Федерации сохраняется на высоком уровне. В структуре дерматофитии у больных лидируют микоз стоп и крупных складок, микозы гладкой кожи регистрируются у 20% пациентов. Только больных микроспорией ежегодно регистрируется до 50 тыс., а интенсивный показатель (на 100 тыс. детского населения) в 2017 г. достиг 231,1 [2,3].

В СССР и странах СНГ долгое время ведущей классификацией микозов была и в ряде регионов остается классификация А. М. Ариевича и Н. Д. Шеклакова, согласно которой все грибковые болезни кожи подразделяются на 5 групп: кератомикозы, дерматомикозы, кандидозы, глубокие микозы и псевдомикозы. Но время вносит свои коррективы, и с по-

явлением МКБ-10 российские ученые предложили переход на новую международную классификацию микозов, согласно которой выделяют: микозы кожи и слизистых оболочек, куда вошли дерматофитии, малассециозы кожи, кандидозы кожи и слизистых оболочек, редкие поверхностные микозы. В свою очередь, подраздел «дерматофитии» включает: дерматофитии волосистой части головы и области бороды, дерматофитии ногтей и онихомикозы, дерматофитии кистей и стоп, дерматофитии гладкой кожи, черепитчатый микоз, паховую дерматофитию [8,15].

Российское общество дерматологов, венерологов и косметологов представили в 2015 г. Федеральные клинические рекомендации классификации микроспории по типу возбудителя и глубины поражения: – микроспория, обусловленная антропофильными грибами *Microsporum audouinii*, *M. ferrugineum*; – микроспория, обусловленная зоофильными грибами *M. canis*, *M. distortum*; – микроспория, обусловленная геофильными грибами *M. gypsum*, *M. panum*. По глубине поражения выделяют: – поверхностную микроспорию волосистой части головы; – поверхностную микроспорию гладкой кожи (с поражением

пушковых волос, без поражения пушковых волос); – глубокую нагноительную микроспорию. Необходимо отметить, что отдельно общепринятой классификации атипичных микозов не разработано, однако, их некоторые атипичные варианты в данной классификации представлены ниже.

Изучение вопросов эпидемиологии, этиологии, диагностики, терапии и профилактики дерматомикозов у детей остается актуальным и значимым для многих специалистов, в первую очередь для дерматологов, занимающихся данной проблемой и, в некоторой степени, смежных специалистов-педиатров, встречающих данную патологию.

Дерматомикозы (от греч. *Derma* – кожа, *mykes* – гриб, *osis* – воспаление, англ. син. *tinea* или *ringworm*) – обширная группа грибковых контагиозных заболеваний, вызванных дерматомицетами родов *Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton*, при которых поражаются эпидермис, дерма, придатки кожи (длинные и пушковые волосы, ногти) и наблюдается воспалительная реакция кожи разной степени выраженности. В настоящее время методами молекулярной биологии описано 12 представителей рода *Microsporum*:

M. ferrugineum, *M. audouinii*, *M. lanosum*, *M. racemosum*, *M. gallinae*, *M. fulvum*, *M. cookei*, *M. gypseum*, *M. atazonicum*, *M. canis*, *M. persicolor*, *M. praesox*. Для клиницистов наибольшее значение имеют следующие 4 вида грибов: *M. canis*, *M. audouinii*, *M. gypseum* и *M. ferrugineum*. Факторами патогенности грибов рода *Microsporum* являются кератинолитические ферменты [2,3,4,6,12,13].

Возбудителями заболеваний человека определены около 400 видов грибов, из которых 100 встречаются наиболее часто. Они отличаются необыкновенной живучестью и устойчивостью к воздействию окружающей среды. Так, например, дерматофиты, вызывающие поражения кожи и ее придатков, могут выживать в окружающей среде более 2 лет, при неблагоприятных условиях и в старых культурах образуются «споры хранения» – хламидоспоры, из которых в дальнейшем могут вновь развиваться клеточные формы грибов. Они являются аэробами, оптимальным питательным субстратом для которых служит кератин, чем и объясняется их тропизм к кератинсодержащим образованиям, т.е. к коже и ее придаткам [2,5,14,17].

Микроспория – высококонтагиозная дерматофития, вызываемая различными видами грибов рода *Microsporum* и имеет шифр В35.0 по Международной классификации болезней МКБ-10. Микроспория (*microsporia*; от греч. *mixros*-, *micro* – малый, *oporos*, *sporos* – семя) – инфекционное заболевание, клинически проявляющееся поражением кожи, волос, реже ногтей, вызываемое патогенными грибами рода *Microsporum*, сем. *Moniliaceae*, класс *Deuteromycetes*.

Необходимо отметить, что возбудитель микроспории впервые был описан *Bodin E.* в 1902 г., при этом ему было дано название *M. lanosum*. В 1908 г. *Raymond Sabouraud* переименовал данный патоген в *M. canis*. В СССР он был описан в 1912 г. *С. Л. Богровым*. В 1921-1923 гг. ученый был одним из организаторов и первым директором Государственного венерологического института Наркомздрава РСФСР. Зоофильный возбудитель *M. canis* является наиболее значимым по частоте встречаемости на территории Российской Федерации, а в качестве самых распространенных переносчиков данного патогена выступают кошки и собаки, в том числе такие декоративные породы, как йоркширский терьер, джек-рассел-терьер и пекинес, очевидно за счет своего особого шерстного покрова, подобного структуре человеческого волоса и, на удивление, волос у них растет из одной луковицы? как у человека. Заражение происходит в основном при контакте с больным животным или через предметы, инфицированные их шерстью. Передача от человека к человеку наблюдается крайне редко [6,7,12,14].

Грибы рода *Microsporum* устойчивы к повреждающим факторам внешней среды, а также к различным антимикотическим препаратам, что связано с особенностями строения гриба. Клетки *Microsporum* имеют плотную стенку, состоящую из 6 слоев, усиленную реберными выступами на поверхности (макронидии) и сохраняют жизнеспособность в волосах до 10 лет, в кожных чешуйках до 7 лет, что очень важно знать при проведении санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге. Данные мероприятия должны быть направлены на выявление источника заражения, дезинфекцию помещений и обработку личных вещей больного, что является неотъемлемой частью общетерапевтических мероприятий, залогом успешного лечения пациентов и предупреждения рецидивов заболевания [3,6,9,19].

Микроспорией болеют преимущественно дети, у них имеется недостаточная плотность и компактность кератина клеток эпидермиса и волос, что способствует внедрению, развитию и распространению гриба. Большая роль в развитии инфекционного процесса отводится реактивности макроорганизма, поэтому риск заболеть грибковой инфекцией многократно возрастает у лиц с сопутствующими заболеваниями, а с возрастом увеличивается и удваивается каждые 10 лет жизни. Возникновению заболевания могут благоприятствовать и другие факторы: возраст, химизм пота, состояние эндокринной, иммунной систем и др. [1,5,15,21].

Microsporum canis поражает волосы, гладкую кожу, очень редко – ногти; очаги заболевания могут располагаться как на открытых, так и на закрытых частях тела. Инкубационный период заболевания составляет от 5 до 7 дней.

Для типичной клинической картины микроспории характерно наличие асимметрично расположенных эритематозно-сквамозных очагов с эксцентричным ростом, с четкими границами, округлыми или овальными очертаниями, покрытые сероватыми чешуйками. Постепенно очаги увеличиваются в диаметре, и по их периферии формируется возвышающийся валик с мелкими пузырьками и серозными корками. У 80-85% больных в инфекционный процесс вовлекаются пушковые волосы, могут поражаться и щетинистые: брови, ресницы и в носу, с поражением даже околоносовых пазух. При микроспории гладкой кожи субъективные ощущения чаще отсутствуют, иногда больных может беспокоить умеренный зуд [3,4,16,22].

В последние годы стали регистрироваться больные с хроническим течением микоза на фоне тяжелых системных поражений. Кроме того, появились публикации с описанием атипичных форм дерматомикозов, при которых затруднена диагностика и своевременное проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий, что также способствует поддержанию неблагоприятной эпидемической ситуации. К ним относят инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, розацеаподобную, псориазиформную и себороидную (протекающую по типу асбестовидного лишая), трихофитоидную, экссудативную формы, а также «трансформированный» вариант микроспории (при видоизменении клинической картины в результате применения топических

кортикостероидов) [2,3,4,18,22].

Диагностика и лечение грибковой инфекции кожи и ее придатков в настоящее время не вызывает затруднений. Однако есть отдельные группы больных, такие как беременные женщины, дети и пожилые люди, которые нуждаются в модифицированных алгоритмах диагностики дерматофитии в связи с наличием у них определенных ограничений и в проведении медикаментозной терапии с высоким риском развития нежелательных побочных реакций [11].

Несомненно, на современном этапе инструментальной и лабораторной диагностики микозов кожи и ее придатков, кроме традиционных, появились инновационные методы диагностики, такие как цифровая и другие виды дерматоскопии, однако «золотым» стандартом высокой достоверности при окончательном установлении клинического диагноза является микроскопия и бактериологический посев на питательных средах [10,20,23].

Цель работы

Рассмотреть особенности атипичного течения микроспории гладкой кожи у ребенка и нерационально проведенную терапию заболевания на догоспитальном этапе.

Приводим **клинический случай** микроспории гладкой кожи у ребенка. Девочка Ш., 13 лет, обратилась в Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер (ЛРДВД) с жалобами на высыпания в области кожи левой голени. Субъективно высыпания не беспокоили. Болеет несколько месяцев. Лечились у дерматолога по месту жительства с диагнозом: Ознобление левой голени, осложненное фолликулитом. После проведенного лечения (антигистаминные препараты, глюконат кальция, дексаметазон, поливи-тамины) улучшения отмечено не было.

Три месяца назад находилась на лечении в ЛРДВД с диагнозом: Хроническая мигрирующая эритема Афцелиуса-Липшютца. Осмотр под лампой Вуда и микологические исследования не проводились. Выписана с некоторым улучшением. В связи с ухудшением течения кожного процесса мама с ребенком обратились повторно в ЛРДВД. Ребенок от I беременности, масса при рождении 3500, беременность и роды протекали нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Семейный и аллергологический анамнез не отягощены.

При осмотре: патологический процесс носит ограниченный асимметричный характер. Очаг пора-

жения локализуется на задней поверхности средней трети левой голени, представлен пятнисто-папулезными элементами неравномерной окраски красновато-лилового оттенка, неправильной формы, некоторые имеют кольцевидную форму с едва выраженным периферическим валиком. В центре очагов легкая атрофия с явлениями поредения пушковых волос. По периферии очага поражения отмечается истинный полиморфизм: мелкие рассеянные фолликулярные папулы, пустулы, папуло-везикулы (рис.).



Рисунок. Д., 13 лет. Микроспория гладкой кожи.

Пациентка обследована: анализ крови клинический, анализ мочи, сахар крови и биохимический анализ крови в норме. Флюоресцентная диагностика: в лучах лампы Вуда точечное специфическое изум-

рудное свечение. Исследование на грибки: при микроскопии кожных чешуек обнаружен септированный мицелий грибка, на пушковом волосе споры грибка *Microsporum*. При проведении дерматоскопии в зоне патологического очага был выявлен паттерн пораженных волос в виде волос зигзагообразной формы и в форме запятой, что явилось дополнительным инструментальным методом подтверждения клинического диагноза.

Учитывая жалобы пациента, анамнестические данные, клиническую картину, результаты лабораторного и инструментального исследований, установлен клинический диагноз: Микроспория гладкой кожи левой голени, атипичное течение.

Проведено лечение: системные антимикотики, гепатопротекторы, ангиопротекторы, антигистаминные препараты, наружно противогрибковые кремы. После лечения, трёхкратных отрицательных результатов исследования на грибки – выписана из отделения с выздоровлением.

Выводы

Причиной несвоевременной диагностики данного клинического случая явилась атипично протекающая форма микроспории голени, обусловленная неоправданным применением на догоспитальном этапе топических стероидных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

При проведении дерматоскопии в зоне патологического очага был выявлен паттерн пораженных волос в виде «зигзагообразная форма волоса» и «волосы в форме запятой», что явилось дополнительным инструментальным методом подтверждения клинического диагноза.

Большое значение в диагностике микозов, особенно атипичных клинических форм, которые представляют эпидемиологическую опасность, имеет своевременное проведение необходимых лабораторных и инструментальных исследований.

Список литературы

1. Андреев, В.А. *Медицинская микология: руководство [Текст]* / В.А. Андреев, А.В. Зачиняева, А.В. Москалев, В.Б. Сбойчаков. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.
2. Антонова, С.Б., *Заболеемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения [Текст]* / С.Б. Антонова, М.А. Уфимцева // *Педиатрия*. – 2016. – Т. 95, №2. – С. 142-145.
3. Антонова, С.А. *Современные клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости дерматомикозами у детей. Оптимизация диагностических,*

- медико-профилактических технологий. / С.А. Антонова. – Дисс. канд. мед.наук. – 2019. – 118 с.
4. Банников, С.А. Совершенствование диагностики неинвазивных микозов околоносовых пазух [Текст] / С.А. Банников. – Дисс. канд. мед.наук, Санкт-Петербург, 2019. – 134 с.
 5. Бурова, С.А. Особенности лечения грибковых инфекций кожи и ее придатков в группах риска [Текст] / С.А. Бурова // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – № 1. – С. 47–51.
 6. Уфимцева, М.А. Грибковые инфекции кожи у детей [Текст] / М.А. Уфимцева, С.Б. Антонова Ю.М. Бочкарев [и др.] // учеб. пособие под ред. д-ра мед. наук, проф. М.А. Уфимцевой; Урал. гос. мед. ун-т, М-во здравоохранения РФ. – Екатеринбург: УГМУ, – 2022. – 116 с.
 7. Дворянкова, Е.В. Дерматофитии у пожилых, детей и беременных женщин [Текст] / Е.В. Дворянкова // Дерматология (Прил. к журн. *Consilium Medicum*). – 2018. – № 1. – С. 9–12.
 8. Панкратов, В.Г. Общая и инфекционная дерматология [Текст] / В.Г. Панкратов [и др.] // Дерматология: учеб. пособие в 2 ч. под ред. В.Г. Панкратова. – Минск: БГМУ, 2008. – 227 с.
 9. Дерматовенерология [Текст] / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с. – (Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов).
 10. Кольчик, А.Ю. Триходиагностика и ее клиническое значение при алопециях различного генеза [Текст] / А.Ю. Кольчик // Научн.-практ.журн. дерматол., венерол., косметол. «Торсуевские чтения». – 2018. – № 4 (22). – С. 58–61.
 11. Лыкова, С.Г. Местная антимикотическая терапия: подробные ответы на актуальные вопросы [Текст] / С.Г. Лыкова, А.В. Спицына, О.С. Петренко // Российский медицинский журнал. – 2015. – № 5. – С. 486–491.
 12. Микроспория: современное представление о проблеме (описание клинических случаев и обзор литературы) [Текст] / Т.В. Медведева [и др.] // Проблемы медицинской микологии. – 2020. – Т.22., №2. – С. 12–21.
 13. Радионов, В.Г. Энциклопедический словарь дерматовенеролога [Текст] / В.Г. Радионов. – Луганск: ОАО «ЛОТ», 2009. – 616 с.
 14. Сергеев, А.Ю. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза [Текст] / О.Л. Иванов, Ю.В. Сергеев, А.Н. Вахлаков и др. // Вестн. дерматол. и венерол. – 2002. – № 3. – С. 31–35.
 15. Сергеев, А.Ю. Дерматофитии [Текст] / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 15. – С. 845–891.
 16. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных микроспорией [Текст]: этиология, диагностика, клиника и лечение / – М., 2015. – 18 с.
 17. Цыкин, А.А. Онихомикоз [Текст] / А.А. Цыкин, К.М. Ломоносов // – Рос. Мед. Журн. – 2007. № 15-19. – С.371–376.
 18. Atzori, L. Tinea atypica [Text] / L. Atzori, M. Pau, N. Aste // G. Ital. Dermatol. Venereol. – 2013. – Vol. 148, № 6. – P. 593–601.
 19. Zhan, P. Epidemiological changes in tinea capitis over the sixty years of economic growth in China [Text] / P. Zhan [et al.] // Med. Mycol. – 2015. – № 7. – P. 691–698.
 20. Lacarrubba, F. Newly described features resulting from high-magnification dermoscopy of tinea capitis [Text] / F. Lacarrubba, A. E. Verzi, G. Micali // JAMA Dermatol. – 2015. – Vol. 151, № 3. – P. 308–310.
 21. Mendez-Tovar, L.J. Pathogenesis of dermatophytosis and tinea versicolor [Text] / L.J. Mendez-Tovar // Clin Dermatol. – 2010. – № 2 (28). – P. 185–189.
 22. Uhrlaß, S. Microsporum canis: Current data on the prevalence of the zoophilic dermatophyte in central Germany [Text] / S Uhrlaß, C. Krüger, P. Nenoff // Hautarzt. – 2015. – Vol. 66, № 11. – P. 855–862.
 23. Zhan, P. The Changing Face of Dermatophytic Infections Worldwide [Text] / P. Zhan, W. Liu // Mycopathologia.

Radionov V.G., Solomina V.G.

**A CLINICAL CASE OF ATYPICAL MICROSPORIA OF SMOOTH SKIN
IN A CHILD (A SHORT REVIEW OF LITERATURE)**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Saint Luka Lugansk State Medical University» MH RF*

Summary

The questions of epidemiology, etiology, diagnosis, therapy and prophylaxis of derma-tomycoses in children remain actual and significant ones for many specialists and in the main for the dermatologists. In the last years patients with chronic course of mycoses are registered, more of the in comparison with that it was in the previous years. Inopportune revealing of atypical course of the forms of microsporia and unjustified application of irrational therapy of the patients at the prehospital stage, all this complicate further not only its diagnosis but carrying out of the valuable treatment of the disease as well. An analysis of a clinical case of the atypical course of microsporia of smooth skin in a 13-year-old child and irrational treatment of the disease at the prehospital stage is presented.

Keywords: *microsporia, epidemiology, etiology, pathogenesis, children.*

Авторская справка и доленое участие

Радионон В.Г .

д.мед.наук, проф., заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Свт. Луки» Минздрава России (дизайн исследования, обзор и обработка публикаций по теме статьи, научное редактирование статьи).

Соломина В.Г.

заведующая детским отделением ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР, ассистент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Свт. Луки» Минздрава России (диагностика, обследование, лечение, анализ полученных данных, написание черновика текста статьи), e-mail: sempera@mail.ru.

УДК 616.972-071.7

Проценко О.А.¹, Тахташов И.Р.^{1,2}

СЛУЧАЙ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России¹,
Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР²*

Резюме

Представлен клинический случай шанкриформной пиодермии у мужчины 37 лет после перенесенного опоясывающего лишая. Обсуждаются особенности этиологии, патогенеза, клиники шанкриформной пиодермии, выделены факторы риска развития заболевания, показаны особенности дифференциальной диагностики с твердым шанкром.

Ключевые слова: шанкриформная пиодермия, дифференциальная диагностика, клинический случай.

В последние десятилетия изменилась структура заболеваемости сифилисом, увеличилось число больных со скрытыми и атипичными формами, что нередко затрудняет своевременную диагностику и проведение противоэпидемических мероприятий [1]. В то же время есть ряд заболеваний, удивительно напоминающие активные проявления сифилиса, в частности, первичную сифилему, но относящиеся к совершенно другой группе инфекционных дерматозов. Одним из таких заболеваний является шанкриформная пиодермия, которую относят к хроническим язвенным стрептостафилодермиям [2].

Шанкриформная пиодермия (pyodermia chancriformis) – редкое дерматологическое заболевание гнойно-воспалительного характера, впервые описанная в 1934 г. Хоффманном, который отметил значительную схожесть ее клинических проявлений с твердым шанкром при сифилисе.

Возбудителями шанкриформной пиодермии являются золотистый стафилококк, различные представители стрептококков, *Pseudomonas aeruginosa*, некоторые штаммы *Proteus* [3].

Пути проникновения: через микроповреждения кожи, расчесы, в т. ч. при чесотке или других зудящих дерматозах; возможен занос инфекции гематогенным путем.

Предрасполагающие факторы: снижение иммунитета и неспецифической устойчивости кожи/слизистых; сопутствующая патология (сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ-инфекция и др.); нерациональное питание; несоблюдение правил личной гигиены.

Особенности клиники. Очаг поражения обычно одиночный. У большинства (90%) больных локализуется в области половых органов: на головке полового члена, крайней плоти, малых и больших половых губах [3]. В 10% случаев возможно экстрагенитальное расположение (лицо, губы, веки, язык, конечности). Первичным элементом обычно является везикула или пустула, которая быстро эрозируется или изъязвляется с формированием очага округлых или овальных очертаний, дно покрыто гнойным отделяемым, гангренозным распадом или геморрагической коркой разной толщины. В основании очага – плотный инфильтрат, который обычно выходит за пределы язвы [3]. При удалении корки обнажается язва, до 1-2 см в диаметре, с ровным дном, розовато-красной окраски, с незначительным гнойным отделяемым и приподнятыми краями. В некоторых случаях по периферии очага имеется узкий воспалительный ободок. Субъективные ощущения отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы увеличены до размера вишни или лесного ореха, плотные, безболезненные, не

спаяны между собой и с подлежащими тканями. [3]. Заживление происходит в течение 2-3 недель, реже – 1-2 месяцев. Правильный диагноз устанавливается на основании неоднократных отрицательных результатов исследования отделяемого язвы в темном поле, отрицательных серологических тестов, обследования половых партнеров. В практической деятельности таких больных нередко ставят на клинико-серологический контроль в течение 6 месяцев.

Учитывая редкость патологии, приводим наше клиническое наблюдение.

Клинический случай

Пациент И., 37 лет, житель крупного промышленного города, обратился в дерматовенерологический диспансер 14.03.2023 г. без направления на консультацию.

Жалобы на высыпания и болезненность в области мошонки.

Анамнез заболевания. Считает себя больным около 2-х месяцев, когда появились болезненные пузырьки на коже туловища. Обратился к врачу-дерматовенерологу. Установлен диагноз опоясывающий лишай. Назначены ацикловир, лоратадин, нимесил, фукоцин, мазь ацикловир. Отметил уменьшение болезненности и регресс высыпаний на коже туловища. Через 7-10 дней заметил высыпания в области мошонки, в связи с чем самостоятельно обратился в диспансер.

Половой анамнез. Холост. Возраст начала половой жизни — 17 лет. Половая связь около 1 года назад с малознакомой женщиной. Имени и адреса назвать не может. Другие половые связи в течение последнего года категорически отрицает. Бытовых контактов нет. Проживает один.

Объективно: кожные покровы туловища и конечностей, ладони, подошвы, волосистая часть головы, слизистая полости рта без специфических проявлений сифилиса.

На коже боковой поверхности туловища по ходу межреберных нервов на уровне 4-5 ребра справа очаги гиперпигментации округлой формы от 2,0 до 3,5 см в размерах.

На коже передней поверхности мошонки, ближе к основанию полового члена определяется язва округлой формы, диаметром до 2,5 см, с узким воспалительным ободком по периферии. Дно язвы ярко-розового цвета, с плотным инфильтратом в ос-

новании и скудным слизисто-гнойным отделяемым.

Паховые лимфатических узлы до 1,0-1,5 см в диаметре, плотные, болезненные при пальпации, не спаяны с окружающими тканями и между собой.

При многократных исследованиях (до полного рубцевания язвы) на *Treponema pallidum* методом темнопольной микроскопии отделяемого язвы в области мошонки — бледная трепонема не обнаружена. Учитывая гноеподобное отделяемое язвы для увеличения эффективности исследования на бледную трепонему перед проведением забора материала применяли вначале примочки гипертоническим раствором (на 5-10 минут), затем - с 0,9% раствором хлорида натрия, не реже 2-3 раз в сутки. Исследования проводили вплоть до разрешения дефекта

Реакции связывания комплемента (РСК) с кардиолипиновым антигеном и трепонемными антигенами отрицательные, микрореакции преципитации (МРП) отрицательные от 16.03.2023 г., от 17.03.2023 г., от 22.03.2023 г., от 30.03.2023 г., от 06.04.2023 г. РИФ-200 и РИФ-абс. - отрицательные от 16.03.2023 г., 06.04.2023 г.

В мазках из уретры: лейкоциты единичные в поле зрения, гонококки, трихомонады, дрожжевые клетки не обнаружены. Методом ПЦР – в соскобе из уретры *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis* - не обнаружены. В ПЦР соскобах из уретры ВПЧ 16,18 типа - не обнаружены, вирус герпеса 1, 2, 6 типа - не обнаружены.



Рисунок 1. Пациент И., 37 лет. Язва в области мошонки с плотным инфильтратом, выходящим за пределы очертания.

Обсуждение

Особенностью данного клинического случая является то, что шанкриформная пиодермия дебютировала спустя короткое время после опоясывающего лишая, который развился в достаточно молодом возрасте (37 лет) без видимых причин (снижения иммунитета, переохлаждения или др.). Поскольку все высыпания на половых органах, особенно в молодом возрасте, прежде всего требуют исключения сифилиса, именно его диагностике уделяется особое внимание. Клиническая практика свидетельствует о том, что ошибки в диагностике первичного сифилиса допускают не только врачи-дерматовенерологи, но и врачи других специальностей (хирурги, акушеры-гинекологи, терапевты, отоларингологи, урологи). Случай шанкриформной пиодермии представляет определенные сложности в дифференциальной диагностике с твердым шанкром вследствие схожести клинических проявлений. Однократно отрицательные микробиологические и серологические тесты не исключают специфической инфекции, а прием антибиотиков пролонгирует инкубационный период и последовательную стадийность течения сифилиса. Именно поэтому для лечения шанкриформной пиодермии нельзя применять антибиотики, или же использовать такие, которые не влияют на бледную трепонему (например, гентамицин).

Пролонгация до 6 месяцев клинико-серологического наблюдения за такими больными обуслов-

лена знанием времени позитивации специфических серологических тестов. Так, РСК с кардиолипновым, с трепонемным антигеном, МРП становятся положительными на 5 - 6-й неделе после заражения у 25-60% больных, на 7-8-й неделе - у 75-96% и с 9-10-й недели - у 100%. РИФ-200 и РИФ-абс. становятся позитивными у 80-85% больных первичным серонегативным сифилисом приблизительно с 3 недели от момента заражения, т.е. еще до появления твердого шанкра, что имеет практическое значение для ранней диагностики болезни. Чувствительность метода при первичном сифилисе - 70-100%, при вторичном и позднем - 96-100%, специфичность - 94-100% [2]. Исследования РСК и МРП необходимо проводить не реже 1 раза в 7 дней, РИФ-200 и РИФ-абс 2-3-кратно в течение не менее 21 дня либо до полного заживления дефекта слизистой. Результаты обследования половых партнеров существенно помогают обоснованному выбору лечебно-диагностической тактики.

Выводы

Отсутствие *Treponema pallidum* в отделяемом язв, отрицательные 3-4-х кратные результаты РСК и МРП в течение не менее 21 дня, отрицательные 3-х кратные результаты РИФ-200 и РИФ-абс в течение не менее 21 дня, отсутствие других признаков сифилиса, помогают дифференцировать пиодермию от первичной сифиломы. Пациентам с установленным диагнозом шанкриформной пиодермии, рекомендуется клинико-лабораторный контроль в течение не менее 6 месяцев.

Список литературы

1. Венерические болезни: руководство для врачей [текст] / Под ред. О.К. Шапошниковой. М.: Медицина, 1991. - 544 с.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем [текст]. - 5-е изд., переработ. и доп. - М.: Деловой экспресс, 2016. - 768 с.
3. Starzycki, Z. Chancriform pyoderma as a clinical problem: observation of 45 patients treated at the Dermatology Clinic, Medical Academy, in Cracow 1962-1986 [text] / Z. Starzycki //Przegl. Dermatol. - 1990. -№ 77 (5). - P.348-354.

Protsenko O.A.¹, Takhtashov I.R.^{1,2}

**THE CASE OF CHANCRIFORM PYODERMA IN THE PRACTICE OF A
DERMATOVENEROLOGIST**

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF¹,
Republican Clinical Dermatovenerological Dispensary of the MH DPR²*

Summary

A clinical case of chancriform pyoderma in a 37-year-old man after suffering from herpes zoster is presented. The features of the etiology, pathogenesis, and clinical picture of chancriform pyoderma are discussed, risk factors for the development of the disease are identified, and features of differential diagnosis with chancroid are shown.

Keywords: *chancriform pyoderma, differential diagnosis, clinical case.*

Авторская справка и долевое участие

Проценко О.А.

д.мед.н., проф., заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, тел.+79493407318 (научное редактирование статьи).

Тахташов И.Р.

к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, врач-дерматовенеролог высшей категории РКДВД МЗ ДНР, +79494076924 (анализ данных литературы, написание текста статьи).

Проценко О.А., Корчак И.В., Боряк С.А., Грицай О.Д.

АЛГОРИТМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЗАМИ ГЕНИТАЛИЙ В СВЯЗИ С ИППП/ВИЧ/СПИД

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России*

Резюме

Представлен пошаговый алгоритм медицинского консультирования больных с дерматозами гениталий в связи с инфекциями, передающимися половым путем и ВИЧ/СПИД. Обсуждаются особенности коммуникативного общения, толерантности к проблеме, умение не только оказать медицинскую помощь, но психо-эмоциональную поддержку. Разработанный алгоритм решает несколько проблем: развитие навыков коммуникативного общения у врача дерматолога, осознание пациентом значения рискованного сексуального поведения и формирование мотивации к его изменению, раннее выявление ИППП/ВИЧ, повышение эффективности лечения и профилактики хронического рецидивирующего заболевания кожи с преимущественным или изолированным поражением гениталий.

Ключевые слова: *дерматозы гениталий, медицинское консультирование.*

Хронические рецидивирующие заболевания кожи с преимущественным или изолированным поражением гениталий имеют отличительные патогенетические признаки, обусловленные анатомическими особенностями этой зоны, в том числе микробиома кожи и слизистых [5]. Известно, что активные проявления дерматозов на гениталиях, сопровождающиеся нарушением целостности естественного кожно-слизистого барьера, являются входными воротами для патогенов, повышая риск инфицирования ИППП/ВИЧ в десятки раз [2,4,6]. К тому же, больные с хроническими рецидивирующими заболеваниями кожи обычно не связывают дерматоз с ИППП и далеко не всегда расположены озвучивать урогенитальные и сексуальные проблемы на приеме у дерматолога, предпочитая обращаться в private медицинские центры. В связи с этим важным компонентом лечебно-диагностического процесса при дерматозах гениталий является владение дерматологом навыками коммуникативного общения, умение проводить медицинское консультирование с пациентами, не всегда расположенными к откровенному разговору. Пациент должен понимать, что эта информация не-

обходима для достижения долгосрочного лечебного эффекта, пациент должен ощущать поддержку врача и готовность помощи в преодолении сложившейся проблемы. С другой стороны, хронические дерматозы интимной зоны, как и ИППП/ВИЧ, оказывают сами по себе влияние на психо-эмоциональное состояние пациента, и медицинское консультирование этих лиц имеет свои особенности [1-4].

Проведенными ранее исследованиями нами обоснован, разработан и внедрен алгоритм проведения медицинского консультирования пациентов различных целевых групп с учетом возможных путей инфицирования и форм рискованного поведения [4]. Отработаны технологии проведения обучения навыкам медицинского консультирования. Показано, что основными требованиями к специалисту являются доступность, четкость и последовательность в представлении информации, конфиденциальность и толерантность, использование как вербальных, так и невербальных методик коммуникативного общения. При этом пациент должен ощущать, что при медицинском консультировании в центре внимания стоят именно его интересы и проблемы. Дерматолог,

проводящий консультирование, не должен брать на себя ответственность за решения пациента. Именно в этом случае возможно достижение основной цели медицинского консультирования.

Разработанной пошаговый алгоритм проведения медицинского консультирования включает следующие обязательные этапы ведения диалога:

1. Представьтесь и попросите представиться пациента. Форма общения должна быть удобной. Пациент должен ощущать доброжелательность, но не допустимо панибратство.

2. Гарантируйте собеседнику соблюдение конфиденциальности. Объясните пациенту, в чем заключаются его права и ответственность. Акцентируйте внимание, что Ваша задача, помочь определиться с правильным выбором решения проблемы, и что это решение, безусловно, есть.

3. Выясните причину обращения пациента. Перефразируя слова пациента, уточните, что вы правильно поняли его проблему.

4. Узнайте, обращался ли он ранее за помощью и результаты обращения.

5. Обсудите с пациентом возможные пути решения проблемы.

6. Окажите помощь в определении выбора пациента с учетом его психо-эмоционального состояния и социально-экономического положения.

7. Определите необходимость привлечения других специалистов к решению проблем пациента.

8. Обсудите с пациентом целесообразность привлечения других лиц (партнеров, друзей, родственников) к решению проблемы.

9. Договоритесь о повторном визите.

Выясняя причину обращения пациента в настоящее время и ранее к другим специалистам, нужно обратить внимание, что поводом для обращения могли быть:

- дерматологические проблемы;
- появление дискомфорта со стороны половых органов, снижение потенции (у мужчин), фригидность (у женщин), бесплодие и др.;
- информации о болезни полового партнера;
- тесный бытовой контакт с больным ИППП;
- случайная половая связь;
- повышенная мнительность.

Для определения, что вы правильно поняли проблему пациента, перефразируя его слова, постарайтесь уточнить причину обращения:

- наличие симптомов болезни;
- информация об ИППП/ВИЧ у полового или бытового партнера;

- половой контакт с малознакомым партнером.

Узнавая, обращался ли ранее пациент за помощью и результаты обращения, уточните, когда появилась причина, заставившая обратиться за помощью:

- пациенты нередко первоначально занимаются самолечением, если да, то что именно принимал или делал;

- первое обращение могло быть к гинекологу, урологу или знакомому врачу;

- уточните, делали ли какие-либо анализы, если да, то что было обнаружено;

- уточните, ставили ли какой-либо диагноз или как называли болезнь;

- выясните, был ли пациент доволен результатами обращения, если нет, то почему.

- обсудите с пациентом возможные пути решения проблемы:

- объясните, что для эффективного лечения дерматоза этой зоны необходимо исключить или подтвердить диагноз ИППП/ВИЧ, а для этого нужно необходимо провести лабораторное обследование;

- однократно отрицательные результаты лабораторных анализов не исключают инфекции из-за наличия инкубационного периода, который может быть разным при различных ИППП и ВИЧ;

- разные инфекции имеют различную продолжительность инкубационного периода - от нескольких дней до 3-4 недель и даже месяцев;

- некоторые медикаменты (антибиотики) могут удлинять инкубационный период, «переводить» инфекцию в скрытую форму с длительным бессимптомным течением и формированием осложнений (бесплодие, импотенция и др.).

Окажите помощь в определении выбора пациента с учетом его психо-эмоционального состояния и социально-экономического положения:

- пациент имеет право получать медицинскую помощь как в государственных медицинских учреждениях, так и в частных медицинских центрах, имеющих лицензию на этот вид деятельности;

- качество медицинской помощи, критерии постановки диагноза и объем обязательного лечения во всех медицинских учреждениях будет одинаковым; частные клиники могут обеспечить большую комфортность лечения и обследования.

Определите необходимость привлечения других специалистов к решению проблем пациента:

- некоторые ИППП могут поражать не только половые органы, но и другие органы и системы (хламидиоз – суставы, глаза и др., сифилис – нервную систему, сердце и др.);
- полноценное лечение ИППП/ВИЧ окажет влияние на любую локализацию болезненного процесса, однако при сочетанной патологии целесообразно проводить лечение с учетом этих заболеваний одновременно;
- необходимость привлечения других специалистов решается индивидуально.

Обсудите с пациентом целесообразность привлечения других лиц (партнеров, друзей, родственников) к решению проблемы:

- акцентируйте внимание на необходимости обследования всех половых партнеров, независимо кратности сексуального контакта (однократная связь, постоянные контакты);
- при выявлении ИППП половой партнер

подлежит обязательному и одновременному лечению;

- иммунитета к ИППП нет, при повторном контакте с источником инфекции возможно повторное заражение;
- разъясните, каким путем может произойти заражение при ИППП/ВИЧ и обсудите, кого необходимо привлечь к обследованию.

Обговаривая повторный визит, примите во внимание что:

- при склонности к рискованным формам поведения целесообразно периодически проверять состояние своего здоровья, в среднем - 1 раз в 3 месяца;
- после случайного полового контакта целесообразно обратиться сразу, а затем через 1 и 3 месяца.

Таким образом, разработанный пошаговый алгоритм медицинского консультирования пациентов с дерматозами гениталий решает несколько проблем: развитие навыков коммуникативного общения у врача дерматолога, осознание пациентом значения рискованного сексуального поведения и формирование мотивации к его изменению, раннее выявление ИППП/ВИЧ, повышение эффективности лечения и профилактики хронического рецидивирующего заболевания кожи с преимущественным или изолированным поражением гениталий.

Список литературы

1. Добровольное консультирование и тестирование [Текст] // ЮНЭЙДС. Технический обзор, октябрь 2000. – 16 с.
2. Мавров, И.И. Обоснование необходимости внедрения методов медицинского консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа в практику кожно-венерологических диспансеров [Текст] / И.И. Мавров, О.А. Проценко // Дерматология та венерология. – 2006. – №3 (33). – С. 91–95.
3. Основы консультирования по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья: руководство [Текст] / Под ред. проф. Б.М. Ворныка. – Киев, 2004. – 170 с.
4. Проценко, О. А. ВИЧ-ассоциированные дерматозы [Текст] / О.А. Проценко. – Донецк, 2021. – 212 с.
5. Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text] / S. Burg, R. Matin, D. Wallis. – 2nd ed. – Oxford University Press, 2016. – 694 p.
6. Wanat, K.A. HIV-associated psoriasis – Is There an Optimal Treatment Regimen? [Text] / K.A. Wanat, A.S. Van Voorhees // European Dermatology. – 2010. – Vol.5. – P.22.

Protsenko O.A., Korchak I.V., Boryak S.A., Gritsai O.D.

ALGORITHM FOR COUNSELING PATIENTS WITH GENITAL DERMATOSES IN CONNECTION WITH STI/HIV/AIDS

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk National Medical University named after M. Gorky» MH RF*

Summary

A step-by-step algorithm for medical counseling of patients with genital dermatoses in connection with sexually transmitted infections and HIV/AIDS is presented. The features of communicative communication, tolerance to the problem, and the ability not only to provide medical care, but also psycho-emotional support are discussed. The developed algorithm solves several problems: developing communication skills among a dermatologist, patient awareness of the importance of risky sexual behavior and the formation of motivation to change it, early detection of STIs/HIV, increasing the effectiveness of treatment and prevention of chronic recurrent skin disease with predominant or isolated damage to the genitals.

Keywords: *genital dermatoses, medical consultation.*

Авторская справка и доленое участие

Проценко О.А.

д.мед.н., проф., заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, тел.+79493407318 (разработка концепции работы, научное редактирование статьи).

Корчак И.В.

к.мед.н., доц., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, +79494051135 (обобщение данных литературы, написание текста статьи).

Борак С.А.

к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (подбор и анализ данных литературы по проблемам медицинского консультирования).

Грицай О.Д.

к.мед.н., о.н.с., ученый секретарь научного отдела ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (анализ данных литературы по проблемам ИППП/ВИЧ/СПИД).

Жидких Т.Н., Клименко А.И., Беседина Е.И.

ПРИМЕНЕНИЕ КЕЙС-МЕТОДА В ОБУЧЕНИИ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России*

Резюме

Постоянное совершенствование работы высшей медицинской школы невозможно без внедрения в образовательный процесс новых педагогических и информационных технологий, современных методов обучения. Использование кейс-метода в обучении ординаторов по специальности «Дерматовенерология» дает возможность обучающимся проявить и усовершенствовать аналитические навыки, научиться работать в команде, находить наиболее рациональное решение поставленной проблемы. В статье описаны способы ведения кейсов, этапы решения кейсов, рассмотрены составляющие информационной культуры преподавателя высшей школы.

Ключевые слова: кейс-метод, технология обучения, ординатура, дерматовенерология.

Применение в учебном процессе активных и интерактивных технологий обучения с целью формирования и развития профессиональных умений и навыков обучающихся, сопровождается значительными изменениями в педагогической теории и практике учебно-воспитательного процесса. Одной из таких современных технологий, успешно используемой в мировом образовательном процессе, является кейс-метод.

В научной литературе исследуемая проблема изучается в следующих психолого-педагогических аспектах: становление кейс-метода как метода обучения; кейс-метод как инструмент для развития системы ценностей студентов, профессиональных и жизненных позиций студентов.

В переводе с английского языка Case – это случай, обстоятельство, положение, дело, история, факт. Это включает:

- исследование, анализ проблемы, ситуационный анализ (research, situation analysis);
- пример, конкретный пример (example, specific example);

- целевое исследование, ситуационное исследование (targeted research) [1].

Как считает С.С. Гасанова, основная образовательная роль кейс-метода заключается в том, что данная технология позволит объективно оценивать реальную ситуацию, выделять проблему, учитывать интересы других людей, устанавливать с ними контакт, влиять на их деятельность. Это способствует формированию у студентов этического и ценностного отношения к миру, к людям, к самим себе. Работа с кейсом позволяет актуализировать имеющиеся знания и активизировать научно-исследовательскую деятельность [2].

М.А. Долгоруков отмечает, что использование данного метода преподавания позволяет существенно повысить познавательный интерес студентов, магистров и слушателей к изучаемым дисциплинам, способствует развитию исследовательских, коммуникативных и творческих навыков принятия решений [3].

О.Е. Серегина сформулировала цель кейс-метода – «помочь каждому обучающемуся определить собственный уникальный путь освоения знания, ко-

торый ему более всего необходим». Одновременно, считает исследователь, данный метод выступает и как образ мышления педагога, его особая парадигма, позволяющая по-иному думать и действовать, обновлять свой творческий потенциал [8].

М.М. Русакова делает вывод о положительном эффекте использования кейс-метода на этапе постдипломного образования, так как он способствует лучшему усвоению знаний, дает возможность проверить предложения реальной практикой, учит четко формулировать свое мнение, повышает интеллектуальный и коммуникативный потенциал всех участников анализа предложенной жизненной ситуации [7].

Кейс-метод – это технология обучения, которая представляет собой анализ конкретной жизненной ситуации. При использовании анализа конкретных ситуаций возможно наиболее эффективно достигать в учебном процессе следующих целей:

- развивать аналитическое и критическое мышление;
- соединять теорию с практической деятельностью;
- прививать практические навыки работы с информацией;
- развивать навыки принятия профессиональных решений;
- расширять коммуникативную компетентность;
- формировать способности выбора оптимальных вариантов эффективного взаимодействия с людьми.

Однако нельзя назвать этот метод революционно новым для сегодняшнего медицинского образования. Еще советская медицинская школа (считавшаяся по заслугам одной из самых лучших в мире) в обучении студентов-медиков клиническим дисциплинам активно использовала метод клинических ситуаций. Когда группа студентов самостоятельно или совместно с преподавателем опрашивали и осматривали пациента, определяли диагноз и назначали терапию. Сегодня, с учетом появления новых технологий в преподавании, обучение студентов с использованием метода «кейсов» приобрело новые формы и возможности. Кейс-метод в области медицины является интерактивным средством анализа конкретной ситуации, отражающей состояние здоровья пациента, проведения дифференциальной диагностики и выбора лечебной тактики [4].

Кейс-метод приобрел широкую популярность в преподавании многих дисциплин в нашем университете. Так, например, этот интерактивный метод широко используется в обучении ординаторов по специальности «Дерматовенерология». На занятиях с применением кейсов ординаторы самостоятельно решают ситуационные задачи, что обеспечивает творческое усвоение знаний, самоуправление процессом поиска новых знаний, самоорганизацию и самоконтроль за процессами усвоения знаний, приобретения умений и навыков.

Разработка и преподавание кейсов – невероятно сложная задача, выдвигающая требования высокого профессионализма, педагогического мастерства и эрудиции.

Качественный кейс должен объединять в себе несколько ключевых аспектов:

1. Соответствовать четко поставленной цели создания.
2. Иметь соответствующий уровень трудности.
3. Развивать аналитическое мышление.
4. Провоцировать дискуссию.
5. Достаточный объем первичных и статистических данных.

Как правило, обучающиеся положительно относятся к применению кейс-метода, они рассматривают решение проблемы кейса, с одной стороны, как игру, а с другой – как дополнительную возможность использовать полученные знания на практике [5].

При изучении ситуации обучающимся приходится тщательно отбирать факты, поскольку информация обычно дается не в логической последовательности, ее часть может относиться к делу, часть может быть излишней и лишь запутывать ординаторов. Обучающемуся необходимо определить, в чем заключается проблема, проанализировать ее в контексте описанной ситуации и предложить возможные пути решения [6].

Для того, чтобы познакомить ординаторов с содержанием кейса и организовать работу над ним, преподаватели нашего университета применяют следующие способы:

Первый (традиционный способ) – предложить ординаторам текст кейса целиком и заранее. В этом случае у обучающихся будет достаточно времени проработать его, изучить теоретический материал по данной проблеме, сформулировать собственные гипотезы, найти подкрепляющие или опровергающие

аргументы, произвести необходимые расчеты, анализ ситуации, изучить релевантный опыт и продумать свое выступление или написать эссе. Этот способ позволяет в наибольшей степени развивать навыки системного анализа, разработки и оценки решений.

Второй способ – познакомить ординаторов с текстом кейса непосредственно до занятия или во время занятия перед началом обсуждения в группе. При этом ординаторы смогут сформировать общее, но достаточно поверхностное представление о ситуации и проблеме, а после детализировать, углубить или даже изменить его в процессе дискуссии в группе. Этот способ можно использовать для развития у ординаторов способности быстро ориентироваться в ситуации, выделять наиболее значимые моменты, факторы риска и предлагать принципиальные направления для решения проблемы.

Третий способ – рассмотрение кейса по частям. В этом случае до занятия для предварительной подготовки выдается только часть ситуации, которая позволяет провести начальный анализ, сформулировать некоторые гипотезы и подкрепить их соответствующими аргументами. Дальнейшее поэтапное введение следующих частей помогает развивать сюжет кейса, а предоставленные новые интересные сведения позволяют совершенно иначе взглянуть на события или ситуацию. Это помогает обогатить дискуссию, расширить восприятие ситуации и тренировать системность и гибкость мышления ординаторов.

Четвертый способ – проведение кейса интерактивно в аудитории. Данный способ позволяет последовательно раскрывать содержание кейса на основании вопросов, которые задают сами ординаторы. При этом в начале занятия преподаватель обозначает тему, четко формулирует "открывающий" вопрос, кратко излагает вводную часть кейса. Затем ординаторам предлагается самостоятельно формулировать вопросы, ответы на которые позволяют прояснить ситуацию, сформулировать и проанализировать проблему, предложить варианты решений и оценить их. Главное преимущество такого способа в том, что он развивает у ординаторов умение поэтапно исследовать незнакомую ситуацию, последовательно задавая «правильные» вопросы [4].

Безусловно, умелое сочетание различных способов ведения кейса позволяет разнообразить учебный процесс, повысить интерес ординаторов к обучению, добиться конкретных целей обучения.

Решение кейсов состоит из нескольких шагов:

- 1) исследование предложенной ситуации (кейса);
- 2) сбор и анализ недостающей информации;
- 3) обсуждение возможных вариантов решения проблемы;
- 4) выработка наилучшего решения.

В кейсе-решении ситуационной задачи требуется не только описать событие, но и сформулировать проблему, рассмотреть различные варианты её решения, выявить причины, прогнозировать последствия. Для решения кейсов мы предлагаем обучающимся поразмышлять, какую проблему хочется рассмотреть, подобрать фрагмент художественного произведения; описать ситуацию. Затем подготовить вопросы, проанализировать различные аспекты ситуации; выявить причинно-следственные связи; предложить альтернативные способы решения проблемы; сформулировать выводы и представить граф.

Представление результатов анализа кейса, выступает очень важным аспектом кейс-метода. Умение публично представить интеллектуальный продукт, хорошо его рекламировать, показать его достоинства и возможные направления эффективного использования, а также выстоять под шквалом критики, является очень ценным интегральным качеством современного специалиста. Презентация оттачивает многие глубинные качества личности: волю, убежденность, целенаправленность, достоинство и т.п.

Казалось бы, все просто. На самом деле существует несколько подводных камней, способных озадачить участников, впервые имеющих дело с кейсами.

Во-первых, кейс не имеет единственного правильного ответа. Оптимальное решение может быть одно (при этом оно не всегда может быть реализовано в реальной ситуации), а вот эффективных решений, как правило, несколько.

Во-вторых, условные данные кейса могут противоречить друг другу или постоянно меняться. Кейс строится на реальных фактах и имитирует настоящую жизненную ситуацию, а в жизни не раз приходится сталкиваться с другими трудноразрешимыми проблемами.

В-третьих, как правило, кейсы решаются в условиях ограниченного времени. В реальной жизни не всегда есть возможность выяснить все детали и иметь перед глазами полную картину.

Поэтому применение кейс-метода в об-

учении ординаторов по специальности «Дерматовенерология» требует высокой информационной культуры преподавателя. Последняя включает:

- наличие навыков поиска необходимых данных в различных источниках информации;
- способность использовать информационно-коммуникационные технологии;
- умение анализировать информацию;
- владение практическими способами работы с различной информацией;
- знание и соблюдение законодательства об охране интеллектуальной собственности.

В заключении хотелось бы отметить, что

кейс-метод вырабатывает умение решать профессиональные ситуации с учетом конкретных условий и фактического материала, формирует способность к проведению анализа и диагностики проблем, умение в процессе общения отстаивать свою позицию, анализировать поступающую информацию. Использование кейсов повышает интерес к изучаемой дисциплине, способствует формированию исследовательских, организационных, коммуникативных и творческих навыков, учит самостоятельности в принятии решений по серьезным проблемам, с которыми обучающиеся непременно столкнутся в дальнейшем в профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Бахтина, А.С. Проблема использования кейс-стади в образовательном процессе [Текст] / А.С. Бахтина // Вестник науки Сибири. – 2016. – № 2 (21). – С. 23-31.
2. Гасанова, С. С. Кейс-технология в практике высшего образования [Текст] / С. С. Гасанова // Управление инновациями: теория, методология, практика. – 2013. – № 7. – С. 153–157.
3. Долгоруков, М. А. Метод case-study как современная технология профессионально-ориентированного обучения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.evolkov.net/case/case.study.html>.
4. Кейс-метод в преподавании гигиены – монография [Текст] / Д. О. Ластков. – Донецк, ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. ГОРЬКОГО, 2022. – 329 с.
5. Назарова, С.Н. Применение метода кейса в обучении [Текст] / С.Н. Назарова // Проблемы современной науки и образования. – 2016. – № 37 (79). – С. 108-112
6. Оруджева Е.И. Формы и методы обучения персонала [Текст] / Е. И. Оруджева // Публичные библиотеки. Пути взаимодействия. – 2016. – №13. – 132 с.
7. Русакова, М.М. Кейс-технологии на занятиях английского языка в медицинском университете [Текст] / М. М. Русакова, Т. М. Серикова // Медицинское образование в XXI веке: традиции и инновации. Материалы XX Межрегиональной учебно-методической конференции 22 апреля 2015 г. – Архангельск, 2015. – С. 130–132.
8. Серегина, О. Е. Кейс-технология как условие продуктивного обучения в условиях реализации ФГОС [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ckeystehnologiya_kak_uslovie_produkktivnogo_obucheniya_v_usloviyah_realizatsii_fgos.docx

Zhidkikh T.N., Klimenko A.I., Besedina E. I.

APPLICATION OF THE CASE METHOD IN THE TRAINING OF RESIDENTS IN THE SPECIALTY «DERMATOVENEROLOGY»

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
«Donetsk State Medical University named after M. Gorky» MH RF*

Summary

Continuous improvement of the work of the higher medical school is impossible without the introduction of new pedagogical and information technologies, modern teaching methods into the educational process. The use of the case method in the training of residents in the specialty «Dermatovenerology» gives students the opportunity to show and improve their analytical skills, learn how to work in a team, find the most rational solution to the problem. The article describes the methods of conducting cases, the stages of solving cases, the components of the information culture of a high school teacher are considered.

Keywords: *case-study, learning technology, internship, dermatovenerology.*

Авторская справка и доленое участие

Жидких Т.Н.

к. пед. н., доц., доцент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава РФ, тел. +79493860933 (анализ полученных данных, написание текста)

Клименко А.И.

к. мед. н., доц., доцент кафедры гигиены и экологии имени проф. Ласткова О.А. ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава РФ, тел. +79493410897 (научное редактирование статьи).

Беседина Е.И.

к. мед. н., доц., заведующая кафедрой организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава РФ, тел. +79493130255 (предложена идея статьи, концепция и дизайн).

Требования к оформлению статей

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

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

Структура статьи:

- УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа
- Резюме с ключевыми словами
- Текст статьи
- Список литературы
- Резюме на английском языке с ключевыми словами

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

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

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

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

Таблицы и рисунки. Таблицы должны иметь заголовки и сквозную в порядке их первого упоминания в тексте нумерацию, обозначаемую арабскими цифрами без знака номера (например, Таблица 1).

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

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

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

Journals).

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

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

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

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

- Участие автора в статье;
- Долевое участие авторов.

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

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

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

Дата введения 01-07-2004

Библиографическое описание: новый государственный стандарт

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

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

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

Книга под фамилией автора

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

1 автор:

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

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

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

2 автора:

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

Кузовлев, В.П. Философия активности учебной деятельности учащихся [Текст]: монография / В.П. Кузовлев, А.В. Музальков. - 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.

Информация для авторов

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; опубли. 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 вре- мен 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]: авто-реф. дис... канд. филолог, наук / А.К. Григорьева. - Пенза: ПТТУ, 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 // Собор: 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.

Информация для авторов

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.html>).

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.

Подписано к печати 12.10.2023 г.

Формат 60×84/8 усл. печ. л. 11,28. Учет. Изд. л. 5,97.

Печать лазерная. Заказ № 2308. Тираж 300 экз. Цена свободная.

Отпечатано в рекламно-производственной фирме «Таркус» (ФЛП Шрамко А. В.)

на цифровом лазерном комплексе Херох С-60.

ДНР, Донецк, пр. Дзержинского, 69 б.

a-tarcus@yandex.ru