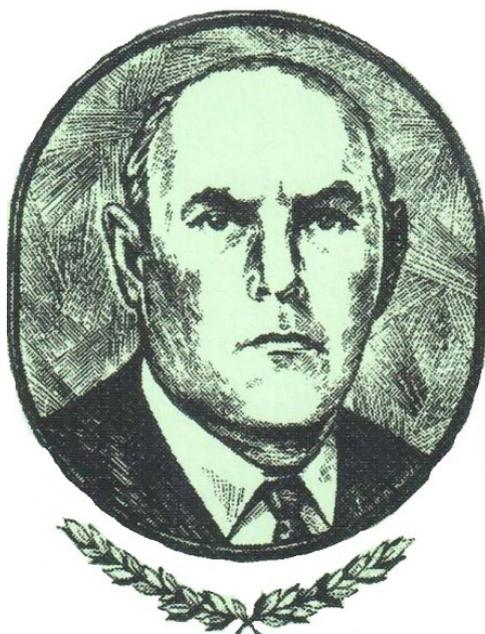


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Донецкий
государственный медицинский университет
имени М. Горького» Министерства здравоохранения
Российской Федерации**



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

2023 № 4 (42)

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:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России)

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:

dermakosmetfinfo@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)

Радионов 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 ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, 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 гнездной алопеции у больных с хронической герпесвирусной инфекцией в зависимости от концентрации витамина D6

Проценко Т.В., Милус И.Е., Шпатусько М.Н., Мехова Г.А., Мехова Л.С. Микроядерный тест буккальных эпителиоцитов при атопическом дерматите и алопеции..... 11

Романенко К.В., Жданова И.О., Романенко В.Н., Горбенко А.С. УФ-В 311 нм фототерапия псориаза (клинико-морфологическое исследование)17

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Логунов П.В. Эффективность лечения токсикоаллергических дерматозов у онкологических больных с применением гипербарической оксигенации 25

Проценко Т.В., Гаруст Ю.В. Случай ассоциации псориаза с витилиго и розацеа у больной с эндокринопатиями30

Черноус В.В. Клинико-гормональные параллели у мужчин с акне35

ПРОБЛЕМЫ КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Власова В.Н. Здоровьесберегающие технологии39

Проценко О.А., Дегтярева В.В. Оценка состояния кожи и соматического здоровья у здоровых лиц (по результатам анализа анкетирования)44

Проценко О.А., Пилипенко В.В. Режим питания подростков и эстетическое состояние кожи и здоровья в целом50

ПО СЛЕДАМ КОНФЕРЕНЦИЙ61

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей63

Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления65

Contents

ORIGINAL RESEARCH

Zubarevskaya O. A. Clinical and epidemiological features of alopecia areata in patients with chronic herpes virus infection depending on the concentration of vitamin D 6

Protsenko T.V., Milus I.Ye., Shpatusko M.N., Mekhova G.A., Mekhova L.S. Micronucleus test of buccal epithelial cells in atopic dermatitis and alopecia 11

Romanenko K.V., Zhdanova I.O., Romanenko V.N., Gorbenko A.S. UV-B 311 nm phototherapy of psoriasis (clinical and morphological study) 17

CLINICAL CASES, PRACTICE OBSERVATIONS

Logunov P.V. Efficiency of treatment of toxicoallergic dermatoses in cancer patients using hyperbaric oxygenation..... 25

Protsenko T.V., Garust Yu.V. A case of association of psoriasis with vitiligo and rosacea in a patient with endocrinopathies 30

Chernous V.V. Clinical and hormonal parallels in men with acne 35

PROBLEMS OF COSMETOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE

Vlasova V.N. Health-saving technologies 39

Protsenko O.A., Degtyareva V.V. Assessment of skin condition and physical health in healthy individuals (based on the results of a questionnaire analysis) 44

Protsenko O.A., Pilipenko V.V. Dietary regimen of adolescents and the aesthetic condition of the skin and health in general 50

FOLLOWING THE CONFERENCES 61

INFORMATION FOR AUTHORS

Requirements for registration of articles 63

Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003). Bibliographic record. Bibliographic description: General requirements and rules compiling 65

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Непрерывное медицинское образование предполагает постоянное приобретение и осмысление полученных знаний, умение анализировать полученную клиническую информацию и выделять ведущие симптомы, на которые должна быть направлена терапевтическая стратегия. А это предполагает, прежде всего, умение клинически мыслить, выстраивать диагностический алгоритм не «под болезнь», а под конкретного больного в текущее время, взаимодействовать с врачами других специальностей. Не менее важным для врача является владение навыками коммуникативного общения, умение анализировать не только анамнез, но и поведенческие реакции. Уже на этапе опроса врач должен показать дерма-

тологическому больному важность питания, ухода за кожей, некоторых привычек для контроля за течением заболевания.

В дерматовенерологии, как и во всей клинической медицине, в последние десятилетия актуальна проблема полиморбидности, при которой может меняться классическое течение дерматозов, а лечение представляет особые сложности. «Лечить больного, а не болезнь», задействовать в лечение минимальное оптимальное число медикаментозных препаратов с максимальным терапевтическим эффектом - это и есть искусство врачевания, которому учатся всю профессиональную жизнь.

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

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

Т.В. Проценко

Зубаревская О.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТАМИНА D

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Резюме

Цель. Изучить клинико-эпидемиологические особенности гнездной алопеции (ГА) у больных с хронической герпесвирусной инфекцией (ХГВИ) в зависимости от концентрации 25-ОН витамина D.

Материалы и методы. Наблюдали 89 больных ГА (60 женщин и 29 мужчин) в возрасте от 8 до 71 лет (средний возраст $33,7 \pm 5,8$ лет), получавших лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансера МЗ ДНР с 2016 по 2023 г.г. Больные были разделены на две группы: 1-я группа – больные ГА с ХГВИ (n=55) и 2-я группа – больные ГА без ХГВИ (n=34). Анализировали клинико-anamnestические данные ГА: количество эпизодов, продолжительность последнего эпизода, взаимосвязь количества эпизодов, тяжести дерматоза и концентрации витамина D. Витамин D определяли с помощью иммуноферментного метода на анализаторе SUNRISE (TECAN, Австрия) с использованием набора для количественного определения концентрации 25-ОН витамина D в сыворотке (EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG, Lubeck, Германия).

Результаты. Показано, что среди больных ГА с ХГВИ, в отличие больных ГА без ХГВИ, статистически значимо чаще встречались лица с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы – 74,5% и 55,9% больных соответственно. Среди больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, в сравнении с больными ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D, было больше лиц с 2 и более рецидивами – 82,9% и 42,9% больных соответственно. Продолжительность рецидивов более 12 месяцев была у 85,4% больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы и лишь у 37,1% больных ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D. Больные ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы чаще имели средне-тяжелые формы дерматоза, в сравнении с больными ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D – 85,4% и 37,1% больных соответственно.

Выводы. Полученные данные указывают на необходимость определения концентрации 25-ОН витамина D у больных ГА с ХГВИ с целью оптимизации лечебно-реабилитационной программы ведения больных.

Ключевые слова: гнездная алопеция, хроническая герпесвирусная инфекция, 25-ОН витамин D.

Гнездная 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 [1-5].

Несмотря на разработанные протоколы и стандарты лечения до настоящего времени часто встречаются резистентные к лечению и тяжелые формы ГА (тотальная, универсальная), особенно на фоне дру-

гой сопутствующей патологии. Одной из самой распространенной сопутствующей патологией, встречающейся у 90% населения, является хроническая герпесвирусная инфекция (ХГВИ), которая может длительно протекать бессимптомно, изменяя функционирование всех регуляторных систем организма и способствуя хронизации дерматоза, непродолжительности ремиссии и устойчивости к традиционной терапии. В то же время до настоящего времени лишь единичные работы посвящены изучению влияния концентрации 25-ОН витамина D на течение ГА, особенно при сочетании с ХГВИ (герпес, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр) [1-5].

Цель работы: изучить клинико-эпидемиологические особенности ГА у больных с ХГВИ в зависимости от концентрации 25-ОН витамина D.

Материалы и методы

Проанализированы анамнестические и клинические данные 89 больных ГА (60 женщин и 29 мужчин) в возрасте от 8 до 71 лет (средний возраст $33,7 \pm 5,8$ лет), получавших лечение в условиях дневного дерматовенерологического стационара Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера МЗ ДНР с 2016 по 2023 год.

В связи с целью работы больные ГА были разделены на две группы: 1-я группа – больные ГА с ХГВИ ($n=55$) и 2-я группа – больные ГА без ХГВИ ($n=34$). Изучали и анализировали следующие клинико-анамнестические данные ГА: количество эпизодов, продолжительность последнего эпизода, клиническая тяжесть, взаимосвязь количества эпизодов, тяжести дерматоза и концентрации 25-ОН витамина D.

Концентрацию 25-ОН витамин D в сыворотке крови больных определяли с помощью иммуноферментного метода на анализаторе SUNRISE (TECAN, Австрия) с использованием набора 25-ОН Vitamin D ELISA для количественного определения концентрации 25-ОН витамина D в сыворотке (EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG, Lubeck, Германия).

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов непараметрического анализа. Для сравнения структуры групп в процентах использовали « ϕ » 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

Установлено, что в наших наблюдениях преобладали лица женского пола, по сравнению с мужским – 60 (67,4%) и 29 (32,6%) больных соответственно ($\phi=4,75$, $p<0,01$).

При исследовании показателей 25-ОН витамина D выявлено, что его дефицит (концентрация $<9,0$ нг/мл) был у 13 (14,6%) больных. Обращало внимание, что в 1-й группе таких больных было больше, чем во 2-й – 10 (18,2%) и 3 (8,8%) больных соответственно ($\phi=1,27$, $p=0,1$). Недостаточность (концентрация от 9,0 до 24,0 нг/мл) была у 47 (52,8%) больных, при этом в 1-й группе таких лиц было больше, чем во 2-й – 31 (56,4%) и 16 (47,1%) больных соответственно ($\phi=0,85$, $p>0,04$). Нормальная концентрация была у 26 (29,2%) больных, в 1-й группе – у 12 (35,3%) больных и лишь у 14 (25,5%) больных 2-й группы ($\phi=0,98$, $p>0,04$). Избыточная концентрация 25-ОН витамина D была лишь у 3 (3,4%) больных, включенных в наше исследование, и все они были представителями 2-й группы (рис.1). Обратило на себя внимание, что суммарно лиц с показателями концентрации 25-ОН витамина D ниже нормы (до 24 нг/мл) было статистически значимо больше в 1-й группе, чем во 2-й – 41 (74,5%) и 19 (55,9%) больных соответственно ($\phi=1,81$, $p=0,03$).

В соответствии с поставленными целями исследования дальнейшее изучение клинико-эпидемиологических особенностей ГА проводили у больных с ХГВИ.

При анализе количества эпизодов ГА (табл. 1) установлено, что больные с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, в сравнении с больными ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D, чаще имели в анамнезе 2 и более рецидивов дерматоза – 34 (82,9%) и 6 (42,9%) больных соответственно ($\phi=2,79$, $p<0,01$).

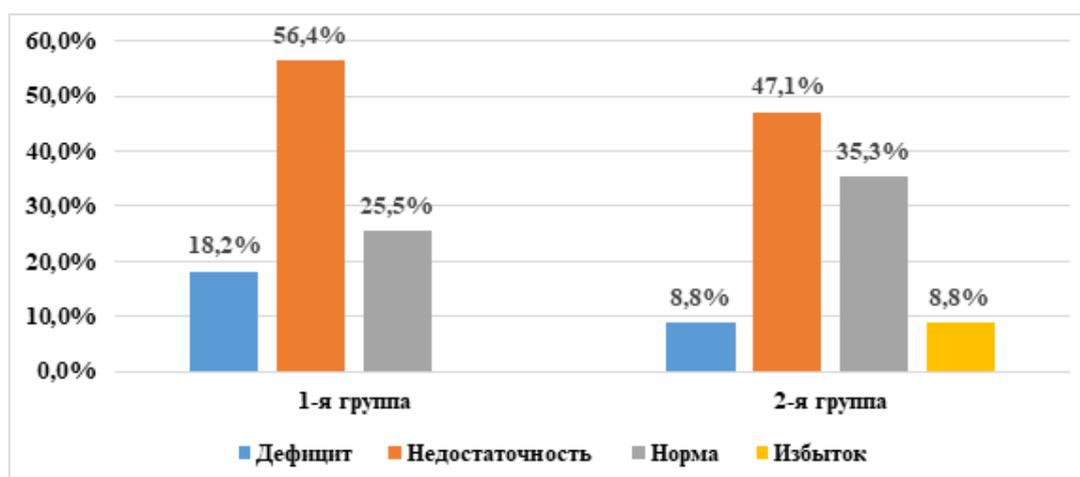


Рисунок 1. Показатели концентрации 25-ОН витамина D в группах сравнения.

Таблица 1

Распространение больных в зависимости от количества рецидивов ГА и концентрации 25-ОН витамина D

Число рецидивов / концентрация витамина D	Меньше нормы (n=41)		Норма (n=14)		Всего (n=55)		Сравнение групп
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	7	17,1	8	57,1	15	27,3	$\varphi=2,79, p<0,01$
2–3	23	56,1	4	28,6	27	49,1	$\varphi=1,83, p=0,03$
Более 3-х	11	26,8	2	14,3	13	23,6	$\varphi=1,01, p>0,1$

При анализе продолжительности последнего эпизода ГА в зависимости от концентрации 25-ОН витамина D также выявили значимые различия (табл. 2). Так, продолжительность последнего эпизода бо-

лее 12 месяцев была у 24 (58,5%) больных ГА с ХВГИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы и лишь у 3 (21,4%) больных ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D ($\varphi=2,52, p<0,01$).

Таблица 2

Распространение больных в зависимости от продолжительности последнего эпизода ГА и концентрации 25-ОН витамина D

Продолжительность эпизода / концентрация витамина D	Меньше нормы (n=41)		Норма (n=14)		Всего (n=55)		Сравнение групп
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
<3 мес	6	14,6	5	35,7	11	20,0	$\varphi=1,6, p=0,06$
3–12 мес	11	26,8	6	42,9	17	30,9	$\varphi=1,1, p>0,1$
12–24 мес	15	36,6	3	21,4	18	32,7	$\varphi=1,1, p>0,1$
2–5 лет	9	21,0	0	0	9	16,4	$\varphi=3,2, p<0,01$

Аналогичная тенденция выявлена при анализе тяжести дерматоза (табл.3). Статистически значимо преобладали средние и тяжелые формы ГА у больных с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D

ниже нормы, в сравнении с больными ГА с ХГВИ и нормальной концентрацией 25-ОН витамина D – 35 (85,4%) и 8 (37,1%) больных соответственно ($\varphi=2,08$, $p=0,01$).

Таблица 3

Распространение больных в зависимости от клинической тяжести ГА и концентрации 25-ОН витамина D

Тяжесть ГА/ концентрация витамина D	Меньше нормы (n=41)		Норма (n=14)		Всего (n=55)		Сравнение групп
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Легкая	6	14,6	6	42,9	12	21,8	$\varphi=2,08$, $p=0,01$
Средняя	26	63,4	8	57,7	34	61,8	$\varphi=0,41$, $p>0,1$
Тяжелая	9	21,0	0	0	9	16,4	$\varphi=3,2$, $p<0,1$

Таким образом, проведенные исследования показали значимость концентрации 25-ОН витамина D при ГА у больных с ХГВИ.

Выводы

1. Выявлено, что среди больных ГА с ХГВИ, в отличии больных ГА без ХГВИ, статистически значимо чаще встречались лица с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы – 41 (74,5%) и 19 (55,9%) больных соответственно.

2. У больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, в сравнении с больными ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D, дерматоз чаще имел более 2-х рецидивов – 34 (82,9%) и 6 (42,9%) больных соответственно.

3. Установлено, что продолжительность по-

следнего эпизода дерматоза более 12 месяцев была у 35 (85,4%) больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы и лишь у 8 (37,1%) больных ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D.

4. Больные ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы чаще имели средне-тяжелые формы дерматоза, в сравнении с больными ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D – 35 (85,4%) и 8 (37,1%) больных соответственно.

5. Полученные данные указывают на необходимость определения концентрации 25-ОН витамина D у больных ГА с ХГВИ с целью оптимизации лечебно-реабилитационной программы ведения больных.

Список литературы

1. Гаджигорова, А. Г. Клиническая трихология [Текст] / А.Г. Гаджигорова. — М.: Практическая медицина, 2022. — 264 с.
2. 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. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25905> (дата обращения: 20.04.2023).
3. Hordinsky, M. Alopecia areata update [Text] / M. Hordinsky, A.L. Junqueira // Semin. Cutan. Med. Surg. — 2015. — Vol. 34, № 2. — P. 72—75.
4. 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.

5. 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 «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary

Purpose. To study the clinical and epidemiological features of alopecia areata (AA) in patients with chronic herpesvirus infection (CHVI) depending on the concentration of 25-OH vitamin D.

Materials and methods. We analyzed the anamnestic and clinical data of 89 patients with AA (60 women and 29 men) aged from 8 to 71 years (average age 33.7±5.8 years), who received treatment in the daytime dermatovenerological department of the Republican Clinical Dermatovenerological Dispensary of the Ministry of Health of the DPR since 2016 until 2023. In connection with the purpose of our work, for further analysis, patients with AA were divided into two groups: group 1 – patients with AA with CHVI (n=55) and group 2 – patients with AA without CHVI (n=34). The following clinical and anamnestic data of AA were studied and analyzed: number of episodes, duration of the last episode, clinical severity and the relationship between the number of episodes and the severity of dermatosis. The concentration of 25-OH vitamin D in the blood serum of patients was determined using the enzyme immunoassay method on a SUNRISE analyzer (TECAN, Austria) using a 25-OH Vitamin D ELISA kit for quantitative determination of the concentration of 25-OH vitamin D in serum (EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG, Lubeck, Germany).

Results. It was shown that among patients with HA with CHVI, in contrast to patients with HA without CHVI, there were statistically significantly more often people with a concentration of 25-OH vitamin D below normal – 74.5% and 55.9% of patients, respectively. Among patients with GA with CHVI with a concentration of 25-OH vitamin D below normal, in comparison with patients with GA with CHVI with a normal concentration of 25-OH vitamin D, there were more people with 2 or more relapses – 82.9% and 42.9% of patients respectively. The duration of relapses was more than 12 months in 85.4% of patients with HA with CHVI with a concentration of 25-OH vitamin D below normal, and only in 37.1% of patients with HA with CHVI with a normal concentration of 25-OH vitamin D. Patients with HA with CHVI with a concentration Moderate forms of dermatosis were more likely to have 25-OH vitamin D levels below normal, compared to HA patients with CHVI with normal 25-OH vitamin D concentrations – 85.4% and 37.1% of patients, respectively.

Conclusions. The data obtained indicate the need to determine the concentration of 25-OH vitamin D in HA patients with CHVI in order to optimize the treatment and rehabilitation program for patient management.

Keywords: alopecia areata, chronic herpes viral infection, 25-OH vitamin D.

Авторская справка

Зубаревская О.А.

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

УДК 616.311 – 018.7 076

Проценко Т.В.¹, Милус И.Е.^{1,2}, Шпатусько М.Н.^{1,2}, Мехова Г.А.¹, Мехова Л.Н.¹

МИКРОЯДЕРНЫЙ ТЕСТ БУККАЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ И АЛОПЕЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации¹, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР²

Резюме

Цель. Изучить показатели микроядерного теста буккальных эпителиоцитов у больных атопическим дерматитом (АД) с диффузной алопецией и без нее и определить их значимость при ведении больных

Материал и методы. Обследованы 176 больных АД в возрасте от 18 до 45 лет, в том числе 88 женщин и 88 мужчин, из которых у 48 больных (24 женщины и 24 мужчины) АД сочетался с диффузной алопецией. Контрольной была группа из 42 здоровых лиц (21 женщина и 21 мужчина), которые не имели дерматологических проблем. Микроядерный теста буккального эпителия определяли по стандартной методике с оценкой общего количества и доли разных типов aberrantных клеток и клеток с ядерными аномалиями на 2000 клеток.

Результаты. Показано, что aberrantные клетки буккального эпителия были во всех сравниваемых группах, в том числе и в контрольной, при этом обращало внимание количественное и гендерное различие. Общее количество aberrantных клеток при АД было $34,72 \pm 2,68\%$ у женщин и $36,39 \pm 4,3\%$ у мужчин; при сочетании АД и алопеция таких больных было $37,27 \pm 3,4\%$ и $39,0 \pm 2,04\%$ соответственно (в контрольной группе - $7,00 \pm 0,59\%$ и $6,47 \pm 0,5\%$ соответственно). Доля двуядерных клеток при АД и у женщин, и у мужчин была почти в 2 раза больше показателей контрольной группы, а у больных АД с алопецией – почти в 2 раза больше, чем у больных только с АД. Так, у больных АД женщин этот показатель составил $3,44 \pm 0,85\%$, а у больных АД женщин с алопецией - $6,05 \pm 0,56\%$; у больных АД мужчин - $3,33 \pm 0,86\%$, а у больных АД мужчин с алопецией - $6,32 \pm 0,83\%$. Аналогичная тенденция прослежена и при анализе доли апоптозных клеток, которые у больных АД в 2-2,5 раза превышали показатели контрольной группы, а при сочетании АД с алопецией – были достоверно выше, по сравнению с больными только АД, как у женщин, так и у мужчин. Клинико-цитогенетические сопоставления показали, что наиболее выраженными нарушения были у больных АД с индексом SCORAD более 30 и у больных АД, даже легкой формой (индекс SCORAD 10-20), но в сочетании с алопецией.

Выводы. Выявленные изменения можно использовать в процессе ведения больных и для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: атопический дерматит, алопеция, микроядерный тест.

Персонализированный подход в клинической практике последние годы находит все более широкое применение. Одним из путей решения такого подхода может быть назначение терапии и учет ее эффективности на основании анализа состояния неспецифической резистентности, локального и системного гомеостаза организма больного в текущее время. С этой целью может быть использован микроядерный тест буккальных эпителиоцитов, информативность кото-

рого была продемонстрирована ранее проведенными многочисленными исследованиями [1-6,8]. Было доказано, что процессы, лежащие в основе образования микроядер, отражают апоптоз и жизнеспособность клетки, являются индикатором состояния здоровья и генетической стабильности организма [1,4].

Известно, что микроядра образуются в процессе созревания базальных клеток слизистой оболочки внутренней поверхности щеки человека

вследствие воздействия экзо- или эндогенных патогенных факторов; время выхода аберрантных клеток в верхний слой слизистой индивидуально, зависит от характера воздействия на организм и, в среднем, составляет около недели [4,6,8]. Размеры и другие отличительные признаки микроядер, образующихся в буккальных эпителиоцитах, отражают выраженность воспалительного процесса, степень влияния соматической или другой патологии на организм в целом и готовность его к терапевтическому ответу [2,3,5]. На основании этого было предложено применять показатель численности клеток, содержащих микроядра, для оценки степени выраженности воспалительных заболеваний [1,4]. Процедура проведения микроядерного теста (взятие буккального эпителия) неинвазивна, безболезненна, не требует дорогостоящего оборудования и может быть проведена неограниченное количество раз.

Цель исследования. Изучить показатели микроядерного теста буккальных эпителиоцитов у больных атопическим дерматитом (АД) с диффузной алопецией и без нее и определить их значимость при ведении больных.

Материал и методы

Под наблюдением были 176 больных АД в возрасте от 18 до 45 лет, в том числе 88 женщин и 88 мужчин, из которых у 48 больных (24 женщины и 24 мужчины) АД сочетался с диффузной алопецией. Контрольной была группа из 42 здоровых лиц (21 женщина и 21 мужчина), которые не имели дерматологических проблем.

Для постановки микроядерного теста забор буккального эпителия проводили после тщательного полоскания полости рта физиологическим раствором. Соскоб клеток буккального эпителия брали с внутренней стороны щеки стерильным шпателем, затем аккуратно наносили на предметное стекло, фиксировали и окрашивали толуидиновым синим. Затем препараты микроскопировали и оценивали общее количество и долю разных типов аберрантных клеток и клеток с различными ядерными аномалиями (феномен «разбитого яйца», кариопикноз, кариорек-

сис, двуядерные клетки, амитоз) на 2000 клеток [1,4]. Для анализа брали только расправленные неповрежденные отдельно лежащие эпителиальные клетки с непрерывной гладкой границей, без наложений в монослое, исключая клетки, на поверхности которых имелись многочисленные микроорганизмы.

Статистическая обработка результатов исследования проведена по стандартным программам с использованием методов биostatистики. Так как анализируемые данные отличались от закона нормального распределения, при сравнении средних значений в 3-х и более выборках был использован метод множественных сравнений Крускала–Уоллиса. При оценке динамики изменения средних значений в исследуемых группах использовали Т-критерий Вилкоксона для 2-х сопряженных выборок. При сравнении распределения значений качественных признаков в 3-х и более группах использовали критерий χ^2 . Нулевую гипотезу отвергали при уровне значимости $p < 0,05$. Количественные признаки приводили в виде среднего арифметического и ошибки ($\pm m$) среднего, а также медианы, минимума и максимума значения переменных. Для сравнения качественных признаков использовали показатель частоты встречаемости, выражаемый в относительной частоте P (%) и ее стандартной ошибке $\pm m$ [7].

Результаты и их обсуждение

Проведенный анализ показал, что аберрантные клетки буккального эпителия были во всех сравниваемых группах, в том числе и в контрольной, при этом обращало внимание количественное и гендерное различие. Так, общее количество аберрантных клеток в контрольной группе было несколько больше у мужчин, чем у женщин – $7,00 \pm 0,59\%$ и $6,47 \pm 0,5\%$ соответственно (табл.). Значительно большее количество аберрантных клеток было у больных АД, особенно при сочетании с алопецией, при этом прослежена подобная гендерная тенденция. Общее количество аберрантных клеток на 2000 просмотренных при АД было $34,72 \pm 2,68\%$ у женщин и $36,39 \pm 4,3\%$ у мужчин. При сочетанной патологии (АД и алопеция) таких больных было $37,27 \pm 3,4\%$ и $39,0 \pm 2,04\%$ соответственно.

Сравнительный анализ аберрантных клеток буккального эпителия в группах сравнения (доля клеток, $M \pm m, \%$)

Тип аберрации	Контрольная группа, n=42		Больные АД, n=128		Больные АД, n=128	
	женщины, n=21	мужчины, n=21	женщины, n=64	мужчины, n=64	женщины, n=24	мужчины, n=24
Общее количество аберрантных клеток	6,47 ± 0,50	7,00 ± 0,59	34,72 ± 2,68	36,39 ± 4,3	37,27 ± 3,4	39,0 ± 2,04
Двухядерные клетки	1,63 ± 0,29	1,84 ± 1,19	3,44 ± 0,85	3,33 ± 0,86	6,05 ± 0,56	6,32 ± 0,83
Апоптозные клетки	2,47 ± 0,38	1,63 ± 0,33	7,89 ± 2,46	8,0 ± 2,26	8,82 ± 1,14	9,73 ± 0,81

Особый интерес представлял анализ доли двухядерных клеток (рис. 1). Считают, что они образуются в результате негативного воздействия на эпителиоциты, находящиеся на завершающей стадии деления [4]. Доля двухядерных клеток при АД и у женщин, и у мужчин была почти в 2 раза больше показателей контрольной группы, а у больных АД с алопецией – почти в 2 раза больше, чем у больных только с АД. Так, у больных АД женщин этот показатель составил $3,44 \pm 0,85\%$, а у больных АД женщин с алопецией – $6,05 \pm 0,56\%$; у больных АД мужчин – $3,33 \pm 0,86\%$, а у больных АД мужчин с алопецией – $6,32 \pm 0,83\%$.

Аналогичная тенденция прослежена и при анализе доли апоптозных клеток, которые у больных АД в 2-2,5 раза превышали показатели контрольной группы, а при сочетании АД с алопецией – были достоверно выше, по сравнению с больными только АД, как у женщин, так и у мужчин (табл.).

Среди аберрантных клеток, помимо двух-

ядерных, у больных АД обнаруживали клетки с различными ядерными аномалиями, доля которых была существенно выше при сочетании АД с алопецией: ядерные насечки, ядра атипичной формы, вакуолизированные ядра, кариопикноз, кариолизис. Вакуолизация ядра – это признак апоптоза и ранней деструкции ядра, является индикатором генотоксичности и основным механизмом элиминации клеток с генетическими повреждениями [1,4]. Ранние стадии апоптоза у обследованных больных проявлялись также конденсацией хроматина в ядре, кариопикнозом и кариорексисом (рис. 2). Кариопикноз рассматривают как дегенеративное изменение ядра, проявляющееся уменьшением его размера, уплотнением, гомогенным и интенсивным окрашиванием [1,4].

Еще одним характерным дегенеративным изменением ядра был кариорексис, сопровождающийся распадом его на отдельные интенсивно окрашенные части с гомогенной структурой (рис. 3).



Рисунок 1. Двухъядерная клетка в цитограмме буккального эпителия у больного К., 34 лет, с atopическим дерматитом в форме диффузного нейродермита.

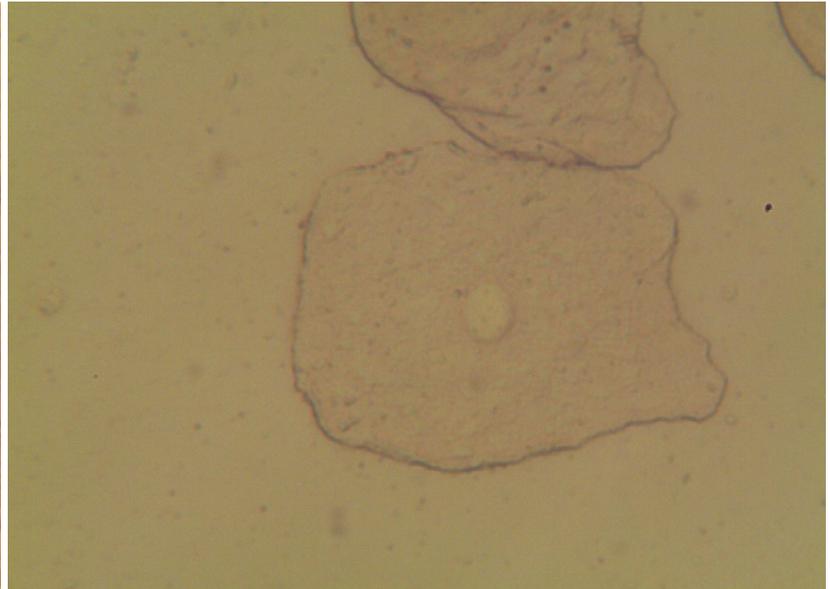


Рисунок 2. Ранняя стадия деструкции ядра (апоптоз). Больная Н., 23 года, atopический дерматит, эритемато-сквамозная форма с лихенификацией, в сочетании с диффузной телогеновой алопецией.

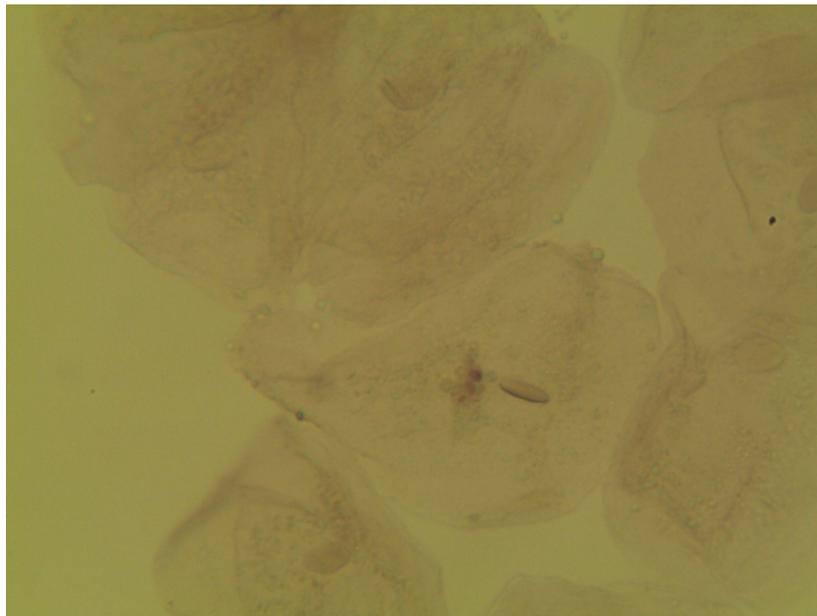


Рисунок 3. Кариорексис. Больная Л., 19 лет, atopический дерматит, эритемато-сквамозная форма с лихенификацией, в сочетании с диффузной телогеновой алопецией.

Большинство авторов расценивают кариорексис, кариолизис и кариопикноз как завершение деструкции ядра, рассматривая их как индикаторы токсического воздействия [1-6,8].

Проведенные клиничко-цитогенетические сопоставления показали, что наиболее выраженными нарушениями были у больных АД с индексом SCORAD более 30 и у больных АД, даже легкой формой (ин-

декс SCORAD 10-20), но в сочетании с алопецией. Выявленные изменения могут быть полезными при составлении программы лечебно-реабилитационных мероприятий, учитывая хроническое рецидивирующее течение обоих заболеваний.

Выводы

1. Выявлено увеличение общего числа aberrантных эпителиоцитов у больных АД, по сравнению

с контрольной группой, наиболее выраженное при сочетании АД и алопеции.

2. Среди аберрантных клеток наиболее часто были двуядерные клетки, апоптотные клетки с различной степенью выраженности деструкции ядра, являющиеся индикаторами токсического действия.

3. Показаны гендерные отличия цитогенетических нарушений как в группе контроля, так и у дерматологических больных.

4. Выявленные изменения можно использовать в процессе ведения больных и для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Буккальные эпителиоциты как инструмент клинико-лабораторных исследований [Текст] / М.А. Абаджиди [и др.] // Нижегородский медицинский журнал. – 2003. – №3-4. – С. 105–110.
2. Использование микроядерного теста для оценки эффективности лечения аллергии у детей: методические рекомендации [Текст] / Т.С. Колмакова [и др.]. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2013. – 31 с.
3. Калаев, В.Н. Оценка стабильности генома больных сахарным диабетом I типа с использованием микроядерного теста в буккальном эпителии [Текст] / В.Н. Калаев, К.Б. Красножон, И.В. Игнатова // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 11 (часть 2). – С. 288–295.
4. Калаев, В. Н. Микроядерный тест буккального эпителия ротовой полости человека [Текст] / В. Н. Калаев, М. С. Нечаева, Е. А.Калаева. – Издательский дом ВГУ, 2016. – 196 с.
5. Иммуноцитохимическое исследование буккального эпителия: оптимизация диагностики рака молочной железы [Текст] / С.С. Коновалов [и др.] // *Молекул. медицина*. – 2012. – № 6. – С. 17–19.
6. Сравнительная характеристика цитограмм буккального эпителия на протяжении первого года ортодонтического лечения аномалий развития у детей [Текст] / А.В. Куркин [и др.] // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2015. – № 12-7. – С.12–44.
7. Как описывать статистику в медицине [Текст] / Т.А. Ланг [и др.] // *Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов*. – М.: *Практическая медицина*. – 2011. – 480 с.
8. Юй, Р. И. Цитологический анализ слизистой оболочки полости рта как достоверный критерий оценки ее гистофизиологии, патологии и эффективности лечения [Текст] / Р. И. Юй // *Вестник КазНМУ*. – 2006. – № 1. – С. 299–314.

Protsenko T.V.¹, Milus I.Ye.^{1,2}, Shpatusko M.N.^{1,2}, Mekhova G.A.¹, Mekhova L.N.¹
MICRONUCLEAR TEST OF BUCCAL EPITHELIOCYTES IN ATOPIC DERMATITIS AND ALOPECIA

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation¹,
Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR²*

Summary

Purpose. To study the indicators of the micronucleus test of buccal epithelial cells in patients with atopic dermatitis (AD) with and without diffuse alopecia and to determine their significance in the management of patients

Material and methods. 176 patients with AD aged from 18 to 45 years were examined, including 88 women and 88 men, of which 48 patients (24 women and 24 men) had AD combined with diffuse alopecia. The control group

was a group of 42 healthy individuals (21 women and 21 men) who had no dermatological problems. The micronucleus test of buccal epithelium was determined using a standard method, assessing the total number and proportion of different types of aberrant cells and cells with nuclear abnormalities per 2000 cells.

Results. It was shown that aberrant cells of the buccal epithelium were present in all compared groups, including the control group, with attention paid to quantitative and gender differences. The total number of aberrant cells in AD was 34.72 ± 2.68 in women and 36.39 ± 4.3 in men; with a combination of blood pressure and alopecia, such patients were $37.27 \pm 3.4\%$ and $39.0 \pm 2.04\%$, respectively (in the control group - $7.00 \pm 0.59\%$ and $6.47 \pm 0.5\%$, respectively). The proportion of binucleate cells in AD in both women and men was almost 2 times higher than in the control group, and in patients with AD with alopecia it was almost 2 times higher than in patients with AD alone. Thus, in women with AD this figure was $3.44 \pm 0.85\%$, and in women with AD with alopecia - $6.05 \pm 0.56\%$; in male AD patients - $3.33 \pm 0.86\%$, and in male AD patients with alopecia - $6.32 \pm 0.83\%$. A similar trend was observed when analyzing the proportion of apoptotic cells, which in patients with AD were 2-2.5 times higher than in the control group, and when AD was combined with alopecia, they were significantly higher compared to patients with AD alone, both in women and in men. Clinical and cytogenetic comparisons showed that the most pronounced disorders were in patients with AD with a SCORAD index of more than 30 and in patients with AD, even a mild form (SCORAD index 10-20), but in combination with alopecia.

Conclusions. The identified changes can be used in the process of patient management and to optimize treatment and rehabilitation measures.

Keywords: *atopic dermatitis, alopecia, micronucleus test.*

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).

Милус И.Е.

к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (обследование и ведение больных с атопическим дерматитом, анализ литературы, написание текста статьи).

Шпагусько М.Н.

аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (обследование и ведение больных с алопецией, сбор и анализ литературы).

Мехова Г.А.

к.мед.н., доц., доцент кафедры биологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (проведение генетических исследований, статистическая обработка).

Мехова Л. С.

к.мед.н., доц., доцент кафедры биологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (трактовка результатов генетического исследования, анализ данных литературы).

Романенко К.В.¹, Жданова И.О.², Романенко В.Н.¹, Горбенко А.С.¹

УФ-В 311НМ ФОТОТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации¹, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР²

Резюме

Цель. Изучить эффективность УФ-В 311нм фототерапии и ее влияние на некоторые звенья морфогенеза кожи больных псориазом, базируясь на данных клиники и биопсий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения псориаза методами: стандартным (I группа, n=45), сочетанным с УФ-В 311нм фототерапией (II группа, n=100), моно УФ-В 311нм фототерапии (III группа, n=14). Проведено сравнительное патогистологическое исследование биоптатов кожи с использованием стандартных – у больных I (n=15) и II (n=15) групп, а также иммуногистохимических-Ki-67, CD4, CD8 – у больных III группы (n=14) методов окрашивания до-и после лечения.

Результаты. При использовании комплексной УФ-В 311нм фототерапии, в сравнении с традиционной, клиническая ремиссия и значительное улучшение наступили соответственно у 91 (91%) и 28 (62,2%), а при моно УФ-В 311нм фототерапии – у 12 из 14 пациентов. При этом исчезли паракератоз, абсцессы Мунро, снизилась митотическая активность базальных клеток, уменьшилось количество Ki-67⁺ кератиноцитов, повысился индекс CD4⁺/CD8⁺ с 0,32±0,01 до 0,62±0,06.

Выводы. Антипролиферативное и противовоспалительное действие УФ В 311нм фототерапии на кожу больных псориазом позволяет расценивать ее как эффективный патогенетический метод лечения. Индекс CD4⁺/CD8⁺ – 0,60-0,62 может считаться пороговым диагностическим критерием адекватности проводимого лечения.

Ключевые слова: псориаз, УФ-В 311нм фототерапия, лечебный патоморфоз.

Псориаз – хронический генетически детерминированный аутоиммунный полиэтиологический воспалительный дерматоз с нарушением эпидермальной пролиферации, провоцируемый экзогенными и эндогенными факторами и проявляющийся эритематозно-чешуйчатыми элементами, папулами и бляшками. Псориазом страдает от 2% до 7% населения; отмечается тенденция к увеличению торпидно протекающих форм дерматоза, резистентных к проводимой терапии [4,8]. До настоящего времени не решен вопрос о ведущей роли эпидермальных или дермальных факторов в развитии заболевания [5].

Данные многих исследователей свидетельствуют о важной роли иммунных реакций, опосредованных Т-лимфоцитами в развитии воспалительного

процесса в коже больных псориазом, [4,6,11,16,18]. В частности, установлено повышенное содержание CD4⁺ и CD8⁺ лимфоцитов в коже больных, по сравнению со здоровой кожей [4,11]. В нормальной коже всегда присутствует небольшое количество Т-лимфоцитов, которые, как правило, располагаются вокруг посткапиллярных венул поверхностного сплетения или придатков кожи. Соотношение хелперы/супрессоры составляет 0,93-0,96 [5], однако результаты исследований весьма противоречивы: одни авторы отмечают преобладание CD4⁺ лимфоцитов, другие CD8⁺.

Нарушения клеточного звена иммунитета выражаются как в снижении общего количества лимфоцитов, так и в сдвиге соотношения популяций

T-хелперы/T-супрессоры в сторону преобладания T-хелперного звена. При изучении распределения субпопуляций T-лимфоцитов в крови и пораженной коже при псориазе выявлено перемещение T-хелперов в кожный покров. При этом инфильтраты в очагах поражения состояли исключительно из T-хелперов и небольшого количества макрофагов [1]. Во внешне неизменной коже больных псориазом количество цитотоксических T-лимфоцитов в 3-5 раз выше, чем в зоне поражения [11]. Другие авторы [2,4] констатировали преобладание CD8+ клеток над CD4+ лимфоцитами в коже вне зависимости от давности заболевания, его распространенности, пола и возраста больных.

Таким образом, фенотипические особенности T-лимфоцитов в воспалительном инфильтрате при псориазе дискуссионны, четко не отражают патогенетические механизмы патологического процесса [1].

В последние годы УФ-В 311нм фототерапия, наряду с ПУВА-терапией, занимает лидирующее положение среди физиотерапевтических методов лечения псориаза [3,10,12,13,17,18,19], так как позволяет достичь максимального супрессивного и противовоспалительного эффекта при минимальном повреждающем воздействии на ткани с лучшим соотношением риск/польза [7,9,12]. Несмотря на большой опыт применения УФ-В 311нм фототерапии при псориазе, механизм ее действия до сих пор не выяснен окончательно [4] и требует более глубокого детального анализа с учетом фенотипических особенностей клеток воспалительного инфильтрата [6,14], что и определяет актуальность изучаемой проблемы [16,18]. В отечественной литературе имеются немногочисленные публикации по изучению действия и эффективности УФ-В 311нм фототерапии при псориазе [1,2,3,4,5,6,9], так как высокая стоимость оборудования ограничивает его распространение [3].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности УФ-В 311нм терапии при псориазе, ее влияния на клинико-морфологическую структуру кожи с использованием гистологических и иммуногистохимических методов.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 159 больных с бляшечным псориазом (87 мужчин и 72 женщины в возрасте от 23 до 55 лет). Критериями включения в исследование были пациенты с бляшечным псориазом в прогрессирующей и стационарной стадиях, лег-

ким и среднетяжелым течением, распространенным характером, индексом PASI более 10 и фототипом кожи II и III.

При опросе и обследовании больных исключались общепризнанные противопоказания для проведения фототерапии: возраст до 16 лет, злокачественные новообразования любой локализации в анамнезе и в настоящее время, распространенные пигментные невусы, беременность и период лактации, фотодерматозы, заболевания глаз, эндокринные заболевания или заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени и др. в стадии декомпенсации. У 87 (54,7%) больных выявлены сопутствующие заболевания, не являющиеся противопоказаниями для проведения УФ-В 311нм фототерапии. Среди них у 43 (27,0%) больных отмечены компенсированные заболевания желудочно-кишечного тракта, у 26 (16,3%) – хроническая фокальная инфекция вне связи с возникновением псориаза.

Все пациенты с псориазом были разделены путем случайной выборки на 3 группы в зависимости от схемы лечения. В I группу вошли 45 больных, у которых использовалось только стандартное лечение, которое включало назначение седативной, дезинтоксикационной, гипосенсибилизирующей, гепатопротекторной, вегетотропной и наружной терапии; во II группу – 100 больных, у которых проводилось стандартное лечение и УФ-В 311нм фототерапия. У 14 пациентов (III группа) проводилась только моно УФ-В 311нм фототерапия.

Для УФ-В 311нм фототерапии псориаза мы использовали фототерапевтический аппарат GH-8ST (Германия) с длиной волны 311нм. Начальные дозы облучения устанавливали в зависимости от фототипа кожи без определения минимальной эритемной дозы, согласно рекомендациям фирмы-изготовителя аппарата. У больных со II фототипом она составляла 0,231 Дж/см², с III – 0,322 Дж/см². Разовое увеличение дозы было равномерным и составляло 0,05-0,1 Дж/см², что при достаточной эффективности сводило к минимуму побочные реакции. Через 6-8 часов после 3-4 процедуры обычно появлялась легкая эритема, которая самостоятельно разрешалась через 6-12 часов. При возникновении фотодерматита у 8 (7,0%) больных лечение временно прекращали до разрешения эритемы, а затем возобновляли с разовой дозы, меньшей, по сравнению с последней, на 0,05-0,1 Дж/см². Разовую дозу увеличивали до появления призна-

ков регресса дерматоза (интенсивное уплощение папул, приобретение бляшками вида колец), после чего оставляли на достигнутом уровне до полного исчезновения высыпаний, и вновь увеличивали на 0,1 Дж/см², если регресс сыпи замедлялся или прекращался. После 20 процедуры последующие разовые дозы облучения не повышали и они составляли соответственно 1,654 и 2,305 Дж/см². Стандартный курс лечения состоял из 20-25 процедур с режимом 3-4 раза в неделю. Эффективность лечения определяли по динамике индекса PASI, а также по количеству больных, достигших клинической ремиссии или уменьшения PASI не менее чем на 96% от исходного; значительного улучшения – при уменьшении PASI не менее чем на 76-95%; улучшения – при уменьшении PASI на 26-75%; не имевших эффекта – при уменьшении PASI менее чем на 26% [5].

У 44 больных I-III групп до- и после лечения проведено гистологическое исследование биоптатов пораженной кожи по общепринятой методике с окраской срезов гематоксилином и эозином, по ван Гизону, Вергефу, ставили PAS-реакцию. У 14 больных III группы (7 мужчин и 7 женщин в возрасте от 25 до 50 лет, медиана 45) дополнительно проводили иммуногистохимические исследования с периферии псориазических элементов в зоне гомологичных очагов [4]. Материалом для контрольного исследования служили биоптаты кожи, полученные при проведении реконструктивных косметических операций у 10 здоровых добровольцев в возрасте от 25 до 60 лет. Контрольная группа и группы больных были сопоставимы по возрасту и полу (U-тест Манна-Уитни, $p < 0,05$). Для повышения информативности и объективности сравнительной морфологической оценки кожи использовали полуколичественный метод. Оценку проводили по 4-балльной системе, соотнося обычно принятую в патогистологии описательную характеристику с определением количества баллов: 0 баллов – признак отсутствует, 1 балл – признак выражен незначительно, 2 балла – выражен умеренно, 3 балла – выражен значительно, 4 балла – выражен резко [8].

Иммуногистохимические реакции (ИГХР) проводили по стандартизированной методике с использованием серийных парафиновых срезов толщиной 3-5 мкм, помещенных на адгезивные стекла SuperFrost-Plus (Menzel, Германия). Для «демаскирования» антигенов регидратированные срезы подвергали термической обработке в растворе Target Retrieval Solution (ДАКО, Дания) с использованием микроволновой

печи. Проводили блокирование эндогенной пероксидазной активности пероксидазным блоком (ДАКО) и неспецифического связывания протеиновым блоком (ДАКО), после чего наносили первичные антитела. Иммуногистохимическая панель включала в себя следующий спектр моноклональных антител: CD4 (Т-хелперы, ДАКО, клон 4B12), CD8 (Т-супрессоры, ДАКО, клон C8/144B), Ki-67 (маркер клеточной пролиферации, ДАКО, клон MIB-1). Визуализацию первичных антител проводили с помощью высокочувствительной полимерной системы детекции ДАКО Advance. В качестве субстрата для пероксидазы хрена использовали DAB⁺ (ДАКО). Препараты докрашивали гематоксилином Майера. Далее окрашенные срезы заключали в полусинтетическую среду Eukit (Kaltex, Италия). В месте локализации антигена визуализировался продукт реакции коричневого цвета. Микроскопию препаратов и морфометрические исследования проводили на микроскопе Olympus-AX70-provis (Япония) с помощью программы анализа изображения Analysis-3.2-Pro (Soft imaging, Германия), согласно рекомендаций создателя программного обеспечения.

Статистический анализ осуществляли с применением пакета прикладных программ Statistica (Statsoft, США). Описание распределений количественных и порядковых признаков в выборках предоставляли в виде медиан и границ интерквартильных отрезков. При сравнении показателей до- и после лечения внутри групп использовали критерий Вилкоксона; при сравнении групп друг с другом – критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Показано, что использование УФ-В 311 нм излучения в комплексной терапии 100 больных псориазом II группы существенно увеличило число пациентов с достигнутой клинической ремиссией и значительным улучшением и составило 91 (91,0%) пациента, в сравнении с I группой (n=45) традиционного лечения, составивших 28 (62,2%) больных (табл. 1). При использовании моно УФ-В 311 нм фототерапии клиническая ремиссия и значительное улучшение наступило у 12 из 14 пациентов III группы. Улучшение клиники псориаза достигнуто у 9 (20,0%) больных I группы, у 9 (1,5%) – II и у 2 из 14 больных – III группы. В то же время у 8 (17,8%) больных I группы традиционного лечения положительная динамика псориаза не наблюдалась (табл. 1).

Таблица 1

Результаты разных методов лечения больных псориазом

Результаты лечения	I группа		II группа		III группа
	n	%	n	%	n
Клиническая ремиссия	9	20,0	43	43,0	7
Значительное улучшение	19	42,2	48	48,0	5
Улучшение	9	20,0	9	9,0	2
Без эффекта	8	17,8	-	-	-
Всего	45	100	100	100	14

Сравнительная морфологическая оценка биоптатов кожи при использовании комплексной УФ-В 311нм фототерапии, в сравнении с традиционным лечением, выявила минимальные остаточные явления – $0,45 \pm 0,07$ (13,8%) баллов и $0,97 \pm 0,32$ (30,4%) баллов соответственно. При этом наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась относительно таких основных проявлений псориазического процесса в коже как паракератоз, микро-

абсцессы Мунро, митотическая активность. Однако, несмотря на выраженную эффективность метода комплексной терапии, сохранялся относительно высокий процент остаточных дистрофических изменений коллагеновых волокон, явления пролиферативного васкулита – $0,81 \pm 0,14$ (24,1%) баллов и клеточной инфильтрации – $0,90 \pm 0,09$ (25,4%) баллов, которые выявляли наибольшую резистентность к терапии (табл. 2)

Таблица 2

Оценка степени выраженности морфологических изменений кожи в баллах ($M \pm m$)

Показатель	Группа I (n=15)			Группа II (n=15)		
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения	
		Абс.	%		Абс.	%
Морфологические признаки:						
- гиперкератоз	$2,43 \pm 0,24$	$0,67 \pm 0,15$	27,6	$2,70 \pm 0,09$	$0,45 \pm 0,09$	16,7
- паракератоз	$3,91 \pm 0,21$	$0,42 \pm 0,10$	10,7	$3,52 \pm 0,10$	$0,29 \pm 0,05$	8,2
- микроабсцессы Мунро	$2,05 \pm 0,35$	$0,15 \pm 0,05$	7,3	$1,79 \pm 0,23$	0,00	0
- акантоз	$3,72 \pm 0,20$	$1,25 \pm 0,10$	33,6	$3,43 \pm 0,18$	$0,49 \pm 0,09$	14,3
- митотическая активность	$3,12 \pm 0,32$	$0,62 \pm 0,15$	19,9	$2,98 \pm 0,20$	$0,24 \pm 0,04$	8,1
- реакция МГЦР и СТ дермы	$3,67 \pm 0,23$	$2,10 \pm 0,17$	57,2	$3,36 \pm 0,20$	$0,81 \pm 0,14$	24,1
- клеточная инфильтрация	$3,44 \pm 0,14$	$1,61 \pm 0,10$	46,8	$3,54 \pm 0,20$	$0,90 \pm 0,09$	25,4
Суммарная средняя оценка	$3,19 \pm 0,21$	$0,97 \pm 0,32$	30,4	$3,04 \pm 0,17$	$0,45 \pm 0,07$	13,8

Примечание: МГЦР – микрогемоциркуляторное русло; СТ – соединительная ткань.

Дальнейшее диспансерное наблюдение за пролеченными больными псориазом показало, что у больных I группы, получавших традиционное лечение, через 6 месяцев после его окончания стабильное состояние кожного процесса было отмечено у 15 (33,3%) пациентов, а через 12 месяцев – лишь у 8 (17,7%), тогда как у больных II группы аналогичные цифры составили соответственно 78 (78,0%) и 62 (62,0%) пациентов.

Применение моно УФ-В 311нм фототерапии позволило достичь улучшения клинической картины псориаза у всех 14 больных III группы (табл.1). У всех больных также констатирована положительная динамика морфологических изменений кожи в очагах псориаза. Толщина эпидермиса уменьшалась и соответствовала таковой в здоровой коже; исчез паракератоз; зернистый слой обнаруживался на всем протяжении биоптатов. Микроабсцессы Мунро отсутствовали. В эпидермисе обнаруживали единичные лимфоциты. В дерме наблюдали уменьшение активности воспалительных инфильтратов. При иммуногистохимическом исследовании в эпидермисе больных наблюдали статистически значимое уменьшение количества Ki-67+ – кератиноцитов с 55 (46;64) до 18 (16;21) на 100 клеток базального слоя, однако полной нормализации клеточной пролиферации не происходило. Различия содержания пролиферирующих клеток в группе (n=10) здоровых добровольцев – 10 (10;11) и больных III группы после моно УФ-В 311нм фототерапии были статистически значимыми (p<0,001). Корреляционных связей между процентом уменьшения содержания белка Ki-67 и клиническими показателями не было выявлено. После лечения констатировано также восстановление нормальной диф-

ференцировки кератиноцитов с новообразованием клеток зернистого слоя, в которых обнаруживалось положительное окрашивание на филаггрин. Следует подчеркнуть, что выявленные изменения гистоморфологической картины кожи, пролиферативной активности и дифференцировки кератиноцитов у всех больных имели однонаправленный характер и происходили на фоне разрешения или улучшения клинических симптомов псориаза.

Иммуногистохимические реакции с моноклональными антителами к CD4 и CD8 в биоптатах кожи до лечения характеризовались резким повышением клеток лимфоцитарного ряда в дермальном инфильтрате с преобладанием цитотоксических CD8+ позитивных Т-лимфоцитов, обнаруживаемых в количестве $78,32 \pm 1,10$ в 5 полях зрения при увеличении микроскопа 200. CD4+ Т-лимфоциты-хелперы определялись в количестве $25,48 \pm 0,69$. Индекс соотношения хелперы/супрессоры составил $0,32 \pm 0,01$ (табл. 3). В биоптатах кожи после моно УФ-В 311нм фототерапии отмечалось уменьшение объема воспалительного инфильтрата, а показатели числа лимфоцитов обоих фенотипов снижались, варьируя от 13 до 40 клеток. Уровень CD4+ Т-лимфоцитов составил $16,23 \pm 1,00$; CD8+ Т-лимфоцитов – $26,26 \pm 1,36$; индекс соотношения хелперы/супрессоры – $0,62 \pm 0,06$. Все показатели имели достоверное отличие от контроля (p<0,01). В контрольной группе индекс соотношения хелперы/супрессоры составил $0,91 \pm 0,02$ (p=0,29).

Таким образом, после моно УФ-В 311нм фототерапии, несмотря на снижение общего пула лимфоцитов в воспалительном инфильтрате, по-прежнему сохранялась тенденция к преобладанию цитотоксических CD8+ Т лимфоцитов. При этом индекс CD4/

Таблица 3

Уровень экспрессии CD4⁺ и CD8⁺-лимфоцитов в воспалительном инфильтрате кожи больных псориазом до- и после моно УФ-В 311нм фототерапии

Маркеры	Уровень экспрессии маркеров		Контрольная группа (n=10)
	До лечения (n=14)	После лечения (n=14)	
CD4	$25,48 \pm 0,69$	$16,23 \pm 1,00$	$14,50 \pm 1,08$
CD8	$78,32 \pm 2,10$	$26,36 \pm 1,35$	$15,90 \pm 1,05$
CD4/CD8	$0,32 \pm 0,01$	$0,62 \pm 0,06$	$0,91 \pm 0,02$

Механизм действия УФ-В 311нм излучения до конца не ясен. Вследствие ограниченного проникновения в кожу прямые эффекты УФ-В 311нм излучения ограничены, главным образом, клетками эпидермиса и сосочкового слоя дермы и связаны с эпидермальным уменьшением количества клеток Лангерганса и Т-лимфоцитов [6]. На настоящий момент считается, что основной механизм разрешения бляшек при псориазе под воздействием УФ-В 311нм излучения заключается в индукции им Т-клеточного апоптоза [16]. В отечественной практике имеются немногочисленные сообщения об эффективности УФ-В 311нм фототерапии при псориазе, так как высокая стоимость оборудования ограничивает его распространение [3].

А.А. Кубанова и др. (2006) [5] после успешной УФ-В 311нм фототерапии псориаза констатировали тенденцию к нормализации повышенных показателей эпидермального фактора роста и снижения трансформирующего фактора роста -3, а также уменьшение экспрессии маркера пролиферации Ki-67.

В.А. Бабанин и О.А. Притуло (2013) [1] отметили супрессивный эффект УФ-В 311нм фототерапии на лимфоцитарную инфильтрацию дермы при псориазе.

Приведенные данные литературы согласуются с нашими результатами, полученными при УФ-В 311нм фототерапии больных псориазом. УФ-В 311нм излучение оказывало положительное действие на рост и дифференцировку кератиноцитов, на воспалительные изменения в коже. Так, в эпидермисе исчезли паракаротоз и акантоз, восстановилась нормальная толщина рогового и зернистого слоев, снизилось в 3,1 раза, $p < 0,05$ (с 55 до 18 на 100 клеток базального слоя) количество Ki-67+-клеток, уменьшился эпидермальный

экзоцитоз лимфоцитов и интенсивность периваскулярных лимфоцитарных инфильтратов в дерме.

Таким образом, УФ-В 311нм фототерапия, уменьшая количество Т-лимфоцитов, преимущественно за счет CD8+ Т-лимфоцитов, объясняет клинический эффект регресса псориазных элементов. Индекс CD4/CD8 – 0,60-0,62 может считаться пороговым диагностическим критерием адекватности проводимого лечения.

Выводы

1. Комплексная УФ-В 311нм фототерапия оказывала положительное влияние как на клинические (ремиссия и значительное улучшение достигнуты у 91 (91,0%) пациента), так и на эпидермо-дермальные нарушения в коже больных псориазом. После лечения исчезли паракаротоз, микроабсцессы Мунро, восстановился зернистый слой, значительно (в 3,1 раза, $p < 0,05$) снизилось количество Ki-67+ кератиноцитов, уменьшился экзоцитоз лимфоцитов в эпидермис и интенсивность воспалительных инфильтратов в дерме.

2. Хроническое воспаление при псориазе характеризовалось низким индексом CD4/CD8 – $0,32 \pm 0,01$ за счет увеличения количества цитотоксических Т-лимфоцитов, что является показателем ($p < 0,05$) снижения адекватности местного иммунного ответа. Индекс CD4/CD8 – 0,60-0,62 может считаться пороговым диагностическим критерием адекватности проводимого лечения.

3. Полученные данные свидетельствовали об антипролиферативном, противовоспалительном действии УФ-В 311нм фототерапии на кожу больных псориазом и позволили расценивать ее как эффективный патогенетический метод лечения.

Список литературы

1. Бабанин, В.А. Стратегия лечения больных бляшечным псориазом при использовании узкополосной ультрафиолет В (NB-UVB, 311нм) терапии [Текст] / В.А. Бабанин, О.А. Притуло // *Дерматология та венерология*. - 2013. - №1(59). - С.45-52.
2. Бутарева, М.М. Опыт применения узкополосной средневолновой УФ-терапии с длиной волны 311 нм в лечении больных распространенным псориазом [Текст] / М.М. Бутарева // *Вестник дерматологии и венерологии*. - 2006. - №4. - С. 40-42.
3. Владимиров, В.В. Лечение больных псориазом ультрафиолетовой средневолновой фототерапией узкого спектра 311 нм [Текст] / В.В. Владимиров, Л.В. Меньшикова, И.Г. Черемухина [и др.] // *Вестник дерматологии и венерологии*. - 2004. - №4. - С. 29-32.
4. Жданова, И.О. Комплексное лечение больных

- псориазом с использованием узкополосной (311нм) УФ-В фототерапии [Текст] / И.О. Жданова: автореф. дис... канд.мед.наук. –Донецк, 2017. – 22с.
5. Кубанова, А.А. Динамика трансформирующего фактора роста- β при УФ-терапии с длиной волны 311нм у больных псориазом [Текст] / А.А. Кубанова, М.М. Бутарева, М.В. Савватеева [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – №5. – С. 53-55.
 6. Олисова, О.Ю. Влияние узкополосной (311 нм) фототерапии на показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных псориазом [Текст] / О.Ю. Олисова, А.М. Тальбова, Е.В. Владимирова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. – №1. – С.80-82.
 7. Олисова, О.Ю. К вопросу о переносимости и безопасности фототерапии у больных псориазом [Текст] / О.Ю. Олисова, Е.В. Грекова, К.В. Смирнов [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2023. – Т.26, № 4. – С.393-404.
 8. Романенко, К.В. Комплексне імуномодулююче та геліомедикаментозне лікування хворих на поширених велико-бляшковий псориаз з втратою сезонності перебігу [Текст] / К.В. Романенко: автореф. дис... канд.мед.наук. – Харків,2004. – 19 с.
 9. Яцкова, О.С. Эффективность и безопасность ПУВА и УФВ-311нм при псориазе: одноцентровое ретроспективное исследование [Текст] / О.С. Яцкова, Е.М. Ампилогова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2022. –Т.25, №3. – С. 211-218.
 10. Archier, E. Efficacy of psoralen UV-A therapy vs. narrowband UVB therapy in chronic plaque psoriasis [Text] / E. Archier, S. Devaux, E. Castela // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2012. – Vol. 26, Suppl.3. – P.11-21.
 11. Cabrijan, L. Growth CD4 and CD8 lymphocytes and macrophages in psoriasis [Text] / L. Cabrijan [et al.] // Acta Dermato-Venereology. - 2009. - Vol.17. - P. 162-165.
 12. Dourmishev, L.A. Correlation of disease activity and quality of life in patients with psoriasis after NB-UVB therapy [Text] / L.A. Dourmishev, K. Lyubomirova // Folia Med. (Plovdiv). -2020.-Vol.62, №1. - P.89-93. DOI: 10.3897/folmed. 62. e47797.
 13. Elmetts, C.A. Joint American academy of dermatology-national psoriasis foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with phototherapy [Text] / C.A. Elmetts, H.W. Lim, B. Stoff [et al.] J. Am. Acad. Dermatol. - 2019. - Vol. 81, N 3. - P. 775-804.
 14. Ferahbas, A. Micronucleus evaluation in mitogen-stimulated lymphocytes of narrow-band lymphocytes (311nm TL-01) UVB-treated patients [Text] / A. Ferahbas, H. Donmez-Altuntas, Z. Hamurcu // Photodermatol., Photoimmunol., Photomed. - 2004. - Vol.20. -P. 81-85.
 15. Kemeny, L. Advances in phototherapy for psoriasis and atopic dermatitis [Text] / L. Kemeny, E. Varga, Z. Novak // Expert Rev. Clin. Immunol. – 2019. – Vol.15. – P.1205-1214. DOI:10.80/17446664x.2020.1672537.
 16. Ozawa, M. 312-nanometer ultraviolet light (narrowband UVB) induced apoptosis of T-cells within psoriasis lesions [Text] / M. Ozawa [et al.] // J. Exp. Med. – 1999. – Vol.189. – P.711-718.
 17. Torres, A.E. Role of phototherapy in the era of biologics [Text] / A.E. Torres [et al.] / J. Am. Acad. Dermatol. – 2021. – Vol.84, №2. – P.479–485.
 18. Zhang, P. A clinical review of phototherapy for psoriasis [Text] / P. Zhang, M.X. Wu // Lasers Med. Sci. - 2018. – Vol. 33. – P.173-180. DOI:10.1007/s10103-017-2360-1.
 19. Ye, J. NB-UVB irradiation attenuates inflammatory response in psoriasis [Text] / J. Ye [et al.] // Dermatol.

Romanenko K.V.¹, Zhdanova I.O.², Romanenko V.N.¹, Gorbenko A.S.¹

UV-B 311NM PHOTOTHERAPY FOR PSORIASIS (CLINICAL AND MORPHOLOGICAL INVESTIGATION)

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation¹
Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR²

Summary

Purpose. To study the effectiveness of UV-B 311nm phototherapy and its effect on some parts of the morphogenesis of the skin of patients with psoriasis, based on clinical data and biopsies.

Materials and methods. The results of treatment of psoriasis using the following methods were analyzed: standard (group I, n=45), combined with UV-B 311nm phototherapy (group II, n=100), mono UV-B 311nm phototherapy (group III, n=14). A comparative pathohistological study of skin biopsies was carried out using standard staining methods in patients of groups I (n=15) and II (n=15), as well as immunohistochemical staining methods - Ki-67, CD4, CD8 - in patients of group III (n=14). before and after treatment.

Results. When using complex UV-B 311nm phototherapy, in comparison with traditional one, clinical remission and significant improvement occurred in 91 (91%) and 28 (62.2%), respectively, and with mono UV-B 311nm phototherapy - in 12 out of 14 patients. At the same time, parakeratosis and Munro's abscesses disappeared, the mitotic activity of basal cells decreased, the number of Ki-67⁺ keratinocytes decreased, and the CD4⁺/CD8⁺ index increased from 0.32±0.01 to 0.62±0.06.

Conclusions. The antiproliferative and anti-inflammatory effect of UVB 311nm phototherapy on the skin of patients with psoriasis allows us to regard it as an effective pathogenetic treatment method. The CD4⁺/CD8⁺ index – 0.60-0.62 can be considered a threshold diagnostic criterion for the adequacy of the treatment.

Keywords: psoriasis, UV-B 311nm phototherapy, therapeutic pathomorphosis.

Авторская справка и долевое участие

Романенко К.В.	д.мед.н., доцент, зав. каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России; + 79493203299 (концепция и дизайн исследования).
Жданова И.О.	к.мед.н., врач РКДВЦ МЗ ДНР (наблюдение за больными, написание текста статьи).
Романенко В.Н.	д.мед.н., профессор, проф.каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (научное редактирование статьи).
Горбенко А.С.	ассистент каф. дерматовенерологии ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (подбор и анализ данных литературы).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИКОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

Цель. Оценить эффективность разработанного метода лечения токсикоаллергических дерматозов (ТАД) у онкологических больных с применением гипербарической оксигенации (ГБО).

Материал и методы. Под наблюдением были 106 больных ТАД с онкопатологией, в том числе 41 мужчина и 65 женщин в возрасте от 21 года до 81 года. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 группы: основную (66 больных), леченных по разработанной методике с применением ГБО и группу сравнения (40 больных), леченных традиционно. Оценивали переносимость терапии, ближайшие и отдаленные результаты, динамику клинико-лабораторных показателей, изменения гидратации кожи (в условных единицах) и сосудистого дерматоскопического индекса (в баллах). Отдаленные результаты оценивали по продолжительности ремиссии и количеству рецидивов в течение 2-х лет наблюдения.

Результаты. Регресс высыпаний после лечения отмечен у 78,8% больных основной группы и у 22,5% больных в группе сравнения. Показатели гидратации кожи увеличились в основной группе - с $25,6 \pm 2,45$ усл. ед. до $62,5 \pm 4,11$ усл. ед. ($p \leq 0,05$), в группе сравнения - с $23,2 \pm 2,19$ усл. ед. до $51,3 \pm 3,69$ усл. ед. ($p = 0,04$). Дерматоскопический сосудистый индекс снизился с $2,85 \pm 1,12$ балла до $0,6 \pm 0,1$ балла, $p < 0,05$ в основной группе и с $2,75 \pm 1,2$ балла до $1,6 \pm 0,1$ балла, $p = 0,02$; в группе сравнения. Ремиссия в течение 2-х лет наблюдения была у 48,5% больных основной группы и у 5% больных в группе сравнения; от 1 года до 2-х лет - у 39,4% больных основной группы и у 20% больных в группе сравнения; в течение 1 года - у 12,1% больных основной группы и у 75% больных в группе сравнения.

Выводы. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения ТАД у онкобольных с применением ГБО показал преимущество разработанного метода терапии, обеспечившего более быстрое достижение клинической ремиссии и более длительный и стойкий клинический эффект.

Ключевые слова: токсикоаллергические дерматозы, онкобольные, лечение, гипербарическая оксигенация.

Современные стратегии лечения больных токсикоаллергическими дерматозами (ТАД) направлены на контроль за течением дерматоза и достижение стойкой и длительной ремиссии, что особенно важно при полиморбидности и сочетании их с онкопатологией [1,4,7]. С этих позиций разрабатываются подходы к лечению с применением немедикаментозных технологий, среди которых особый интерес представляет гипербарическая оксигенация (ГБО). Ранее проведенными исследованиями было показано, что в основе лечебного действия ГБО лежит

увеличение кислородной емкости жидких сред организма (крови, лимфы, тканевой жидкости), что в последующем сопровождается диффузией кислорода в пораженные ткани, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови [2,5,6]. ГБО обладает бактериостатическим действием [5], что особенно важно при ТАД, при которых активизируется микробиота пораженной кожи, снижается ее устойчивость к другим патогенам. Было показано, что кислород, поступающий в организм при повышенном давлении, потенцирует действие противовоспалительных

тельных препаратов, тем самым давая возможность уменьшить медикаментозную нагрузку на больного [2,5,6]. Экспериментальными исследованиями было доказано иммунодепрессивное действие ГБО [3], что имеет особое значение при лечении ТАД у онкобольных.

В связи с этим целью работы было оценить эффективность разработанного метода лечения ТАД у онкологических больных с применением ГБО.

Материал и методы

Под наблюдением были 106 больных ТАД с онкопатологией, в том числе 41 мужчина и 65 женщин в возрасте от 21 года до 81 года. В соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями и протоколом лечения терапию ТАД проводили с учетом вида и степени тяжести дерматоза [1,7]. Традиционная терапия включала антигистаминные препараты (дезлоратадин - по 1 таблетке 2 раза в день 10 дней), энтеросорбенты (лигнин гидролизный таблетки: 5 таблеток 3 раза в сутки – 3 дня), при прогрессировании – гипосенсибилизирующую терапию (препараты кальция, тиосульфата натрия). Наружную терапию назначали в соответствии с клинической формой ТАД, особенностями морфологии сыпи и топографии процесса в виде топических глюкокортикостероидов – метилпреднизолона ацепоната в форме крема. Разработанный метод лечения включал, наряду с традиционной терапией, ГБО, которую осуществляли при помощи бароаппарата «ОКА-МТ-С», предназначенного для лечения больных в кислородной среде под давлением. Использовали давление 1,5 атм при экспозиции 20 мин. Общая продолжительность проводимых ежедневно процедур ГБО составляла 20 мин, курс лечения – 10 процедур.

Обоснованием использования ГБО в комплексной терапии ТАД у онкобольных были доказанные ее эффекты, заключающиеся в улучшении микроциркуляции и реологических свойств крови, уменьшении степени выраженности гипоксии в очагах поражения, повышении эффективности медикаментозной терапии. Было показано, что при повышении парциального давления возрастала растворимость кислорода в биологических жидкостях. Плазма крови, в которой при обычных условиях растворено всего 0,3 об% кислорода, при ГБО способна полноценно выполнять транспортную функцию, практически не используя молекулы гемоглобина. Кислород доставляется тканям по плазматическим

капиллярам, в норме не предназначенным для прохождения эритроцитов [2,3,5,6]. Благодаря этой особенности метод показан при состояниях, связанных с гипоксией дермы, которая сопровождается воспалительными дерматозами, в том числе и ТАД.

Обоснованием использования топического метилпреднизолона ацепоната - 0,1% крема Адвантан были его доказанные эффекты локального иммунодепрессивного действия при очень низком показателе системной абсорбции. Характерной особенностью топического метилпреднизолона ацепоната является его гидролизация в эпидермисе и дерме, при этом наиболее активным метаболитом является 6 α -метилпреднизолон-17-пропионат, обладающий значительно более высоким сродством к глюкокортикоидным рецепторам кожи. После попадания в системный кровоток 6 α -метилпреднизолон-17-пропионат быстро конъюгирует с глюкуроновой кислотой и, таким образом, в форме 6 α -метилпреднизолон-17-пропионат глюкуронида инактивируется. Метаболиты метилпреднизолона ацепоната элиминируются, главным образом, почками, T_{1/2} - около 16 ч.

Метилпреднизолона ацепонат и его метаболиты не кумулируются в организме [7].

В зависимости от метода лечения 106 больных ТАД с онкопатологией были разделены методом случайной выборки на 2 терапевтические группы. Основная группа (66 больных) - лечились по разработанной методике, с включением в комплексную терапию ГБО. Группа сравнения (40 больных) - получали только традиционную терапию. Обе группы были репрезентативны по основным сравниваемым параметрам.

Оценивали переносимость терапии, ближайшие и отдаленные результаты лечения. Эффективность ближайших результатов лечения оценивали по регрессу высыпаний с наступлением клинической ремиссии, значительного улучшения или улучшения, динамике клинико-лабораторных показателей. Оценивали также степень выраженности гидратации кожи (в условных единицах – усл.ед.) и динамику сосудистого дерматоскопического индекса (в баллах). Отдаленные результаты оценивали по продолжительности ремиссии и количеству рецидивов в течение 2-х летнего периода наблюдения. Результаты исследования обработаны статистически с использованием персонального компьютера по стандартным программам.

Результаты и их обсуждение

Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Мониторинг общеклинических анализов не выявил изменений со стороны формулы крови или биохимических показателей у наблюдаемых пациентов в процессе лечения. Побочных эффектов или осложнений не отмечено ни в одном из 106 наблюдений.

Регресс клинических симптомов ТАД наблюдали у всех больных, однако более отчетливым он был в основной группе, комплексная терапия которых включала ГБО (табл.1). Так, регресс высыпаний после лечения отмечен у 61 (57,5%) больных, но в основной группе таких больных было 52 (78,8%), а в группе сравнения – лишь 9 (22,5%).

Таблица 1

Ближайшие результаты лечения в группах сравнения

Результат лечения	Основная группа, n=66 абс./%	Группа сравнения, n=40 абс./%	Всего, n=106 абс./%
Регресс высыпаний	52/78,8	9/22,5	61/57,5
Значительное улучшение	10/15,1	21/52,5	31/29,3
Улучшение	4/6,1	10/25,0	14/13,2

Наряду с активным регрессом всех компонентов сыпи, отмечалось улучшение сравниваемых параметров состояния кожи. Так, показатели гидратации кожи в сравниваемых группах после лечения увеличились в 2-2,5 раза: в основной группе - с $25,6 \pm 2,45$ усл. ед. до $62,5 \pm 4,11$ усл. ед. ($p \leq 0,05$), в группе сравнения - с $23,2 \pm 2,19$ усл.ед. до $51,3 \pm 3,69$ усл.ед. ($p = 0,04$).

Обращала внимание тенденция к изменению дерматологических признаков в процессе регресса дерматоза, наиболее показательная по сосудистому признаку. Дерматологический сосудистый индекс снизился в процессе лечения с $2,85 \pm 1,12$ балла до $0,6 \pm 0,1$ балла, $p < 0,05$ у больных основной группы и

с $2,75 \pm 1,2$ балла до $1,6 \pm 0,1$ балла, $p = 0,02$ у больных в группе сравнения. В то же время обращало внимание, что сосудистый дерматологический признак сохранялся даже на фоне полной клинической ремиссии у 12 (18,2%) больных основной группы и у 15 (37,5%) больных группы сравнения. Сохраняющийся после клинического регресса дерматологический сосудистый признак в последующем сопровождался у этих больных менее продолжительной ремиссией и более быстрым развитием рецидивов.

Однако наиболее значимые отличия отмечены при анализе отдаленных результатов лечения в течение 2 лет наблюдения (табл. 2).

Таблица 2

Отдаленные результаты лечения в группах сравнения

Результат лечения	Основная группа, n=66 абс./%	Группа сравнения, n=40 абс./%	Всего, n=106 абс./%
2 года и более	32/48,5	2/5,0	34/32,1
От 1 года до 2-х лет	26/39,4	8/20,0	34/32,1
До 1 года	8/12,1	30/75,0	38/35,8

Ремиссия в течение 2-х лет наблюдения была у 34 (32,1%) больных, при этом у 32 (48,5%) больных основной группы и лишь у 2 (5%) больных в группе сравнения. Ремиссия от 1 года до 2-х лет была у 34 (32,1%) больных, при этом у 26 (39,4%) больных основной группы и у 8 (20%) больных в группе сравнения. Ремиссия в течение 1 года была у 38 (35,8%) боль-

ных, при этом у 8 (12,1%) больных основной группы и у 30 (75%) больных в группе сравнения.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов лечения ТАД у онкобольных с применением ГБО показал хорошую переносимость, более быстрое достижение клинической ремиссии и более длительный и стойкий эффект.

Список литературы

1. Веселова, Л.В. Комплексный подход к диагностике и лечению алергодерматозов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 10.00.11, 11.00.46 / Веселова Людмила Валерьевна; Российский государственный медицинский университет. – Москва, 2018. – 25 с.
2. Гармаш, Л.Л. Влияние гипербарической оксигенации на процессы микроциркуляции при лечении некоторых хронических дерматозах [Текст] / Л. Л. Гармаш, Л. И. Гинзбург, И. А. Усков // Респ. Межведомственный сборник «Дерматология и венерология». – Киев: Здоровье, 1990. – С. 18-22.
3. Костава, В.Т. Экспериментальное изучение иммунодепрессивных свойств гипербарической оксигенации [Текст] / В. Т. Костава // Диагностика и хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов. – М.: Медицина, 1981. – С. 205-206.
4. 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.
5. Петровский, Б. В. Основы гипербарической оксигенации [Текст] / Б. В. Петровский, С.Н. Ефунни. – М.: Медицина, 1976. – 195 с.
6. Руководство по гипербарической оксигенации [Текст] / А. Ю. Аксельрод, Л. Д. Ашурова, Н. Н. Бажанов [и др.]. – М.: Медицина, 1986. – 176 с.
7. 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.

Logunov P.V.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF TOXICALLERGIC DERMATOSES IN CANCER PATIENTS USING HYPERBARIC OXYGENATION

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary

Purpose. To evaluate the effectiveness of the developed method for the treatment of toxicallergic dermatoses (TAD) in cancer patients using hyperbaric oxygenation (HBO).

Material and methods. Under observation were 106 patients with TAD with cancer pathology, including 41 men and 65 women aged from 21 to 81 years. Depending on the treatment method, the patients were divided into 2 groups: the main group (66 patients), treated according to the developed method using HBOT, and the comparison group (40 patients), treated traditionally. The tolerability of therapy, immediate and long-term results, dynamics of clinical and laboratory parameters, changes in skin hydration (in arbitrary units) and vascular dermoscopic index (in points) were assessed. Long-term results were assessed by the duration of remission and the number of relapses during 2 years of observation.

Results. Regression of rashes after treatment was observed in 78.8% of patients in the main group and in 22.5% of patients in the comparison group. Indicators of skin hydration increased in the main group - from 25.6 ± 2.45

arb. units up to 62.5 ± 4.11 arb. units ($p \leq 0.05$), in the comparison group - from 23.2 ± 2.19 conventional units. up to 51.3 ± 3.69 conventional units. ($p = 0.04$). Dermoscopic vascular index decreased from 2.85 ± 1.12 points to 0.6 ± 0.1 points, $p < 0.05$ in the main group and from 2.75 ± 1.2 points to 1.6 ± 0.1 points, $p = 0.02$; in the comparison group. Remission during 2 years of observation was in 48.5% of patients in the main group and in 5% of patients in the comparison group; from 1 year to 2 years - in 39.4% of patients in the main group and in 20% of patients in the comparison group; within 1

year - in 12.1% of patients in the main group and in 75% of patients in the comparison group.

Conclusions. An analysis of the immediate and long-term results of TAD treatment in cancer patients using HBO showed the advantage of the developed method of therapy, which ensured faster achievement of clinical remission and a longer and more lasting clinical effect.

Keywords: *toxicoallergic dermatoses, cancer patients, treatment, hyperbaric oxygenation.*

Авторская справка

Логунов П.В.

аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России; тел.: +380713615399.

Проценко Т.В., Гаруст Ю.В.

СЛУЧАЙ АССОЦИАЦИИ ПСОРИАЗА С ВИТИЛИГО И РОЗАЦЕА У БОЛЬНОЙ С ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

Представлен клинический случай дерматологической и соматической патологии у больной 1979 г.р., имеющей 2 генетически детерминированных дерматоза – псориаз и витилиго, с наследственной предрасположенностью по витилиго (у родной сестры с детства). 3-й дерматоз – розацеа, эритемато-телеангиэктатический подтип, развился на фоне 3-х эндокринопатий – аутоиммунного тиреоидита, сахарного диабета и инсулинорезистентности, гинекологической патологии, обусловленной гормональными нарушениями (эндометриоз, климактерический синдром). Дебют псориаза с изначальным поражением волосистой части головы, гениталий и крупных складок явился предиктором более тяжелого течения дерматоза, в последующем развился псориазический артрит. Отсутствие контроля аутоиммунного тиреоидита, сахарного диабета, климактерического синдрома могло быть причиной нежелательного/побочного эффекта фототерапии UVB 311 nm

Ключевые слова: коморбидность, псориаз, псориазический артрит, витилиго, розацеа, эндокринопатии, клинический случай.

Сочетанная дерматологическая патология в последние годы встречается достаточно часто и нередко развивается на фоне системных поражений соединительной ткани, аутоиммунных или эндокринных нарушений [3-5]. По статистике, в структуре неинфекционной патологии лидируют хронические заболевания, отличающиеся многофакторностью патогенеза, системностью поражения и коморбидностью. Термин «коморбидность» используют при наличии 2-х и более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой, или совпадающих по времени появления, независимо от активности каждого из них [1,2]. Дерматозы при этом могут предшествовать системному поражению, могут развиваться одновременно и быть первым поводом обращения за медицинской помощью. С этих позиций важным является качество первоначального дерматологического приема с тщательным сбором анамнеза, осмотром всей кожи и доступных слизистых, адекватным обследованием, рациональной наружной стартовой терапией и обоснованным выбором пре-

паратов системного действия. Так, некоторые кардиопрепараты, например, бета-адреноблокаторы, могут инициировать дебют и поддерживать рецидивирующее течение псориаза, розацеа и др. Системные кортикостероидные гормоны, назначаемые при некоторых хронических дерматозах, могут инициировать или ухудшить течение сахарного диабета, гипертонической болезни. Не менее важным является формирование у пациента мотивации к выполнению рекомендаций врача с целью контролирования течения дерматоза, учитывая хронический рецидивирующий характер большинства из них. К сожалению, не всегда пациенты ответственно относятся к рекомендациям специалиста, а у специалистов не всегда соблюдается преемственность в ведении больных с сочетанной патологией.

В подтверждение этого приводим описание клинического случая сочетанной дерматологической патологии – псориаза, псориазического артрита, витилиго, розацеа у пациентки с аутоиммунным тиреоидитом, сахарным диабетом 2 типа, ожирением, кли-

мактерическим синдромом.

Клинический случай

Больная Л., 1979 г., обратилась в частный медицинский центр в июле 2015 г. в связи с высыпаниями на гениталиях и была направлена в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (РКДВД) г. Донецка с целью исключения урогенитальных инфекций и венерических заболеваний.

Из анамнеза: высыпания на гениталиях появились 2 месяца назад после лечения молочницы у гинеколога (свечи Пимафуцин, флюконазол внутрь). Явления молочницы регрессировали, а назначенный на высыпания противогрибковый крем (клотримазол) эффекта не дал.

При осмотре на коже лобка, больших половых губ, перианально определялись насыщенно красного цвета монетовидные папулы и вытянутой формы бляшки с шелушением на поверхности. С отдельных папул вызывалась триада Аушпица. Аналогичные высыпания были обнаружены на волосистой части головы в затылочной и лобно-теменной зоне, выходящие за границы роста волос. На ладонях и в области свода правой подошвы определялись очаги гиперкератоза с трещинами в центре и воспалительной инфильтрацией насыщенно розового цвета по периферии. Дистрофия ногтей кистей в виде «наперстка». В области коленей, правого локтя, ахиллярной области справа и на передней поверхности живота определялись четко ограниченные неправильной формы депигментированные пятна, пушковые волосы в этих местах обесцвечены, структура кожи не нарушена, чувствительность сохранена. В центральной части лица на фоне эритемы многочисленные телеангиэктазии. Периферические и паховые лимфатические узлы не увеличены. Суставы не изменены, движения в полном объеме, безболезненны.

После осмотра был установлен клинический диагноз: псориаз, бляшечный, прогрессирующая стадия, легкая степень выраженности (PASI 12,8), псориазическая ониходистрофия. Сопутствующие заболевания: витилиго, распространенная форма, стационарная стадия; розацеа, эритемато-телеангиэктатический подтип.

Учитывая одновременное выявление нескольких дерматозов, на которые пациентка не обращала внимание, был уточнен дерматологический анамнез:

– депигментированные пятна на верхних конечностях впервые появились в 2007 г. на фоне про-

блемной беременности (угроза прерывания, лечение гормонами); пятна не беспокоили, к врачу не обращалась, вначале они проходили в осенне-зимний период, летом после загара вновь появлялись, последние несколько лет сохранялись в течение всего года, увеличивались по площади и стали появляться новые; у родной сестры витилиго с детства;

– с 2013 г. заметила шелушение на волосистой части головы, расценила как перхоть, к врачу не обращалась, не лечилась;

– с 2016 г. стала отмечать периодическое покраснение лица (у плиты, после купания в горячей воде); эпизоды чувства жара («приливы») с усилением покраснения лица; в этом же году была проведена абляция матки из-за полипоза, выявлен эндометриоз матки I степени.

В РКДВД пациентка была обследована, урогенитальные инфекции исключены, КСР, РИФ 200 и РИФ абс отриц. Выявлено повышенное содержание глюкозы в крови и по консультации эндокринолога установлен диагноз: сахарный диабет, тип 2, легкое течение, инсулинорезистентность (назначена диета). На УЗИ щитовидной железы выявлены узлы и диффузное ее увеличение. ТТГ, Т4 своб. в пределах нормы, АТ-ТПО резко повышены, по заключению эндокринолога установлен диагноз: аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб 0 ст., TIRADS 2, эутиреоз (назначен эутерокс 50 мг/сутки длительно). В условиях РКДВД получила курс детоксикации, гипосенсибилизации, витаминотерапию, фототерапию - UVB 311 nm кабину, наружное лечение. Высыпания псориаза разрешились полностью, в очагах витилиго отмечена репигментация. На протяжении последующих нескольких лет получала курсы фототерапии, на консультации не являлась. При очередном курсе фототерапии в 2018 г. после первых процедур отметила выраженную эритему в очагах витилиго в области живота, появление новых очагов витилиго, в связи с чем прекратила лечение, но за консультацией не обратилась.

С 2018 г. отметила появление периодических болей в плечевых, тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, усиливающихся при движении, утреннюю скованность в суставах. Самостоятельно принимала обезболивающие препараты с кратковременным эффектом.

В июле 2021 г. впервые обратилась к ревматологу, обследована в условиях ревматологического

отделения территориальной больницы, установлен диагноз: псориазический артрит, полиартритический вариант, активность I степени, в сочетании с остеоартрозом коленных суставов, Rt St III, ФН 2. Назначен метотрексат 10 мг/неделю, который принимала и после выписки из отделения, но не всегда регулярно. У дерматолога в это время не наблюдалась, контроль ревматолога/терапевта по месту жительства в связи с суставной патологией и приемом метотрексата отсутствовал.

В феврале 2022 г. в связи с рецидивом псориаза была госпитализирована в РКДВД, где, на фоне продолжающегося приема метотрексата (10 мг/неделю, в сочетании с фолиевой кислотой - 5 мг не в дни приема метотрексата), получила внутривенно капельно озонированный физраствор по 200 мл 3 раза в неделю, №5, ремасол по 400 мл 2 раза в неделю, №5; вит. В12; наружно: мазь «Картолин», на отдельные очаги кратковременно крем «Акридерм ГК», шампунь «Картолин»; UVB 311 нм кабину, 4 раза в неделю, № 16, на очаги на ладонях – МИЛТ, фонофорез с индометациновой мазью. Выписана со значительным улучшением.

В течение последующих двух лет медицинской информации о получаемом лечении нет, со слов больной периодически принимала метотрексат в прежней дозировке. Контроля анализов не было. В этот же период стали отмечаться климактерические нарушения, увеличилась масса тела и в последующем было установлено алиментарно – конституциональное ожирение I-II ст.

В декабре 2023 г. в связи с усилением болей в суставах вновь обратилась к ревматологу, установлен диагноз: псориазический артрит (L40.5): полиартритический вариант без системных проявлений, умеренной активности, Rt St IIA, левосторонний сакроилеит St II, ФК II. Осложнение: левосторонний коксит. Назначена и стала получать биологическую терапию: левилимаб 162 мг п/к 1 раз в неделю, длительно, под рекомендуемым контролем общеклинических анализов (1 раз в месяц), альфакальцидол 0,25 мкг – 2 табл./сутки. Рекомендована денситометрия в плановом порядке.

Несмотря на проводимую терапию отмечен рецидив псориаза и в январе 2024 г. вновь обратилась в РКДВД, где во время осмотра кожи, наряду с распространенными псориазическими, на наружной поверхности правого бедра был выявлен четко огра-

ниченный очаг инфильтрации фиолетово-красного цвета с многочисленными пустулами на поверхности, кровянистыми корочками, плотно сидящими чешуйками. При диаскопии – легкая желтизна, симптом зонда отрицательный, триада Аушпица не вызывалась. Были заподозрены туберкулез кожи? саркоидоз кожи? Проведена диагностическая биопсия. При гистологическом исследовании от 17.01.2024 г.: в эпидермисе выраженный гиперкератоз, зернистый слой выражен неравномерно, значительный неравномерный акантоз с удлинением эпидермальных выростов и утолщением их в нижней части, очаговый меж- и внутриклеточный отек, участки формирования спонгиозных пустул в роговом слое, в дерме – расширенные сосуды, периваскулярные лимфо- лейкоцитарные инфильтраты, умеренный отек. Гистологическое заключение: морфологические изменения в коже наиболее соответствуют картине пустулезного псориаза.

Помимо псориазических высыпаний на коже верхних век, обеих ахиллярных зон, на коленях и локтях, по передней линии живота, периумбиликально и в перианальной зоне определялись четко ограниченные участки депигментации кожи, пушковые волосы в пределах очагов обесцвечены, чувствительность сохранена, структура кожи не нарушена.

В центральной части лица в надскуловой и щечной области симметрично располагается нечетко ограниченная разлитая эритема с многочисленными телеангиэктазиями на поверхности. Атрофии нет. Симптом Бенье-Мещерского отрицательный.

По результатам опроса, осмотра и гистологического исследования был установлен диагноз: псориаз бляшечный и пустулезный (PASI 9,4), (L40.5): полиартритический вариант без системных проявлений умеренной активности Rt St IIA, левосторонний сакроилеит StII, ФК II (на биологической терапии). Сопутствующие заболевания: Витилиго, распространенная форма, стационарная стадия. Розацеа, эритемато-телеангиэктатический подтип, стационарная стадия. Аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб 0 ст., TIRADS 2. Сахарный диабет 2 типа, легкое течение. Ожирение I-II ст., алиментарно – конституциональное, стабильная стадия. Климактерический синдром. Состояние после абляции эндометрия (2016), эндометриоз матки I ст., стабильная стадия.

Обследована: в общем анализе крови гемоглобин – 136 г/л, эритроциты 4,3Т/л, тромбоциты 326,9

Г/л, лейкоциты 4,6 Г/л, п-2%, с-58%, э-5%, м-3%, л-32%; СОЭ - 4 мм/ч. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 14,6 мкмоль/л, билирубин прямой - 2,5 мкмоль/л, билирубин непрямого - 12,1 мкмоль/л, АлАТ - 31 ммоль/л, АсАТ - 30 ммоль/л, глюкоза - 5,4 ммоль/л, креатинин - 79 мкмоль/л, СРБ - слабо положительный, РФ-отрицательный, HbsAg - отрицательный, КСР отрицательные. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки патологии не обнаружено.

На фоне продолжающейся биологической терапии псориаза возобновлен прием метотрексата (15 мг/неделю), фолиевой кислоты (5 мг/сутки не в дни приема метотрексата), пентоксифиллин по 5 мг на 200 мл физраствора внутривенно капельно, через день, чередуя с реамберином по 200 мл внутривенно капельно, через день, по 5 введений, вит В12, В6, экстракт алоэ по №10. Наружно «Картолин» мазь на очаги псориаза, Элидел крем на очаги витилиго, розамет крем на лицо. Больная направлена на консультацию эндокринолога для определения целесообразности и объема медикаментозной терапии сахарного диабета и аутоиммунного тиреоидита, гинеколога - для определения тактики ведения с учетом климактерического синдрома, эндометриоза матки, учитывая ранее проведенную аблацию матки.

Анализируя представленные данные, можно выделить следующие особенности клинического случая;

1. У пациентки есть два генетически детерминированных дерматоза - псориаз и витилиго, при этом последний дерматоз есть у и родной сестры с детства, наследственность по псориазу не подтверждена.

2. Третий дерматоз - розацеа с выраженным сосудистым компонентом (эритемато-телеангиэктатический подтип) развился на фоне двух эндокрино-

патий - аутоиммунного тиреоидита и гинекологической патологии, обусловленной гормональными нарушениями (эндометриоз, климактерический синдром), аблация в связи с полипозом матки. Медикаментозная коррекция данной патологии своевременно не проведена.

3. Сахарный диабет, сопровождающийся эндотелиальной дисфункцией, патогенетически значимой при псориазе, значимый при розацеа, не был контролируем и не сопровождался терапевтическими рекомендациями.

4. Дебют псориаза на фоне витилиго с начальным поражением волосистой части головы, гениталий и крупных складок явился предиктором более тяжелого течения дерматоза с риском развития псориатического артрита, который в последующем и присоединился.

5. Отсутствовала преемственность в ведении псориаза и псориатического артрита между дерматологом и ревматологом после выписки из стационара, что привело к прогрессивности течения дерматоза.

6. Отсутствие контроля аутоиммунного тиреоидита, сахарного диабета, климактерического синдрома могло быть причиной нежелательного/побочного эффекта фототерапии UVB 311 nm, которая является болезнью-модифицирующим воздействием как при псориазе, так и при витилиго.

Таким образом, отсутствие «командной стратегии» при ведении больной с дерматологической и соматической полиморбидностью обусловило прогрессивность течения псориаза и формирование осложненной его формы - псориатического полиартрита. Необходима разработка рекомендаций по выбору первоочередной стратегии лечения при сочетанной патологии с целью профилактики осложнений и достижения стойкого и длительного терапевтического эффекта.

Список литературы

1. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации [Текст] / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2017. - №16(6). - С.5-56.
2. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения [Текст] / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2019. - №18(1). - С.5-66.
3. Олисова, О.Ю. Коморбидности при псориазе [Текст] / О.Ю. Олисова, Л.Г. Гаранян // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2016. - №19(6). - С. 346-348. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-6-346-348

4. Eapi, S. *Etiological Association Between Psoriasis and Thyroid Diseases [Text]*/S. Eapi, R. Chowdhury, O.S. Lawal [et al.] // *Cureus*. – 2021. – Vol.13, N.1. – e12653. DOI: 10.7759/cureus.12653
5. Yeung, H. *Psoriasis severity and significant medical comorbidity prevalence: a population-based study [Text]*/H. Yeung, J. Takeshita, N.N. Mehta [et al.]// *JAMA Dermatol.* – 2013. – Vol. 149. – P.1173 -1179. DOI: 10.1001/jamadermatol.2013.5015

Protsenko T.V., Garust Yu.V.

A CASE OF ASSOCIATION OF PSORIASIS WITH VITILIGO AND ROSACEA IN A PATIENT WITH ENDOCRINOPATHY

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary

A clinical case of dermatological and somatic pathology is presented in a patient born in 1979, who has 2 genetically determined dermatoses - psoriasis and vitiligo, with a hereditary predisposition to vitiligo (in her sister since childhood). 3rd dermatosis - rosacea, erythematotelangiectatic subtype, developed against the background of 3 endocrinopathies - autoimmune thyroiditis, diabetes mellitus and insulin resistance, gynecological pathology caused by hormonal disorders (endometriosis, menopausal syndrome). The onset of psoriasis with initial lesions of the scalp, genitals and large folds was a predictor of a more severe course of dermatosis, and subsequently psoriatic arthritis developed. Lack of control of autoimmune thyroiditis, diabetes mellitus, menopausal syndrome could be the cause of an undesirable/side effect of UVB 311 nm phototherapy

Keywords: *comorbidity, psoriasis, psoriatic arthritis, vitiligo, rosacea, endocrinopathies, clinical case.*

Авторская справка и долевое 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).

Гаруст Ю.В.

аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (обследование и ведение больных, сбор и анализ литературы, написание текста статьи).

Черноус В.В.

КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ У МУЖЧИН С АКНЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

Проведен анализ клинико-anamnestических данных 60 мужчин в возрасте 18 – 35 лет (30 страдали акне, 30 составили группу сравнения). Выявлена более высокая частота нейроэндокринных нарушений, гиперпролактинемии, метаболического синдрома, заболеваний щитовидной железы и воспалительных заболеваний половых органов у мужчин с акне. Высказано предположение о взаимосвязи гормональных нарушений с развитием акне и возможности использования гормональной коррекции для повышения эффективности лечения акне у мужчин.

Ключевые слова: акне у мужчин, нейроэндокринные нарушения, гормональная коррекция.

Акне является одним из наиболее распространенных дерматозов, среди молодых людей ее частота достигает 85% [1, 2]. Это мультифакторное заболевание [1, 5, 6]; гормональные нарушения считаются одной из основных причин, изменяющих функцию сальных желез; однако исследования гормонального профиля охватывают, преимущественно, женский контингент, в то время как особенности гормонального профиля у мужчин изучены недостаточно, нет информации о связи заболеваний мужской половой сферы с угревой болезнью [3, 4].

Цель исследования - провести анализ клинических данных относительно заболеваний репродуктивной системы и гормональных нарушений у мужчин с акне.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 60 мужчин в возрасте от 18 до 35 лет, из которых 30 страдали акне, а 30 составили группу сравнения. Был проведен анализ амбулаторных карт, клинических данных, данных дерматологического исследования, специально раз-

работанных опросников, в которых отмечали признаки вегетативных нарушений (головокружения, обмороки, потливость, приливы жара, дермографизм (красный/белый), признаки сексуальной дисфункции, отмечали сведения о выявленных заболеваниях репродуктивной системы.)

При дерматологическом исследовании определяли вид высыпаний и их количество, распределение по областям тела. Степень выраженности клинических проявлений акне определяли в соответствии с рекомендациями G. Plewig, M. Kligman (2004) (табл. 1).

Также оценивали особенности распределения очагов поражения в нижней и верхней части лица: преимущественное поражение в области U-зоны (щеки, вокруг рта и нижняя часть подбородка) или – T-зоны (лоб, нос, верхняя часть подбородка) [5].

Полученные данные подвергли статистической обработке с использованием программы Exel, STATISTICA 10.0 (StatSoft.Inc).

Оценка степени тяжести высыпаний акне

Клинические проявления	Степень тяжести акне			
	I. Acne comedonica	II. Acne Papulopustulosa (легкая)	III. Acne Papulopustulosa (средняя)	IV. Acne Conglobata (тяжелая)
Комедоны	до 20	более 20	более 20	множество
Папулы, пустулы	до 10	10-20	более 20	множество
Папулы (до 1 см)	нет	до 10	10-20	более 20
Узлы, кисты,	нет	нет	мало	много
фистулы	нет	четкое	сильное	очень сильное и
Воспаление	глубокое			
Рубцы	нет	нет	есть	есть

Результаты и их обсуждение

Клиническое исследование позволило оценить форму и степень тяжести акне у обследованных мужчин (табл. 2).

У обследованных мужчин преобладала папу-

ло-пустулезная форма акне – легкой степени у 5 (16,67 %), средней степени - у 15 (50,0 %); у 8 (26,67 %) отмечалось тяжелое течение, развитие конглобатных акне. У большинства пациентов отмечалось сочетанное поражение кожи лица, верхней части груди и спины.

Таблица 2

Степень тяжести акне у обследованных мужчин

Степень тяжести:	Количество обследованных, n=30	
	абс.	%
I. Acne comedonica	2	6,66%
II. Acne Papulopustulosa (легкая)	5	16,67%
III. Acne Papulopustulosa (средняя)	15	50,00%
IV. Acne Conglobata (тяжелая)	8	26,67%

При анализе локализации элементов сыпи на лице T-форму акне выявили у 19 (63,33%) обследо-

ванных, U-форму – у 11 (36,67 %) (табл. 3).

Таблица 3

Локализация акне на лице у обследованных мужчин

Распределение высыпаний по зонам	Количество обследованных, n=30	
	абс.	%
T-зона	19	63,33%
U-зона	11	36,67%

Анализ клинических данных и данных амбулаторных карт показали, что у мужчин с акне чаще отмечались признаки нейро-обменно-эндокринного синдрома: вегетативные нарушения - у 17 (56,67%), в группе сравнения - у 2 (6,67%), стрии – у 13 (43,33%), в группе сравнения - у 2 (6,67 %); ожирение выявили

у 11 (36,67%) обследованных с акне, в группе сравнения - у 7 (23,33%), клиничко-лабораторные признаки метаболического синдрома – у 10 (33,33 %), в группе сравнения - у 2 (6,67 %) (табл.4). У мужчин с акне чаще выявляли заболевания щитовидной железы: аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – у 6 (20%) обследо-

Клинические случаи, наблюдения из практики

ванных, у 2 (6,67%) – в сочетании с гипотиреозом, у 1 (3,33%) – с гипертиреозом; в группе сравнения АИТ выявили у 1 пациента. У 5 (16,67%) мужчин с акне выявляли функциональную гиперпролактинемия, в группе сравнения таких лиц не было. У пациентов с акне также чаще отмечалась преждевременная эяку-

ляция, в отличие от группы сравнения - у 6 (20%) и 1 (3,3%) соответственно. Воспалительные заболевания мужских половых органов также чаще выявляли у мужчин с акне, в отличие от группы сравнения - у 14 (46,67%) и 8 (26,67%) соответственно.

Таблица 4

Структура эндокринных нарушений у обследованных мужчин

Заболевание/признак	Основная группа, n=30		Группа сравнения, n=30	
	абс.	%	абс.	%
АИТ	6*	20,00	1	3,33
Гипотиреоз	2	6,67		
Гипертиреоз	1	3,33	1	3,33
Гиперпролактинемия	5*	16,67		
Мужское бесплодие	6	20,00	2	6,67
Вегетативная дисфункция	17*	56,67	2	6,67
Ожирение	11	36,67	7	23,33
Стрии	13*	43,33	1	3,33
Метаболический синдром	10*	33,33	2	6,67
Сексуальная дисфункция	3	10,0	1	3,33
Эректильная дисфункция			2	6,67
Преждевременная эякуляция	6*	20,00	1	3,33
Гипофункция яичек			3	10,00
Воспалительные заболевания половых органов	14*	46,67	8	26,67

Примечание: *отличия достоверны относительно с группы сравнения, $p < 0,05$.

Таким образом, среди обследованных мужчин преобладали акне средней тяжести и тяжелая форма, чаще выявляли высыпания в Т-зоне лица, в области верхней части груди и спины. У мужчин с акне, по сравнению с группой сравнения, чаще выявляли признаки нейро-эндокринных нарушений (вегетативная дисфункция, стрии, ожирение) и гиперпролактинемии, заболевания щитовидной железы – в 6 раз, метаболический синдром – в 5 раз, воспалительные

заболевания половых органов – почти в 2 раза. При высыпаниях в Т-зоне чаще выявлялся гипотиреоз, а при высыпаниях в U-зоне – нейро-эндокринный синдром и ожирение.

Выводы

Выявленные клинические особенности отражают связь гормональных нарушений с развитием акне. Данные исследования могут быть использованы

Список литературы

1. Акне вульгарные [Текст]: клинические рекомендации / под ред. А.А. Кубанова [и др.] // Российское общество дерматовенерологов. – М.: Российское общество дерматовенерологов и косметологов, 2020.
2. Алдатова, М.М. Современные методы лечения угревой болезни [Текст] / М.М. Алдатова, П.М. Садулаева // Молодой ученый. – 2023. – № 30 (477). – С. 172-174.
3. 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.
4. Метаболизм стероидных гормонов и ферментов при угревой болезни [Текст] / Ф.В. Азимова // Медицинские новости. – 2020. – № 6 (309). – С. 72-74.
5. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных с акне [Текст] // Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – Москва, 2013.
6. 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. – 2021. – № 4 (67). – P. 101-103.

Chernous V.V.

CLINICAL-HORMONAL PARALLELS IN MEN WITH ACNE

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary

An analysis of clinical and anamnestic data was carried out on 60 men aged 18–35 years (30 suffered from acne, 30 made up the comparison group). A higher incidence of neuroendocrine disorders, hyperprolactinemia, metabolic syndrome, thyroid diseases and inflammatory diseases of the genital organs in men with acne was revealed. It has been suggested that there is a relationship between hormonal disorders and the development of acne and the possibility of using hormonal correction to increase the effectiveness of acne treatment in men.

Keywords: *acne in men, neuroendocrine disorders, hormonal correction.*

Авторская справка

Чернуос В.В.

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

Власова В.Н.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ЭСТЕТИКА ЗДОРОВЬЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

Автор статьи обращает внимание на то, что современное население России сегодня все активнее обращается к теме здоровья и здоровьесберегающих технологий. По мнению автора, здоровьесберегающие технологии позволяют человеку поддерживать эстетику здоровья: быть красивым и внутренне, и внешне. Среди имеющихся здоровьесберегающих технологий автор выделяет ежегодную диспансеризацию населения по ОМС, выделение средств компаний на полисы ДМС для расширения списка медицинских услуг для сотрудников организации, вовлечение населения в спорт и физическую активность в связи с широкими возможностями фитнес площадок (как для очных занятий, так и в онлайн-формате), расширение психологической помощи и поддержки. Перечисленные технологии, по мнению автора работы, позволяют человеку быть в гармоничном психоэмоциональном состоянии и развивать свое физическое здоровье.

Ключевые слова: *культура здоровья, здоровьесберегающие технологии, эстетика здоровья.*

Здоровье выступает в качестве одной из базовых ценностей россиян. Об этом свидетельствуют эмпирические исследования, направленные на определение ценностных ориентаций населения России. Как обозначено в результатах опроса, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения, главными целями в жизни россиян являются здоровье (58%) и создание счастливой семьи (56%) [1]. Обозначенные цели-ценности являются универсальными и занимают лидирующие места для различных социально-демографических групп населения.

Обозначая здоровье в качестве одной из приоритетных ценностей, россияне стремятся поддерживать свое здоровье. По данным ВЦИОМ: «Три четверти россиян следят за состоянием своего здоровья в целом или отдельных органов, систем — 76%. Чаще об этом сообщают женщины (80%) и 18-34-летние россияне (80%). Не следят за здоровьем 22% сограждан, чаще мужчины (26%) и 45-59-летние россияне (26%). Для наблюдения за своим здоровьем россияне чаще всего проходят медосмотры, диспансеризацию, сдают анализы (37%). Также многие поддерживают здоровье с помощью занятий физкультурой, гимнастикой,

спортом (26%), следят за питанием (18%), пьют лекарства (10%) и ведут здоровый образ жизни (10%)» [2].

Социальная установка россиян, направленная на заботу о своем здоровье, полностью отвечает требованиям политики общественного здравоохранения страны [3]. Целями и основными задачами здравоохранения в Российской Федерации обозначены следующие: «создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи; профилактика заболеваний; разработка, внедрение и применение новых медицинских технологий и лекарственных средств; предотвращение распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих; совершенствование системы контроля в сфере охраны здоровья граждан, включая государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств, государственный контроль за обращением медицинских изделий; обеспечение биологической безопасности; совершенствование системы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора» [4]. Помимо развития сферы здравоохранения в рамках усовершенствования медицинского направления государство стремится развивать физи-

ческую активность населения, пропагандируя спорт и здоровый образ жизни посредством реализации проекта «Спорт – норма жизни» [5]. Физическая активность сегодня позволяет современному человеку не только удовлетворять его потребности в виде укрепления своего здоровья, но и воспитывает в человеке, занимающемся спортом, чувства уверенности в себе, повышает его самооценку, что в современном мире обладает огромным значением при достижении поставленных целей.

Здоровье и благополучие населения является одной из национальных целей развития Российской Федерации на период до 2030 года, поскольку здоровая нация способствует наиболее успешному развитию страны [6]. В данной связи область исследований, связанных с культурой здоровья всех когорт населения становится наиболее актуальным направлением в деятельности ученых.

В рамках данной работы мы ставим перед собой цель рассмотреть здоровьесберегающие технологии как инструмент, позволяющий поддержать эстетику здоровья человека.

Тема здоровья является довольно значимым междисциплинарным направлением исследования, которое вызывает интерес не только среди представителей медицинской науки, но и среди социологов, а также психологов. Актуальными направлениями исследований в рамках данной проблематики являются: общественное здоровье [7, 8], взаимосвязь здоровья и материального благосостояния [9], социальное доверие и недоверие в сфере российского здравоохранения [10, 11], культура здоровья населения [12], социальное здоровье отдельных социально-демографических групп [13], применение здоровьесберегающих технологий [14].

Из представленных направлений видно, что тема здоровья и здоровьесбережения не только актуальна, но и значима для самого населения, так как напрямую связана с их жизнью и возможностью качественно ее реализовывать.

На наш взгляд, в настоящее время очень интересно было бы рассмотреть здоровьесберегающие технологии не просто как один из механизмов, помогающих человеку поддерживать здоровье, а в качестве технологии эстетики здоровья.

Здоровье представляет собой «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физиче-

ских дефектов» [15].

Под здоровьесбережением понимается активность людей, направленная на улучшение и сохранение здоровья, а также согласованность и единство всех уровней жизнедеятельности человека. К здоровьесбережению также относится и комплексный термин «образ жизни», который содержит в себе уровень культуры, а также благоприятные условия жизнедеятельности человека, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни.

Довольно часто исследователи останавливаются на рассмотрении такой дефиниции, как здоровьесберегающие технологии [14], которые в свою очередь представляют собой технологии (пошаговая, заранее продуманная последовательность действий), используемые на пользу здоровья, связанные с различными формами деятельности людей (в сфере образования, здравоохранения, в правовой, социально-экономической, культурной сферах), которые направлены на формирование здорового образа жизни человека и минимизацию факторов, приносящих вред его здоровью.

Поскольку здоровье человека – это не только отсутствие у него болезней и физических дефектов, то, на наш взгляд, данный термин сочетается с таким понятием, как эстетика. Эстетика – это красота, а здоровье человека – это и есть внутренняя и внешняя красота. Эстетика здоровья представляет собой гармонию внутреннего и внешнего, восполненные дефициты, которые позволяют человеку выстраивать доброжелательные межличностные и деловые связи. Как писал А.П. Чехов: «В человеке должно быть всё прекрасно: и лицо, и одежда, и душа, и мысли». Для достижения эстетики здоровья человеку необходимо приложить усилия, чтобы наладить свой режим дня, питания, снизить стрессы, соблюдать физическую активность и нормализовать сон. Забота о здоровье позволит человеку быть успешным и красивым.

Каким образом современный человек может позаботиться о своем здоровье?

Прежде всего, проходить регулярную диспансеризацию, которая позволяет выявить заболевания на ранних стадиях. В России данная процедура с 2013 года является бесплатной и доступной для всех слоев населения. Как показывают результаты ВЦИОМ: «В

общей сложности абсолютное большинство россиян информированы о том, что граждане могут бесплатно проходить диспансеризацию (96%, +21 п.п. к 2021 г.). Женщины лучше мужчин информированы о диспансеризации, хорошо знают о ней 72% женщин и 47% мужчин. Осведомленность также растет с возрастом: россияне старшего возраста хорошо информированы о диспансеризации в два раза чаще, чем молодежь до 25 лет (74% vs. 32%)» [16].

Помимо оказания медицинских услуг в сфере диспансеризации по полису ОМС, многие компании предоставляют своим сотрудникам полис ДМС, которые помогает членам коллектива обращаться к профильным специалистам не только в государственных клиниках, но и в частных.

Популяризация спорта со стороны государства также существенным образом влияет на то, что люди становятся вовлечены в физическую активность посредством участия в различных беговых и велосипедных марафонах, участвуют в сдаче норм ГТО. Все это стимулирует быть в спорте, поддерживать свою форму и физическое здоровье. Также для поддержания физического здоровья в настоящее время существует огромное количество площадок в виде фитнес-клубов и онлайн-площадок, где тренеры показывают и рассказывают техники различных упражнений для поддержания здоровья осанки, тазового дна, снятия

стресса при помощи йоги.

Помимо обращения к физическим показателям здоровья современное население России сейчас активно прислушивается к своему ментальному здоровью, обращаясь к специалистам за психологической помощью. Особенно заметно, что психологическая поддержка вызывает особую важность среди молодежи: «Потребность поговорить по душам, получить психологическую помощь выросла у молодежи 18-24 лет (35%), жителей мегаполисов — Москвы и Санкт-Петербурга (24%), активных потребителей интернета (23%)» [17].

Таким образом, проанализированный нами материал, указывает на то, что тема здоровья и здоровьесберегающих технологий в настоящее время актуальна среди представителей научного сообщества и самого населения. Здоровье человека выражается в возможностях человека быть успешным. Сегодня здоровьесберегающие технологии включают в себя механизмы (диспансеризация, популяризация спорта и возможность тренировок при помощи онлайн-платформ), которые позволяют человеку поддерживать эстетику здоровья. Здоровьесберегающие технологии помогают современному человеку быть в гармоничном психоэмоциональном состоянии и развивать свое физическое здоровье.

Список литературы

1. Бердышева, Е. С. Вариативность ценности здоровья в социальных полях: вызовы и стимулы самосохранительных практик [Текст] / Е. С. Бердышева, Б. А. Белявский // *Интеракция. Интервью. Интерпретация.* – 2021. – Т. 13, № 1. – С. 9-39.
2. Власова, В. Н. Реализация здоровьесберегающих технологий в высшей школе / В. Н. Власова, И. В. Задорожная // *Актуальные проблемы реализации здоровьесберегающих технологий в образовательной среде: сборник избранных статей VI Всероссийской научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 07–08 апреля 2023 года.* – Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет, 2023. – С. 9-15.
3. Вялых, Н. А. Парадоксы и противоречия доверия российского общества медицинским организациям в постпандемический период / Н. А. Вялых // *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки.* – 2023. – № 3(71). – С. 112-118.
4. Карцева, М. А. Здоровье, доходы, возраст: эмпирический анализ неравенства в здоровье населения России / М. А. Карцева, П. О. Кузнецова // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены.* – 2023. – № 2(174). – С. 160-185.
5. Касьянов, В. В. Социологическая диагностика как метод измерения социального здоровья молодежи / В. В. Касьянов, Н. Х. Гафиатулина, И. Е. Пономарев // *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки.* – 2020. – № 3. – С. 28-32.
6. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года [Текст] / Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 г. № 474. – (<http://www.kremlin.ru/acts/bank/45726>).

7. О показателях общественного здоровья [Текст] / Д. Г. Данциге [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2022. – Т. 21, № 4. – С. 116-119.
8. О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года [Текст] / Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254. – (<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/>).
9. Общественное здоровье как социокультурный феномен [Текст] / А.А. Молокова [и др.] // Общество: философия, история, культура. – 2023. – №12. – (<https://cyberleninka.ru/article/n/obshchestvennoe-zdorovie-kak-sotsiokulturnyy-fenomen>).
10. Опрос ВЦИОМ «В поисках психологической помощи» [Электронный ресурс]. – (<https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/v-poiskakh-psikhologicheskoi-pomoshchi>).
11. Опрос ВЦИОМ «Диспансеризация: как сохранить здоровье?» [Электронный ресурс]. – (<https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/dispenserizaciya-kak-sokhranit-zdorove>).
12. Опрос ВЦИОМ «Диспансеризация: мониторинг» [Электронный ресурс]. – (<https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/dispenserizaciya-monitoring>).
13. Опрос ВЦИОМ «Традиционные ценности, современные цели» [Электронный ресурс]. – (<https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/tradicionnye-cennosti-sovremennye-celi>).
14. Социальное доверие и недоверие в сфере российского здравоохранения в период пандемии covid-19: теоретико-методологические подходы [Текст] / Н.А. Вялых [и др.] // Caucasian Science Bridge. – 2022. – №3 (17). – (<https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-doverie-i-nedoverie-v-sfere-rossiyskogo-zdravoohraneniya-v-period-pandemii-covid-19-teoretiko-metodologicheskie-podhody>).
15. Сайт ВОЗ [Электронный ресурс]. – (<https://www.who.int/ru/about/frequently-asked-questions>).
16. Технологии формирования культуры здоровья у взрослого населения [Текст] / А.П. Картавцева [и др.] // Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Гуманитарные и общественные науки. – 2022. – №3 (23). – (<https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologii-formirovaniya-kultury-zdorovya-u-vzroslogo-naseleniya>).
17. Федеральный проект «Спорт – норма жизни» [Электронный ресурс]. – (<https://normasport.ru/>).

Vlasova V.N.

HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES AS AESTHETICS OF HEALTH Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Rostov State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary

The author of the article draws our attention to the fact that the modern population of Russia today is increasingly turning to the topic of health and health-saving technologies. According to the author, health-saving technologies allow a person to maintain the aesthetics of health: to be beautiful both internally and externally. Among the available health-saving technologies, the author highlights the annual medical examination of the population under compulsory medical insurance, the allocation of company funds for voluntary health insurance policies to expand the list of medical services for employees of the organization, the involvement of the population in sports and physical activity due to the wide possibilities of fitness areas (both for face-to-face classes and online format), expanding psychological assistance and support. The listed technologies, according to the author of the work, allow a person to be in a harmonious psycho-emotional state and develop their physical health.

Keywords: *health culture, health-saving technologies, aesthetics of health.*

Авторская справка

Власова В.Н.

д. философ. н., доц., заведующая кафедрой педагогики ФГБОУ ВО
«Ростовский государственный медицинский университет», oip08@mail.ru.

УДК 616.5-002-056.

Проценко О.А., Дегтярева В.В.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОЖИ И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА АНКЕТИРОВАНИЯ)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

Цель. Изучить состояние кожи, ее придатков (волос, ногтей) и соматического здоровья у практически здоровых лиц (по анализу результатов анкетирования).

Материалы и методы. Анкетирование открытого типа проведено у 120 практически здоровых лиц в возрасте от 18 лет до 64 лет, в т.ч. 60 мужчин и 60 женщин. Разработанная анкета включала следующие вопросы: пол, возраст, «Знаете свой вес, рост (укажите)», «Есть ли выпадение волос», «Бывает ли перхоть», «Есть ли проблемы с ногтями», «Есть ли хронические заболевания, какие: сахарный диабет, болезни кожи, органов пищеварения, суставов, щитовидной железы, лор-органов, урологические, гинекологические», «Есть ли препараты, которые принимаете ежедневно». По результатам показаний веса и роста вычисляли индекс массы тела (ИМТ).

Результаты. В наших наблюдениях преобладали лица до 30 лет (61,2%), лиц активного репродуктивного возраста (21 – 40 лет) было 49,2%. Выпадение волос отметили 36,7% анкетированных, наличие перхоти - 58,3%; нарушения роста и/или структуры ногтевых пластинок - 40%. ИМТ в пределах нормы был у 74,2%, ожирение 1 степени - у 13,3%; предожирение - у 12,5%. Знали о наличии у себя хронических заболеваний 38,3% анкетированных; болезни системы пищеварения были у 39,1%; сахарный диабет – у 34,8%; у 26,7% женщин были гинекологические заболевания; болезни ЛОР-органов были у 30,4%; щитовидной железы - у 23,9%. У 26,7% анкетированных было 2 и более хронических заболеваний, у 10% - 5. 26,7% анкетированных ежедневно принимали лекарственные препараты.

Выводы. Полученные сведения могут быть использованы при планировании и проведении информационно-образовательных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

Ключевые слова: *состояние кожи, соматическое здоровье, анкетирование.*

Сохранение здоровья здоровых лиц, особенно молодого возраста – это сохранение национальной безопасности страны. Перемены, произошедшие в стране на рубеже XX-XXI века, привели к обесцениваю здоровья как важного фактора общей культуры и развития человека [2-4,5].

Цель работы: изучить состояние кожи, ее придатков (волос, ногтей) и соматического здоровья у практически здоровых лиц по анализу результатов анкетирования.

Материалы и методы

Анкетирование открытого типа проведено у 120 практически здоровых лиц в возрасте от 18 лет до 64 лет, в том числе 60 мужчин и 60 женщин. Разработанная анкета включала следующие вопросы: пол, возраст, «Знаете свой вес, рост (укажите)», «Есть ли выпадение волос», «Бывает ли перхоть», «Есть ли проблемы с ногтями», «Есть ли хронические заболевания, какие: сахарный диабет, болезни кожи, органов пищеварения, суставов, щитовидной железы, лор-органов, урологические, гинекологические», «Есть ли препараты, которые принимаете ежедневно». По ре-

Проблемы косметологии и эстетической медицины

зультатам показаний веса и роста вычисляли индекс массы тела (ИМТ) [4].

Систематизацию 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

В наших наблюдениях было одинаковое коли-

чество мужчин и женщин – по 60 человек, в основном, до 30 лет – 83 (61,2%), при этом в возрастной группе до 20 лет (подростки) женщин было более, чем в 2 раза больше, чем мужчин – 26 (43,3%) и 10 (16,7%) соответственно, в возрасте 21- 30 лет, наоборот, несколько больше мужчин, чем женщин – 28 (46,7%) и 19 (31,7%) соответственно. Лиц активного репродуктивного возраста (21 – 40 лет) в наших наблюдениях было 59 (49,2%) (табл.1).

Таблица 1

Распределение анкетированных по полу и возрасту

Возрастная группа/ пол	Мужчины, n=60, абс./%	Женщины, n=60, абс./%	Всего, n=120, абс./%
До 20 лет	10/16,7	26/43,3	36/30,0
21 – 30 лет	28/46,7	19/31,7	47/39,2
31 – 40 лет	10/16,7	2/3,3	12/10,0
41 – 50 лет	2/3,3	-	2/1,7
51 – 60 лет	8/13,3	8/13,3	16/13,3
Старше 60 лет	2/3,3	5/8,4	7/5,8

Известно, что выпадение волос и появление перхоти являются не только проявлениями дерматологической патологии, но и маркером соматического здоровья [7]. В наших наблюдениях вы-

падение волос отметили 44 (36,7%) анкетированных, среди которых женщин было значительно больше, чем мужчин – 26 (43,3%) и 18 (30%) соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Распределение анкетированных в зависимости от жалоб на выпадение волос

Выпадение волос/ пол	Мужчины, n=60, абс./%	Женщины, n=60, абс./%	Всего, n=120, абс./%
да	18 /30,0	26/43,3	44/36,7
нет	42/70,0	34/56,7	76/63,3

Наличие перхоти беспокоило каждого второго анкетированного – 70 (58,3%), среди которых также

женщин было значительно больше, чем мужчин – 38 (63,3%) и 32 (53,3%) соответственно (табл. 3).

Таблица 3

Распределение анкетированных в зависимости от наличия перхоти

Наличие перхоти/ пол	Мужчины, n=60, абс./%	Женщины, n=60, абс./%	Всего, n=120, абс./%
да	32 /53,3	38/63,3	70/58,3
нет	28/46,7	22/36,7	50/41,7

Проблемы косметологии и эстетической медицины

Нарушения роста и/или структуры ногтевых пластинок отражают кумулятивный эффект разнообразных экзо- или эндогенных воздействий [6]. В на-

ших наблюдениях они отмечены у 48 (40%) анкетированных, значительно чаще у женщин, чем мужчин – 29 (48,3%) и 19 (31,7%) соответственно (табл. 4).

Таблица 4

Распределение анкетированных в зависимости от наличия проблем с ногтями

Наличие проблем с ногтями / пол	Мужчины, n=60, абс./%	Женщины, n=60, абс./%	Всего, n=120, абс./%
да	19 /31,7	29/48,3	48/40,0
нет	41/68,3	31/51,7	72/60,0

Анализ распределения анкетированных по ИМТ показал, что в наших наблюдениях у большинства лиц он был в пределах нормы (18,5-25) – у 89 (74,2%), как у мужчин, так и у женщин – 45 (75%) и 44 (73,3%) соответственно. Ожирение первой степени (ИМТ

30-35) было лишь у 16 (13,3%), при этом значительно чаще у женщин, чем у мужчин – 10 (16,7%) и 6 (10%) соответственно. Предожирение (ИМТ 25-30) было лишь у 15 (12,5%), чаще у мужчин, чем у женщин – 9 (15%) и 6 (10%) соответственно (табл.5).

Таблица 5

Распределение анкетированных в зависимости от индекса массы тела

ИМТ / пол	Мужчины, n=60, абс./%	Женщины, n=60, абс./%	Всего, n=120, абс./%
В пределах нормы (18,5-25)	45 /75,0	44/73,3	89/74,2
Избыточная масса тела, предожирение (25-30)	9/15,0	6/10,0	15/12,5
Ожирение 1 степени (30-35)	6/10,0	6/10,0	16/13,3

Знали о наличие у себя хронических заболеваний 46 (38,3%) анкетированных, в том числе 24 (40%)

женщины и 22 (36,7%) мужчин (табл. 6).

Таблица 6

Распределение анкетированных в зависимости от осведомленности о своих хронических заболеваниях

Наличие хронических заболеваний / пол	Мужчины, n=60, абс./%	Женщины, n=60, абс./%	Всего, n=120, абс./%
да	22 /36,7	24/40,0	46/38,3
нет	38/63,3	36/60,0	74/61,7

Среди всех хронических заболеваний лидировали болезни системы пищеварения – у 18 (39,1%) и сахарный диабет – у 16 (34,8%), обе патологии были

чаще у мужчин, чем у женщин – 10 (16,7%) и 8 (13,3%) и 10 (16,7%) и 6 (10%) соответственно (табл. 7).

Распределение анкетированных в зависимости от вида хронических заболеваний

Наличие проблем с ногтями / пол	Мужчины, n=60, абс./%	Женщины, n=60, абс./%	Всего, n=120, абс./%
Кожи	5 /8,3	6/10,0	11/23,9
Органов пищеварения	10/16,7	8/13,3	18/39,1
Лор-органов	9/15,0	4/6,7	14/30,4
Гинекологические		16/26,7	
Урологические	2/3,3	2/3,3	4/8,7
Щитовидной железы	5/8,3	6/10,0	11/23,9
Сахарный диабет	10/16,7	6/10,0	16/34,8
Болезни суставов	4/6,7	2/3,3	6/13,0

Почти у каждой третьей женщины были гинекологические заболевания – у 16 (26,7%). Достаточно часто были заболевания ЛОР-органов – у 14 (30,4%), чаще у мужчин, чем у женщин – у 9 (15%) и 4 (6,7%) соответственно. 11 (23,9%) анкетированных имели патологию щитовидной железы, в том числе 6 (10%) женщин и 5 (8,3%) мужчин. У 32 (26,7%) анкетирова-

емых было два и более хронических заболеваний, а у 6 (10%) из всех анкетированных - пять.

Особый интерес представлял тот факт, что, считая себя здоровыми, каждый третий анкетированный – 32 (26,7%) ежедневно принимал лекарственные препараты, женщины несколько чаще, чем мужчины – 16 (26,7%) и 12 (20%) соответственно (табл. 8).

Таблица 8

Распределение анкетированных в зависимости от ежедневного приема препаратов

Прием препаратов/ пол	Мужчины, n=60, абс./%	Женщины, n=60, абс./%	Всего, n=120, абс./%
да	12 /20,0	16/26,7	32/26,7
нет	48/80,0	44/73,3	88/73,3

Таким образом, проведенные исследования показали, что у 46 (38,3%) лиц, считавших себя здоровыми, были те или иные хронические заболевания и почти у каждого второго – проблемы с кожей и/или

ее придатками. Выявленные сведения могут быть использованы при планировании и проведении информационно-образовательных мероприятиях, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

Список литературы

1. Власова, А.В. *Дерматозы в практике врача-геронтолога [Текст]* / А.В. Власова, А.А. Мартынов // *Клиническая геронтология*. – 2018. – №1-2. – С. 39-45.
2. *Диагностика соматического здоровья как способ повышения мотиваций студентов к здоровьесбережению [Текст]* / А.В. Сазанов, [и др.] // *Современные проблемы науки и образования*. – 2017. – №2. – URL:<https://science-education.ru/ru/article/view?id=26337>.
3. *Индекс массы тела - с позиции оценки состояния больных ишемической болезнью сердца [Текст]* / Г. А. Нагаева [и др.] // *Евразийский Кардиологический Журнал*. – 2023. – №1-С. 66-76. DOI:<https://doi.org/10.38109/2225-1685-2023-1-66-76>.
4. Лебедева, О.В. *Отношение к соматическому здоровью как показатель психологического здоровья личности [Текст]* / О.В. Лебедева, Н.В. Фомина // *Вестник Нижегородского университета им. Н.И.*

- Лобочевского. – 2014. - №4 (36). – С. 150-158.
5. Эстетическое здоровье и формирование поведенческих реакций здорового образа жизни у студентов медиков [Текст] / В.Н. Власова [и др.] // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2022. - №1. – С. 43-49.
6. *Oxford Handbook of Medical Dermatology* [Text] / S. Burge, R. Matin, D. Wallis. – Second Edition. – Oxford University PRESS, 2016. – 694 p.
7. Strazzulla, L.C., Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis [Text] / L.C. Strazzulla, E.H.C. Wang, L. Avila // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2018. - Vol.78, №1. – P. 1 – 12. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.04.1141.

Protsenko O.A., Degtyareva V.V.

ASSESSMENT OF THE CONDITION OF SKIN AND SOMATIC HEALTH IN HEALTHY INDIVIDUALS (BASED ON THE RESULTS OF ANALYSIS OF A QUESTIONNAIRE)

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary

Purpose. To study the condition of the skin, its appendages (hair, nails) and somatic health in practically healthy individuals (based on the analysis of the results of the questionnaire).

Materials and methods. An open-ended questionnaire was conducted on 120 apparently healthy individuals aged from 18 to 64 years, incl. 60 men and 60 women. The developed questionnaire included the following questions: gender, age, “Do you know your weight, height (specify)”, “Is there hair loss”, “Does dandruff occur”, “Are there problems with nails”, “Are there any chronic diseases, such as: diabetes mellitus, diseases of the skin, digestive organs, joints, thyroid gland, ENT organs, urological, gynecological,” “Are there any medications that you take daily.” Based on weight and height measurements, body mass index (BMI) was calculated.

Results. In our observations, persons under 30 years of age predominated (61.2%), persons of active reproductive age (21 - 40 years) were 49.2%. Hair loss was noted by 36.7% of respondents, the presence of dandruff - 58.3%; disturbances in the growth and/or structure of the nail plates - 40%. BMI was within normal limits in 74.2%, grade 1 obesity in 13.3%; pre-obesity - in 12.5%. 38.3% of respondents knew that they had chronic diseases; 39.1% had diseases of the digestive system; diabetes mellitus – 34.8%; 26.7% of women had gynecological diseases; ENT diseases were present in 30.4%; thyroid gland - in 23.9%. 26.7% of respondents had 2 or more chronic diseases, 10% had 5. 26.7% of respondents took medications daily.

Conclusions. The information obtained can be used in planning and conducting information and educational activities aimed at preserving and promoting health.

Keywords: *skin condition, somatic health, questionnaire.*

Авторская справка и доленое участие

Проценко О.А.

д.мед.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, тел.+79493407318 (концепция работы и дизайн исследования, научное редактирование текста статьи).

Дегтярева В.В.

врач-терапевт, центральная городская больница г. Снежного, тел.+79493907533 (проведение анкетирования, статистическая обработка данных, подбор и анализ данных литературы, написание текста статьи).

Проценко О.А., Пилипенко В.В.

РЕЖИМ ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ И ЭСТЕТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КОЖИ И ЗДОРОВЬЯ В ЦЕЛОМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме

Цель. Оценить особенности режима питания подростков и его влияние на эстетическое состояние кожи и организма в целом.

Материал и методы. Проведено открытое анкетирование 74 человек в возрасте от 15 до 17 лет, в т.ч. 39 девочек и 35 мальчиков. Разработанная анкета включала 25 вопросов, отражающих особенности режима питания и поведенческих реакций, состояния кожи и здоровья в целом.

Результаты. 32,4% опрошенных не были привержены к соблюдению режима питания; у 35,1% из них были лишь единичные приемы пищи в течение дня, 55,4% опрошенных не ограничивали употребление сахара, 56,8% – соли; 17,6% подростков отмечали плохой аппетит и тошноту. Сухость и шелушение кожи были у 36,5%, ломкость, тусклость и выпадение волос – у 22,9%, бледность кожи с зеленоватым/голубоватым оттенком – у 21,6%, ангулярный хейлит – у 14,8%. Проблемы со сном были у 24,3%, снижение концентрации внимания – у 25,7%, частые респираторно- вирусные инфекции – у 25,7%.

Выводы. Выявленные гендерные особенности режима питания и поведенческих пищевых реакций у подростков, влияющие на эстетическое состояние кожи и здоровье в целом, могут быть использованы при подготовке и проведении информационно-образовательных мероприятий по формированию мотивации к соблюдению здорового образа жизни.

Ключевые слова: эстетическое состояние кожи, здоровье, режим питания, подростки.

Поведенческие реакции и пищевые привычки, формирующиеся с подросткового периода, влияют в последующем на эстетическое состояние кожи и соматическое здоровье в целом, обеспечивают устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды [1, 2]. Анализ пищевого поведения в сопоставлении с оценкой эстетического состояния кожи может быть полезен для формирования навыков здорового питания, предупреждения развития алиментарно-зависимых заболеваний [3, 4].

Цель исследования – оценить особенности режима питания подростков и его влияние на эстетическое состояние кожи и организма в целом.

Материалы и методы

Проведено открытое анкетирование 74 человек в возрасте от 15 до 17 лет, в том числе девочек – 39 (52,7%) и мальчиков – 35 (47,3%) человек. Была

разработана анкета, включающая 25 вопросов, в том числе: "Придерживаетесь ли вы режима питания?", "Из скольких приемов пищи обычно состоит ваш рацион?", "Считаете ли вы разнообразным свой рацион?", "Ограничиваете ли вы количество потребляемого сахара в вашем рационе?", "Ограничиваете ли вы количество потребляемой соли в вашем рационе?", "Пользуетесь ли вы услугами предприятий быстрого питания?", "Занимаетесь ли вы спортом?", "Отмечаете ли вы слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам?", "Отмечаете ли вы проблемы со сном, бессонницу?", "Отмечаете ли вы раздражительность, психологическую лабильность?", "Отмечаете ли вы шум в ушах, склонность к обморокам/предобморочным состояниям?", "Отмечаете ли вы снижение концентрации внимания?", "Отмечаете ли вы ухудшение аппетита, тошноту?", "Замечаете ли вы

кровоточивость десен, разрушение зубной эмали?", "Отмечаете ли вы извращение вкуса?", "Склонна ли ваша кожа к сухости, шелушению?", "Отмечаете ли вы ломкость, тусклость, выпадение волос?", "Отмечаете ли вы бледность кожи?", "Замечаете ли вы появление отеков на лице, веках, голенях?", "Отмечаете ли вы ухудшение зрения в темноте?", "Болели ли вы респираторными вирусными инфекциями в последние пол года?", "Отмечаете ли вы продольную вертикальную бугристость ногтей?", "Отмечаете ли вы появление "заед"?", "Отмечаете ли вы мышечные боли, судороги?", "Отмечаете ли вы синдром беспокойных ног?".

Результаты исследования обработаны статистически с помощью персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

Выявлены гендерные особенности приверженности режима питания. Так, большая часть девочек – 24 (61,5%) были привержены к соблюдению режима, среди мальчиков таких было лишь 19 (54,3%). Не придерживались режима питания каждая четвертая девочка - 10 (25,6%) и каждый второй мальчик - 14 (49%) (табл.1).

Таблица 1

Приверженность к поддержанию режима питания

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	24/61,5	10/25,6	5/12,9
Мальчики, n=35	19/54,3	14/49,0	2/5,7
Всего, n=74	43/58,1	24/32,4	7/9,5

Выявлено, что у большинства девочек – 20 (51,2%) было всего 1-2 приема пищи, в то время как у большей половины мальчиков – 26 (74,3%) 2-4 при-

ема. 4 и более приемов пищи было лишь у 1 (2,6%) девочки и 3 (8,6%) мальчиков (табл.2).

Таблица 2

Количество приемов пищи

Количество анкетированных / количество приемов	«1-2» абс./%	«2-4» абс./%	«4 и более» абс./%
Девочки, n=39	20/51,2	18/46,2	1/2,6
Мальчики, n=35	6/17,1	26/74,3	3/8,6
Всего, n=74	26/35,1	44/59,4	4/5,5

Большая часть анкетированных девочек – 30 (76,9%) и мальчиков – 32 (91,4%) считали свой рацион

разнообразным (табл.3).

Таблица 3

Разнообразие своего рациона

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	30/76,9	9/23,1	0/0
Мальчики, n=35	32/91,4	3/8,6	0/0
Всего, n=74	62/83,8	12/16,2	0/0

Не ограничивали количество сахара в рационе и 15 (42,9) мальчиков. Лишь 2 (5,2%) девочек не употребляли сахар совсем, в то время как среди мальчиков таких не было (табл.4).

Таблица 4

Ограничение количество сахара в рационе

Количество анкетированных / ответы	«не ограничиваю» абс./%	«стараюсь ограничить» абс./%	«не употребляю совсем» абс./%
Девочки, n=39	21/53,8	16/41,0	2/5,2
Мальчики, n=35	20/57,1	15/42,9	0/0
Всего, n=74	41/55,4	31/41,9	2/2,7

Большая часть девочек – 21 (53,8%) и мальчиков – 21 (60%) не ограничивали количество потребляемой соли, старались ограничить 16 (41%) девочек и 14 (40%) мальчиков. Лишь 2 (5,2%) девочек не употребляли соль совсем, среди мальчиков таких не было (табл.5).

Таблица 5

Ограничение количества соли в рационе

Количество анкетированных / ответы	«не ограничиваю» абс./%	«стараюсь ограничить» абс./%	«не употребляю совсем» абс./%
Девочки, n=39	21/53,8	16/41,0	2/5,2
Мальчики, n=35	21/60,0	14/40,0	0/0
Всего, n=74	42/56,8	30/40,5	2/2,7

Несколько раз в неделю и чаще пользовались услугами предприятий быстрого питания 7 (18%) девочек и 3 (8,6%) мальчика. 22 (56,4%) девочки и 26 (74,2%) мальчиков пользовались такими услугами редко, старались ограничить (табл.6).

Таблица 6

Частота пользования услугами предприятий быстрого питания

Количество анкетированных / частота пользования	«несколько раз в неделю и чаще» абс./%	«редко, стараюсь ограничить» абс./%	«не пользуюсь» абс./%
Девочки, n=39	7/18,0	22/56,4	10/25,6
Мальчики, n=35	3/8,6	26/74,2	6/17,2
Всего, n=74	10/13,4	48/64,9	16/21,7

1-2 раза в неделю спортом занимались 21 (53,8%) девочек и лишь 8 (22,9%) мальчиков, 2-3 раза в неделю занимались спортом большинство мальчиков – 18 (54,4%) и лишь 11 (28,2%) девочек; 4-7 раз в неделю только мальчики – 7 (20%) (табл.7).

Таблица 7

Количество занятий спортом в неделю

Количество анкетированных / количество занятий	«1-2 раза в неделю» абс./%	«2-4 раза в неделю» абс./%	«4-7 раз в неделю» абс./%	«не занимаюсь» абс./%
Девочки, n=39	21/53,8	11/28,2	0/0	7/18,0
Мальчики, n=35	8/22,9	18/54,4	7/20,0	2/5,7
Всего, n=74	29/39,2	29/39,2	7/9,4	9/12,2

Слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам ощущали только при интенсивных тренировках большинство девочек – 12 (30,8%) и мальчиков – 18 (51,4%), часто данные симптомы проявлялись у 11 (28,2%) девочек и лишь у 3 (8,6%) мальчиков (табл.8).

Таблица 8

Слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам

Количество анкетированных / ответы	«да, часто», абс./%	«да, только при интенсивной нагрузке», абс./%	«не отмечаю» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	11/28,2	12/30,8	8/20,5	8/20,5
Мальчики, n=35	3/8,6	18/51,4	11/31,4	3/8,6
Всего, n=74	14/18,9	30/40,5	19/25,7	11/14,9

Бессонницу и проблемы со сном имели только 29 (74,2%) девочек и каждый второй мальчик – 18 (51,4%) (табл.9).

Таблица 9

Бессонница, проблем со сном

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	5/12,9	29/74,2	5/12,9
Мальчики, n=35	13/37,2	18/51,4	4/11,4
Всего, n=74	18/24,3	47/63,5	9/12,2

Проявление симптомов раздражительности и психологической лабильности не отмечали 24 (61,5%) девочек и 24 (68,6%) мальчиков. Замечали данные симптомы 8 (20,5%) девочек и лишь 3 (8,6%) мальчиков (табл.10).

Таблица 10

Раздражительность, психологическая лабильность

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	8/20,5	24/61,5	7/18,0
Мальчики, n=35	3/8,6	24/68,6	8/22,8
Всего, n=74	11/14,9	48/64,8	15/20,3

Шум в ушах, склонность к обморокам и пре- У 34 (97,1%) мальчиков и 32 (82%) девочек эти сим-
добророчным состояниям отмечали 7 (18%) девочек. птомы не проявлялись (табл.11).

Таблица 11

Наличие шума в ушах, склонности к обморокам/предобморочным состояниям

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	7/18,0	32/82,0	0/0
Мальчики, n=35	0/0	34/97,1	1/2,9
Всего, n=74	7/9,5	66/89,2	1/1,3

Снижение концентрации внимания не от- Замечали проявления только 6 (15,4%) девочек и 13
мечали 26 (66,6%) девочек и 20 (57,1%) мальчиков. (37,1%) мальчиков (табл.12).

Таблица 12

Снижение концентрации внимания

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	6/15,4	26/66,6	7/18
Мальчики, n=35	13/37,1	20/57,1	2/5,8
Всего, n=74	19/25,7	46/62,2	9/12,1

Ухудшение аппетита и тошноту не отмечали (64,1%). Лишь 11 (28,2%) девочек и 2 (5,8%) мальчиков
большинство мальчиков - 33 (94,2%) и девочек - 25 замечали проявление симптомов (табл.13).

Таблица 13

Ухудшения аппетита, тошноты

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	11/28,2	25/64,1	3/7,7
Мальчики, n=35	2/5,8	33/94,2	0/0
Всего, n=74	13/17,6	58/78,4	3/4,0

Проблемы косметологии и эстетической медицины

3 (7,7%) девочек отмечали кровоточивость десен и разрушение зубной эмали. Все мальчики – 35 (100%) и большая часть девочек – 35 (89,7%) не отмечали данные симптомы (табл.14).

Таблица 14

Наличие кровоточивости десен, разрушения зубной эмали

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	3/7,7	35/89,7	1/2,6
Мальчики, n=35	0/0	35/100	0/0
Всего, n=74	3/4,0	70/94,6	1/1,4

Извращение вкуса замечали только 4 (10,3%) девочек (91,4%) и девочек - 35 (89,7%). Затруднились ответить лишь 3 (8,6%) мальчиков (табл.15).

Таблица 15

Наблюдение извращения вкуса

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	4/10,3	35/89,7	0/0
Мальчики, n=35	0/0	32/91,4	3/8,6
Всего, n=74	4/5,4	67/90,5	3/4,1

Выявлены гендерные особенности наличия симптомов сухости и шелушения кожи. Большинство таких симптомов не отмечали – каждая вторая девочка - 19 (48,7%) и 22 (62,8%) мальчиков, замечали 17 (43,6%) девочек и только 10 (28,6%) мальчиков (табл.16).

Таблица 16

Наличие сухости, шелушения кожи

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	17/43,6	19/48,7	3/7,7
Мальчики, n=35	10/28,6	22/62,8	3/8,6
Всего, n=74	27/36,5	41/55,4	6/8,1

Ломкость, тусклость и выпадение волос наблюдали небольшое количество девочек и мальчиков – 13 (33,3%) и 4 (11,4%) соответственно, не отмечали данные симптомы большая часть девочек – 26 (66,7%) и 28 (80%) мальчиков (табл.17).

Таблица 17

Ломкость, тусклость, выпадение волос

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	13/33,3	26/66,7	0/0
Мальчики, n=35	4/11,4	28/80,0	3/8,6
Всего, n=74	17/22,9	54/73,0	3/4,1

Бледность кожи не отмечали 29 (74,4%) девочек и мальчиков – 9 (23%) и 7 (20%) соответственно и 26 (74,2%) мальчиков. Замечали малая часть де- (табл.18).

Таблица 18

Бледность кожи с зеленоватым / голубоватым оттенком

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	9/23,0	29/74,4	1/2,6
Мальчики, n=35	7/20,0	26/74,2	2/5,8
Всего, n=74	16/21,6	55/74,3	3/4,1

Практически все девочки – 37 (94,2%) и маль- веках и голенях. Лишь 3 (8,6%) мальчиков замечали чики – 31 (88,5%) не отмечали наличие отеков на лице, проявления данных симптомов (табл.19).

Таблица 19

Наличие отеков на лице, веках, голенях

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	0/0	37/94,2	2/5,2
Мальчики, n=35	3/8,6	31/88,5	1/2,9
Всего, n=74	3/4,1	68/91,9	3/4,1

Ухудшение зрения в темноте отмечали только 2 (89,6%) девочек и 32 (91,3%) мальчиков данный сим- (5,2%) девочек и 1 (2,9%) мальчик, большая часть – 36 птом не отмечали (табл.20).

Таблица 20

Ухудшение зрения в темноте

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	2/5,2	35/89,6	2/5,2
Мальчики, n=35	1/2,9	32/91,3	2/5,8
Всего, n=74	3/4,1	67/90,5	4/5,4

Проблемы косметологии и эстетической медицины

Болели 1–2 раза респираторными вирусными инфекциями в последние полгода 13 (33,3%) девочек и 11 (31,4%) мальчиков. Не болели 14 (35,9%) девочек и 17 (48,6%) мальчиков, 1-2 раза болели 13 (33,3%) девочек и 11 (31,4%) мальчиков. 3 и более раз за последние полгода перенесли ОРВИ 12 (30,8%) девочек и 7 (20%) мальчиков соответственно (табл.21).

Таблица 21

Частота респираторных вирусных инфекций за последние полгода

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	13/33,3	12/30,8	14/35,9
Мальчики, n=35	11/31,4	7/20,0	17/48,6
Всего, n=74	24/32,4	19/25,7	31/41,9

Большинство девочек и мальчиков не отмечали продольную вертикальную бугристость ногтей – девочка замечала проявление симптомов, среди мальчиков таких не было (табл.22).
38 (97,4%) и 33 (94,2%) соответственно. Лишь 1 (2,6%)

Таблица 22

Продольная бугристость ногтей

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	1/2,6	38/97,4	0/0
Мальчики, n=35	0/0	33/94,2	2/5,8
Всего, n=74	1/1,4	71/95,9	2/2,7

Проявления ангулярного хейлита отмечали лишь 8 (20,5%) девочек и 3 (8,6%) мальчиков. (табл.23).
Большинство анкетированных не отмечали данный симптом – 31 (79,5%) девочек и 28 (80%) мальчиков

Таблица 23

Ангулярный хейлит

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	8/20,5	31/79,5	0/0
Мальчики, n=35	3/8,6	28/80,0	4/11,4
Всего, n=74	11/14,8	59/79,8	4/5,4

Большая часть девочек и мальчиков не отмечали мышечные боли и судороги – 26 (66,6%) и 17 (48,5%) соответственно. Замечали лишь 7 (18%) девочек и 16 (45,7%) мальчиков (табл.24).

Таблица 24

Мышечные боли, судороги

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	7/18,0	26/66,6	6/15,4
Мальчики, n=35	16/45,7	17/48,5	2/5,8
Всего, n=74	23/31,1	43/58,1	8/10,2

5 (12,9%) девочек и 7(20%) мальчиков отмечали синдром «беспокойных ног». Большинство не замечали проявление данного синдрома – 29 (74,2%) девочек и 24 (68.6%) мальчиков (табл.25).

Таблица 25

Синдром «беспокойных ног»

Количество анкетированных / ответы	«да» абс./%	«нет» абс./%	«затрудняюсь ответить» абс./%
Девочки, n=39	5/12,9	29/74,2	5/12,9
Мальчики, n=35	7/20,0	24/68,6	4/11,4
Всего, n=74	12/16,2	53/71,6	9/12,2

Таким образом, выявлены особенности пищевого поведения и режима питания, которые влияют на эстетическое состояние кожи и здоровье в целом.

Выводы

1. 24 (32,4%) опрошенных не были привержены к соблюдению режима питания; у 26 (35,1%) из них были лишь единичные приемы пищи в течение. 41 (55,4%) опрошенных не ограничивали употребление сахара, 41 (56,8%) – соли; 13 (17,6%) опрошенных отмечали плохой аппетит и тошноту.

2. Сухость и шелушение кожи отмечали 27 (36,5%) опрошенных, ломкость, тусклость и выпадение волос - 17 (22,9%), бледность кожи с зеленоватым/

голубоватым оттенком – 16 (21,6%), ангулярный хейлит - 11 (14,8%).

3. Проблемы со сном были у 18 (24,3%), снижение концентрации внимания – у 19 (25,7%), частые респираторно- вирусные инфекции (3 и более раз за последние полгода) - у 19 (25,7%).

4. Выявленные гендерные особенности режима питания и поведенческих пищевых реакций у подростков могут вызывать на эстетическое состояние кожи и здоровье в целом, что необходимо учитывать при подготовке и проведении информационно-образовательных мероприятий по формированию мотивации к соблюдению здорового образа жизни.

Список литературы

1. Горелова, Ж.Ю. Гигиеническая оценка домашнего питания современных школьников [Текст] // Ж.Ю. Горелова // *Здоровье населения и среда обитания*. - 2022. - Т. 30, № 8. - С. 31–36.
2. Минина, В.Н. Здоровое питание в контексте повседневной жизни россиян [Текст] / В.Н. Минина, М.С. Иванова, Е.Ю. Ганскау // *Журнал социологии и социальной антропологии*. - 2018. - Т. 21, №4. - С. 182–202.
3. Соловьева, Ю.В. Оценка уровня грамотности школьников в вопросах здорового питания [Текст] / Ю.В. Соловьева [и др.] // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 2021. - Т. 66, № 4. - С.349.
4. Шанова, О. В. Оценка дефицита магния у детей и подростков [Текст] / О.В. Шанова, Т.А. Метелкина, Т.В. Фролова // *Амурский медицинский журнал*. - 2020. - Т. 30, № 2. - С. 27-30.

Protsenko O.A., Pilipenko V.V.

NUTRITION MODE OF TEENAGERS AND AESTHETIC CONDITION OF SKIN AND HEALTH IN GENERAL

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «M. Gorky Donetsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary

Purpose. Assess the characteristics of the diet of adolescents and its impact on the aesthetic condition of the skin and the body as a whole.

Material and methods. An open survey was conducted of 74 people aged 15 to 17 years, incl. 39 girls and 35 boys. The developed questionnaire included 25 questions reflecting the characteristics of diet and behavioral reactions, skin condition and health in general.

Results. 32.4% of respondents were not committed to following the diet; 35.1% of them had only single meals during the day, 55.4% of respondents did not limit the consumption of sugar, 56.8% - salt; 17.6% of adolescents reported poor appetite and nausea. Dryness and flaking of the skin was observed in 36.5%, fragility, dullness and hair loss - in 22.9%, pale skin with a greenish/bluish tint - in 21.6%, angular cheilitis - in 14.8%. 24.3% had sleep problems, 25.7% had decreased concentration, and 25.7% had frequent respiratory viral infections.

Conclusions. The identified gender characteristics of diet and behavioral food reactions in adolescents, which affect the aesthetic condition of the skin and health in general, can be used in the preparation and conduct of information and educational events to create motivation to maintain a healthy lifestyle.

Keywords: *aesthetic condition of the skin, health, diet, adolescents.*

Авторская справка и доленое участие

Проценко О.А.

д.мед.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, тел.+79493407318 (концепция работы и дизайн исследования, научное редактирование текста статьи).

Пилипенко В.В.

студентка 6 курса ФНМФО ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, тел.+79494325031 (проведение анкетирования, статистическая обработка данных, подбор и анализ данных литературы, написание текста статьи)/

Во втором полугодии 2023 г. согласно реестра проведения внутри- и межвузовских научно-практических конференций в рамках непрерывного медицинского образования кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета непрерывного медицинского и фармацевтического образования (ФНМФО) Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России) были проведены в дистанционном режиме одна Республиканская (реестр МЗ ДНР на 2022 г.) и три внутривузовских междисциплинарных научно-практических конференций. Презентации докладов были размещены на сайте ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России (dnmu.ru).

13 сентября 2023 г. на конференции «Аллергические заболевания кожи и слизистых» были представлены 8 докладов, в том числе проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Аллергические реакции реактинового типа в дерматологии: механизм развития, пути коррекции»; проф. Проценко Т.В., доц. Милус И.Е. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Индивидуализация подходов к ведению больных алергодерматозами»; проф. Дубовой А.В., доц. Лимаренко М.П. (кафедра педиатрии №3) «Особенности течения и лечения атопического дерматита у детей с панкреатитом»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФНМФО) «Офтальмологические проявления аллергии»; доц. д.мед.н. Провизиона А.Н., асс. Зубаревской О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Дерматологическая полиморбидность: атопический дерматит и гнездная алопеция»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО, Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР) «Токсико-аллергические реакции при лечении сифилиса»; доц. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Медикаментозные и немедикаментозные методы седатации при лечении больных алергодерматозами»; доц. Лукьянченко Е.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Ранние осложнения инвазивных воздей-

ствий в косметологии у лиц с аллергическим анамнезом»; доц. Голубова К.Э., доц. Смирновой А.Ф. асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФНМФО) «Офтальмологические проявления аллергии»; доц. Провизиона А.Н., асс. Зубаревской О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Дерматологическая полиморбидность: атопический дерматит и гнездная алопеция».

11 октября 2023 г. на конференции «Заболевания волосистой части головы» были представлены 7 докладов, в том числе проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Междисциплинарные клинические аспекты выпадения волос»; проф. Проценко Т.В., асс. Шпатусько М.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Вопросы диагностики рубцовой и нерубцовой алопеции»; доц. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Узкополосная фототерапия в лечении алопеции»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО, Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР) «Алопеция при сифилисе»; доц. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Немедикаментозные технологии седатации при лечении больных алопециями»; доц. Голубова К.Э., доц. Смирновой А.Ф. асс. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии ФНМФО) «Офтальмологические осложнения татуажа век и бровей»; доц. д.мед.н. Провизиона А.Н., асс. Зубаревской О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Гнездная алопеция: современные аспекты патогенеза и терапии».

15 ноября 2023 г. на конференции «Псориаз как медико-социальная проблема» были представлены 7 докладов, в том числе проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Проблема псориаза в исследованиях Донецкой дерматологической школы»; проф. Проценко Т.В., доц. Милус И.Е. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО, Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Проблема лечения генетически детерминированных дерматозов: псориаза и атопического дерматита»; доц. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Фототерапия псориаза»; доц. д.мед.н. Провизиона А.Н. (кафедра дерматове-

нерологии и косметологии ФНМФО) «Опыт лечения бляшечного псориаза у лиц с хроническим простатитом»; доц. Лукьянченко Е.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО) «Особенности косметологической помощи у пациентов с псориазом»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО, Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР) «Сочетание псориаза и сифилиса»; проф. Киосевой Е.В., доц. Горбенко А.С., доц. Киосева Н.В. (кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии, дерматовенерологии и косметологии ФНМФО, патологической физиологии) «Психовегетативные нарушения у больных псориазом».

13 декабря 2023 г. была проведена 9-я Республиканская научно-практическая конференция «Молодые дерматовенерологи – здравоохранению Донбасса». На сайте университета были представлены презентации 22 докладов молодых специалистов, выполненных под руководством сотрудников кафедры дерматовенерологии и косметологии ФНМФО, в том числе Арешидзе А.И. (г. Донецк, ДНР) «Анализ клинического случая осложнения вследствие введения филлера»; Босой Е.А. (г. Донецк, ДНР) «Случай распространенного бляшечного псориаза у горнорабочего»; Волошиной Е.А. (г. Донецк, ДНР) «Клинический случай мелкобляшечного парапсориаза, вариант дигитальной формы, стадия обострения: клинические проявления, диагностика»; Горбенко А. С. (г. Донецк, ДНР) «Особенности стресс-индуцированных состояний у больных атопическим дерматитом»; Дегтяренко Е. В. (г. Донецк, ДНР) «Заболевания слизистой оболочки полости рта, диагностируемые у детей с атопическим дерматитом»; Дегтяренко Е. В., Лотаревой В.К. (г. Донецк, ДНР) «Клинические проявления атипичных и тяжелых форм герпетического стоматита

у детей»; Демченко С.С., Демченко Е.В., Ромашкайте М.С. (г. Донецк, ДНР) «Клинические проявления эктодермальной дисплазии в полости рта»; Зиаур С.-Т.Р. (г. Донецк, ДНР) «Гендерные особенности состояния кожи у лиц репродуктивного возраста (по результатам анкетирования)»; Казарян К.Т. (г. Донецк, ДНР) «Случай абсцедирующего и подрывающего фолликулита и перифолликулита Гоффмана»; Кичигиной Е.В. (г. Донецк, ДНР) «Анализ дерматологической патологии у онкологических больных»; Крупицкой А.С. (г. Донецк, ДНР) «Отношение к профилактическому медицинскому осмотру и к медицинскому чек-ап (по результатам анкетирования)»; Кузьменко Е.М. (г. Донецк, ДНР) «Анализ дерматологической и соматической патологии у терапевтических больных»; Кузнецова А.В. (г. Донецк, ДНР) «Генно-инженерная биологическая терапия псориаза»; Лагерь О.С. (г. Донецк, ДНР) «Оценка состояния здоровья при выборочном анкетировании здоровых лиц»; Монаховой Н.И. (г. Донецк, ДНР) «Особенности поражения придатков кожи у онкологических больных»; Пендели Н.М. (г. Донецк, ДНР) «Случай распространенной хронической микробной экземы у больного сахарным диабетом 2 типа»; Пилипенко В.В. (г. Донецк, ДНР) «Возрастные особенности проблемы питания и его влияние на состояние здоровья»; Поляковой А.А. (г. Донецк, ДНР) «Клинический случай конглобатного акне»; Субботиной А.Н. (г. Донецк, ДНР) «Клинический случай токсидермии»; Хроменковой А.С. (г. Донецк, ДНР) «Отличительные особенности атопического дерматита и синдрома Джебоби»; Чукалиной Ю.С. (г. Донецк, ДНР) «Отношение к медицинскому чек-ап (по результатам анкетирования)»; Шпиц А.С. (г. Донецк, ДНР) «Сравнительная характеристика эффективности лечения дерматомикозов волосистой части головы препаратами системного действия».

Материал подготовил проф. Проценко О.А.

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 неструктурированным, 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 // Сбор: альманах религиоведения. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - Вып. 5. - С. 17-23.

...журнала

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

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

...газеты

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

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

Рецензия

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

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

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

Нормативные акты

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

О борьбе с международным терроризмом [Текст]: постановление Гос. Думы Федер. Собр. от 20 сент.

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 01.11.2023 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