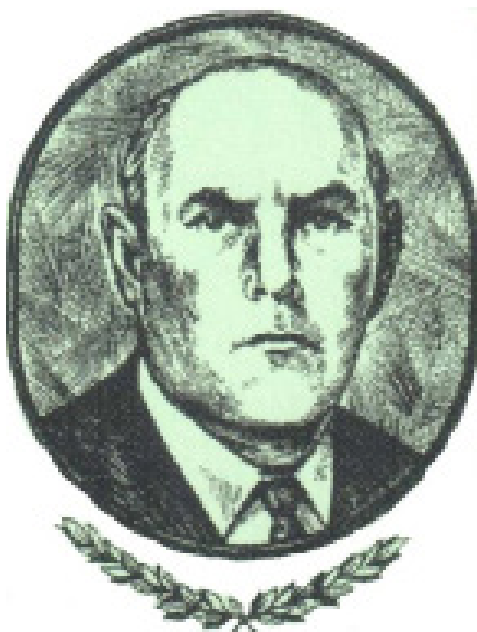


**Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»**



# **ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ**

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

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

**2018 № 1 (19)**

ISSN 2522-9885 (Print)  
ISSN 2522-9893 (Online)

Научно-практический журнал по дерматовенерологии и 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. Отдельные статьи посвящены актуальным проблемам дерматологии, выполненным на стыке других разделов клинической медицины.

Ответственность за содержание статей и орфографию несут авторы. Редакция не несет ответственности 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 разрешены только с предварительного письменного согласия редакции с обязательной ссылкой на источник. Материалы публикуются на языке оригинала.

**Учредитель журнала:**

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

**Адрес учредителя:**

83003, г. Донецк, проспект Ильича, д. 16

**Периодичность издания:**

4 раза в год

**Адрес редакции:**

83087, г. Донецк, ул. Калинина, д. 107-Б  
Тел.: (062) 334-02-26  
Факс: (062) 334-02-26

**Адрес электронной почты:**

derma.kosmet@yandex.ru

**Главный редактор:**

Проценко Татьяна Виталиевна

**Ответственный секретарь:**

Провизион А.Н.

**Редакционная коллегия:**

Белик И.Э. (г. Донецк)  
Богуслав Ю.П. (г. Донецк)  
Проценко О.А. (г. Донецк)  
Романенко К.В. (г. Донецк)  
Фисталь Н.Н. (г. Донецк)

**Редакционный совет:**

Арифов С.С. (г. Ташкент)  
Бабюк И.А. (г. Донецк)  
Василенко И.В. (г. Донецк)  
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)  
Радионов В.Г. (г. Луганск)  
Романенко В.Н. (г. Донецк)  
Седаков И.Е. (г. Донецк)  
Тищенко А.Л. (г. Москва)  
Шай А.М. (г. Москва)  
Шелихов С. Ю. (г. Астана)  
Фисталь Э.Я. (г. Донецк)

Рекомендовано к изданию Ученым Советом Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», протокол №2 от 29.03.2018 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.

**Свидетельство о регистрации средства массовой информации:**

ААА № 000168 от 07.11.2017 г.

## Содержание

---

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Чайковская И.В., Забродняя В.К. Состояние местного иммунитета у инсулинзависимых пациентов с генерализованным пародонтитом .....	6
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

### РАБОТЫ МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ

Корчак И.В., Гришина М.С. Клинико–эпидемиологические особенности микозов гладкой кожи и волосистой части головы (по результатам анализа выписных эпикризов РКДВД за 2014– 2017 гг.) .....	13
Корчак И.В., Митейко А.Д. Клинико–эпидемиологические особенности псориаза (по анализу выписных эпикризов РКДВД за 2014 – 2017гг.) .....	18

### ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамова В.Ю., Белик И.Е. Основные аспекты терапии женщин с андрогенной алопецией .....	23
Белик И.Е., Романенко К.В., Иванова И.П., Гупало Л.А. Эстетические аспекты фотоиндуцированных дерматозов .....	27

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Иванова И.П., Романенко К.В., Белик И.Е., Гупало Л.А. Комбинированное лазерное лечение папилломавирусных заболеваний кожи .....	31
Киосев Н. В. Опыт многофакторного анкетирования студенческой молодежи .....	36
Тахташов И.Р., Кононенко Т.В. Анализ результатов скринингового исследования на сифилис соматических больных .....	41

### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Проценко Т.В., Проценко О.А. Случай красного плоского лишая с поражением пищевода и желудка .....	45
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И КОСМЕТОЛОГИИ

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А. Эстетические аспекты симультанных оперативных вмешательств при колоректальном раке .....	48
Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А. Эстетические аспекты хирургического лечения сочетанной неопухолевой патологии анального канала и прямой кишки .....	54

### ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Проценко О. А., Проценко Т.В., Корчак И.В., Провизион А.Н., Боряк С.А., Тахташов И.Р. Преподавание клинических аспектов ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных дерматозов на кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования .....	60
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей .....	64
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 - 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления .....	66

# Contents

---

## ORIGINAL RESEARCH

- Chaikovskaya I.V., Zabrodnaya V.K.** The state of local immunity in insulin-dependent patients with generalized periodontitis ..... 6

## WORKS OF YOUNG RESEARCHERS

- Korchak I.V., Grishina M.S.** Clinical and epidemiological peculiarities of mycoses of smooth skin and facial heart part (on the results of the analysis of the recorded epicrides RCDVD for 2014-2017) ..... 13
- Korchak I.V., Miteiko A.D.** Features of epidemiology, clinic and course of psoriasis (by analysis of case history epicrisis rkdvd during 2014 - 2017 years) ..... 18

## REVIEWS OF LITERATURE

- Abramova V.Yu., Byelik I.E.** Particularly for treatment of androgenetic alopecia in women ..... 23
- Byelik I.Y., Romanenko K.V., Ivanova I.P., Gupalo L.A.** Aesthetic aspects of photoinduced dermatosis ..... 27

## TO HELP A PRACTICAL DOCTOR

- Ivanova I.P., Romanenko K.V., Belik I.E., Gupalo L.A.** Combined laser treatment of papillomavirus skin diseases .... 31
- Kiosev N.V.** Experience of multifactoral student youth questionnaire ..... 36
- Takhtashov I.R., Kononenko T.V.** Analysis of screening results for syphilis of somatic patients ..... 41

## CLINICAL CASE, OBSERVATION OF PRACTICE

- Protsenko T.V., Protsenko O.A.** Case of lichen planus in patient with affect mucosal surface ..... 45

## ACTUAL ISSUES OF AESTHETIC MEDICINE AND COSMETOLOGY

- Borota A.V., Kukhto A.P., Baziyan-Kukhto N.K., Borota A.A.** Aesthetic aspects of simultane operative interventions with colorectal cancer ..... 48
- Borota A.V., Kukhto A.P., Baziyan-Kukhto N.K., Borota A.A.** Aesthetic aspects of surgical treatment of concomitant non-neoplastic pathology of the anal canal and rectum ..... 54

## PROBLEMS OF HIGHER SCHOOL PEDAGOGY

- Protsenko O.A., Protsenko T.V., Korchak, I.V., Provision A.N., Boryak S.A., Takhtashov I.R.** The teaching clinical peculiarities of AIDS and AIDS-associated dermatoses students related specialties ..... 60

## INFORMATION FOR AUTHORS

- Requirements for registration of articles ..... 64
- Examples of the design of the list of literature. Interstate Standard (GOST 7.1 - 2003). Bibliographic record. Bibliographic description: General requirements and rules compiling ..... 66

## Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Мы представляем Вам очередной, первый в 2018 году номер журнала, основная цель которого – постоянное и непрерывное профессиональное обучение, совершенствование клинического мышления и искусства врачевания. Представленные в номере работы знакомят с новыми достижениями клинической дерматовенерологии и медицинской косметологии, с эстетическими аспектами хирургических, инвазивных и неинвазивных вмешательств при патологии различных органов и систем, опытом и наблюдениями из собственной практики врачей, как начинающих, так и с большим опытом практической, научной и учебно-педагогической работы.

Дерматовенерология – это интегральная наука, требующая от специалиста знаний по пропедевтике, основам функционирования различных органов и систем организма, анатомии и гистологии, физиологии и патофизиологии, клинической биохимии и фармакологии и мн.др. Патология сердечно-сосудистой, эндокринной и пищеварительной систем как в «зеркале» отражается в коже. По изменению внешнего вида кожи, ее структуры и цвета, придатков кожи можно на ранних стадиях заподозрить тяжелейшие системные инфекционные (ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты и др.), гематологические, аутоиммунные и опухолевые заболевания. С другой стороны, по изменению кожи в процессе любой медикаментозной терапии можно прогнозировать ее эффективность и риск формирования осложнений. Именно поэтому информация на стыке специальностей может способствовать не только профессиональному росту врача, но и повышению качества медицинской помощи и медицинских услуг.

Искусству врачевания учатся всю профессиональную жизнь: в университетах и клиниках, на собственном опыте, чужих и своих ошибках, впитывая, «как губка», информацию из учебников, журналов, конференций, конгрессов и съездов, профессионального общения. 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

Чайковская И.В., Забродняя В.К.

## СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ИНСУЛИНЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

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

### Резюме

**Цель** – изучить и оценить факторы местного иммунитета у инсулинзависимых пациентов с генерализованным пародонтитом (ГП).

**Материалы и методы.** В ходе выполнения работы было обследовано 135 человек, из них 43 мужчины (31,9±4,0%) и 92 женщины (68,1±4,0%) в возрасте от 20 до 55 лет (в среднем 39,8±1,3 лет). Обследованные пациенты были распределены на три группы: I группа – основная – представлена 60 инсулинзависимыми пациентами с ГП, II группа – сравнения – 30 пациентов с ГП без сахарного диабета (СД) и III группа – контрольная, представлена 45 практически здоровыми людьми. В ротовой жидкости показатели местного иммунитета (лактоферрин, sIgA, IL-1β) определены методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью набора реактивов производства АО «Вектор-Бест» (Российская Федерация).

**Результаты.** Показатель лактоферрина у инсулинзависимых пациентов превышает в 1,9 раза уровень лактоферрина у практически здоровых исследуемых ( $p < 0,01$ ). Уровень sIgA у пациентов с ГП и у инсулинзависимых пациентов с ГП был ниже уровня sIgA у практически здоровых пациентов в 1,2 и 1,8 раза, соответственно ( $p < 0,01$ ). Развитие патологического процесса у пациентов с ГП сопровождается дисбалансом провоспалительного цитокина IL1β, что статистически значимо выше в 3,6 раза, чем у практически здоровых пациентов ( $p < 0,01$ ), и в 1,4 раза выше, чем у инсулинзависимых пациентов с ГП 376,6±8,6 пг/мл ( $p < 0,01$ ). Установлено, что возраст, длительность заболевания и наличие хронических заболеваний внутренних органов влияет на систему местного иммунитета у данной категории пациентов.

**Выводы.** Изученные в ротовой жидкости показатели в трёх группах имеют существенные различия ( $p < 0,01$ ), что свидетельствует о дисбалансе в местном звене иммунитета. Можно высказать предположение, что с одной стороны СД может быть причиной ГП, а с другой стороны течение пародонтита может усугубить прогрессирование СД.

**Ключевые слова:** генерализованный пародонтит, инсулинзависимый сахарный диабет, местный иммунитет, ротовая жидкость.

---

### Актуальность

В настоящее время вследствие успехов развития иммунологии полости рта стало очевидным, что в основе развития разнообразных стоматологических заболеваний (кариес, заболевания пародонта,

вирусные стоматиты, СПИД, язвенно-некротические процессы и т.д.), лежат определенные иммунологические нарушения и определенная недостаточность защитных механизмов слизистой ротовой полости, являющаяся следствием системных или

местных повреждений иммунологической системы организма [1-5].

Имеется достаточно сведений о том, что хронический пародонтит протекает на фоне измененного иммунного статуса организма, а используемые схемы лечения имеют низкую эффективность [6].

Рационально оценивая состояние проблемы, приходится констатировать, что вопросы лечения и профилактики пародонтита у данной категории пациентов являются практически «бесхозными». Несмотря на 100%-ю распространенность СД, ни стоматологи, ни диabetологи системно проблемой корригирующего лечения не занимаются [7, 8].

Таким образом, большое значение имеет коррекция иммунологических показателей крови и ротовой жидкости, обеспечивающая клиническую эффективность и благоприятно влияющая на результаты местного лечения.

**Цель работы** – изучить и оценить факторы местного иммунитета у инсулинзависимых пациентов с ГП.

### Материал и методы

В ходе выполнения работы было обследовано 135 человек, из них 43 мужчины (31,9±4,0%) и 92 женщины (68,1±4,0%) в возрасте от 20 до 55 лет (в среднем 39,8±1,3 лет). Обследование пациентов проводилось с использованием клинико-лабораторных методов исследования.

Критериями включения в исследование являлось наличие признаков ГП на основании данных клинического и рентгенологического исследований и показателей, отражающих наличие СД, которые были диагностированы эндокринологами и терапевтами. Критериями исключения из исследования являлась почечная недостаточность, возраст пациентов.

В соответствии с поставленной целью исследования все обследованные пациенты были распределены на три группы: I группа – основная – представлена 60 пациентами с ГП на фоне СД, из них

38 женщин (63,3±6,2%) и 22 мужчины (36,7±6,2%). Возрастной ценз в среднем для мужчин и женщин составил 38,2±3,6% лет и 29±2,4% лет соответственно. II группа – сравнения – 30 пациентов с ГП без СД, из них 23 женщины (76,7±7,7%) и 7 мужчин (23,3±7,7%). Средний возраст в мужской категории составил 35,4±5% лет, а женщин – 32,5±2,8% лет. III группа – контрольная, представлена 45 практически здоровыми людьми: 31 женщиной (68,9±6,9%) и 14 мужчинами (31,1±6,9%), без клинических проявлений патологических изменений в тканях пародонта, не имеющих признаков наличия СД. Возрастной ценз в среднем для мужчин и женщин составил 38,2±3,6% лет и 29±2,4% лет соответственно.

Постановку диагноза ГП, осуществляли на основании данных клинического осмотра, рентгенографии, определения объективных пародонтольных индексов и проб в соответствии с систематикой болезни пародонта Н.Ф. Данилевского (2006).

Диагноз СД инсулинзависимая форма устанавливался после обследования и проведения дополнительных методов исследования врачом-эндокринологом.

Субстратом для иммунологических исследований была ротовая жидкость (РЖ), забор которой производился до проведения гигиенических мероприятий полости рта. В ротовой жидкости показатели местного иммунитета (лактоферрин, sIgA, IL-1β) определяли методом твердофазного ИФА с помощью набора реактивов производства АО «Вектор-Бест» (Российская Федерация). Результаты иммуноферментных реакций регистрировали на планшетном ридере Multiscan EX, «Thermo EC» (Финляндия) с последующим компьютерным расчётом данных.

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

**Факторы местного иммунитета в ротовой жидкости  
у пациентов с ГП (M±m (95%ДИ))**

Показатели, единицы измерения	Исследуемые группы		
	Здоровые лица (n=45)	Пациенты с ГП (n=30)	Пациенты с ГП+СД (n=60)
Лактоферрин (нг/мл)	886,3±53,3 (778,9-993,6)	1366±98,1 (1165-1566) *	1753±243,3 (1266-2240) *
sIgA (мг/мл)	212,2±15,4 (181,3-243,1)	182±46,5 (86,9-277,1) *	115±1,6 (111,8-118,2) *
IL1 β (пг/мл)	142,5±19 (104,3-180,7)	508,9±8,2 (492,2-525,7) *	376,6±8,6 (359,3-393,9) *#

Примечание:

\* - различие средних с группой здоровых статистически значимо на уровне  $p < 0,01$ ;

# - различие средних с группой пациентов с ГП статистически значимо на уровне  $p < 0,01$ .

### Результаты и их обсуждения

Анализ данных местного иммунитета в ротовой жидкости у пациентов с ГП показал следующие результаты, которые представлены в таблице 1: наибольшего значения достигает показатель лактоферрина (ЛФ) у инсулинзависимых пациентов  $1753 \pm 243,3$  (95%ДИ: 1266-2240) нг/мл, который превышает в среднем в 1,9 раза уровень лактоферрина у практически здоровых исследуемых ( $p < 0,01$ ).

Необходимо отметить, что лактоферрин (глобулярный гликопротеин семейства трансферринов) является полифункциональным белком, обладающим антибактериальной, противовирусной, антиоксидантной, иммуномодулирующей активностью и комплексом противовоспалительных свойств. ЛФ рассматривается как мощный регулятор общих воспалительных процессов, он также считается важным внеклеточным антиоксидантом, механизм действия которого объясняется способностью связывать железо и предотвращать повреждение тканей гидроксильными радикалами.

ЛФ считают маркером активности воспалительных процессов, который способствует удержанию нейтрофилов в воспалительном очаге, а также защите нейтрофилов от свободнорадикального перекисного

окисления липидов. Антимикробный белок лактоферрин является первым барьером на пути патогенного воздействия внешней среды. Механизм действия ЛФ во время воспаления полностью не раскрыт, но его способность связываться со специфическими рецепторами многих иммунных клеток, включая нейтрофилы, моноциты, макрофаги и лимфоциты, а также с рецепторами эпителиальных клеток, указывает на возможность регуляции лактоферрином синтеза различных цитокинов через рецептор-зависимые метаболические сигналы [1-5].

Поскольку пародонтит является воспалительным заболеванием тканей пародонта, ведущим к прогрессирующему разрушению нормальной структуры альвеолярного отростка челюсти, увеличение содержания ЛФ в ротовой жидкости свидетельствует об активном воспалительном процессе. Так, в группе пациентов с генерализованным пародонтитом концентрация ЛФ в РЖ составила  $1366 \pm 98,1$  нг/мл, что достоверно ( $p < 0,01$ ) превышало аналогичный показатель в контрольной группе ( $886,3 \pm 53,3$  нг/мл) (табл. 1).

Как следует из данных, приведенных в табл. 1., уровень ЛФ в опытной группе пациентов с ГП ( $1753 \pm 243,3$  нг/мл) достоверно ( $p < 0,01$ ) превышал референтные значения.



Адекватным показателем напряжения иммунной системы является увеличение содержания sIgA в ротовой жидкости при воспалении. Уровень sIgA у пациентов с ГП составлял  $182 \pm 46,5$  (95% ДИ: 86,9-277,1) мг/мл, а у инсулинзависимых пациентов с ГП –  $115 \pm 1,6$  (95% ДИ: 111,8-118,2), что было ниже уровня sIgA у практически здоровых пациентов в 1,2 и 1,8 раза, соответственно ( $p < 0,01$ ). Данные изменения свидетельствуют об угнетении одного из важных показателей эффекторных функций местного иммунитета, приводящего к снижению защитных свойств, увеличению патогенной флоры, повышению её агрессивности за счёт утраченной способности ингибировать адгезию бактерий к поверхности клеток слизистой оболочки полости рта.

Ведущим фактором, определяющим тяжесть воспаления и особенности его течения в пародонте, является нарушение механизмов иммунной регуляции как на системном, так и локальном уровнях. Нейтрофилы и макрофаги являются наиболее значимыми источниками медиаторов воспаления, однако весьма существенную роль отводят цитокинам и хемокинам, которые продуцируются активированными Т- и В-лимфоцитами, инфильтрированными в воспаленные ткани пародонта.

Установлено, что наибольшее повреждающее действие при заболеваниях пародонта характерно для IL-1 $\beta$  и TNF- $\alpha$  [1-5].

Данные изменения зафиксированы и в отношении изучения провоспалительного цитокина IL1 $\beta$  у обследованных пациентов. Развитие патологического процесса у пациентов с ГП сопровождается дисбалансом провоспалительного цитокина IL1 $\beta$ , которое зафиксировано в этой группе и составляет  $508,9 \pm 8,2$  (95% ДИ: 492,2-525,7) пг/мл, что статистически значимо выше в 3,6 раза, чем у практически здоровых пациентов ( $p < 0,01$ ), и в 1,4 раза выше, чем у инсулинзависимых пациентов с ГП  $376,6 \pm 8,6$  пг/мл ( $p < 0,01$ ).

Полученные результаты свидетельствуют об угнетении клеточного и гуморального иммунитета, подавлении автономной системы местного иммунитета, способствующей повреждению тканей пародонта с резорбцией альвеолярной кости.

Поскольку в исследовании участвовали пациенты мужского и женского пола, и их возрастной ценз варьировал, в ходе работы была проведена оценка степени зависимости местного иммунитета у инсулинзависимых пациентов с ГП (табл. 2). Представленные данные свидетельствуют о влиянии на интегральное состояние показателей IL1 $\beta$ .

Таблица 2

**Степень зависимости уровня местного иммунитета в РЖ от пола и возраста инсулинзависимых пациентов с ГП**

Показатели, единицы измерения	Факторы			
	пол		возраст	
	$\beta$ (муж)	p (жен)	$\beta$ (муж)	p (жен)
I группа (основная)				
Лактоферрин (нг/мл)	0,134	0,1	0,05	0,55
sIgA (мг/мл)	0,18	0,04	-0,04	0,6
IL1 $\beta$ (пг/мл)	0,27	0,0001	0,37	0,001

Примечание:

F – значение критерия Фишера; p–уровень значимости критерия.

Показатели местного иммунитета в ротовой жидкости  
в различных возрастных группах

Показатели, единицы измерения	Возрастные группы		
	1 группа <35 лет	2 группа (от 36 до 50 лет)	3 группа (> 50 лет)
Лактоферрин (нг/мл)	1078,1±41,0 (994,0-1162,2)	852,0±126,8 (541,8-1162,1)	373,2±4,9 (362,0-384,4) * #
sIgA (мг/мл)	176,3±20,9 (133,4-219,2)	251,2±23,3 (194,2-308,2)	285,4±12,1 (258,0-312,9) *
IL-1 β (пг/мл)	67,1±11,0 (44,6-89,6)	204,0±35,4 (117,5-290,6)*	310,7±33,2 (235,6-385,9) * #

Примечание:

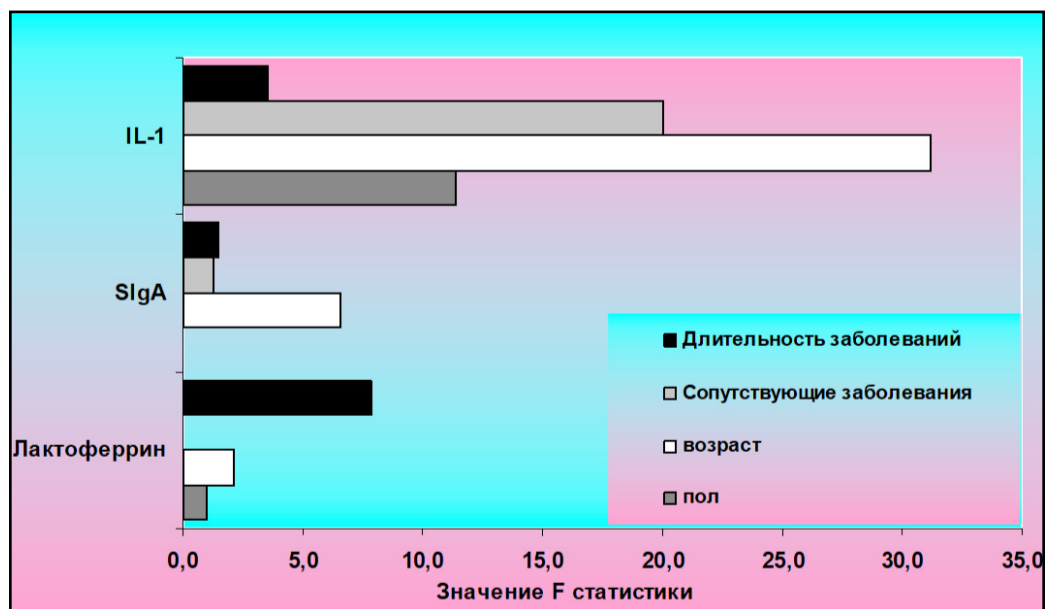
\* - различие средних с 1 возрастной группой статистически значимо на уровне  $p < 0,01$ ;# - различие средних со 2 возрастной группой статистически значимо на уровне  $p < 0,01$ .

Рисунок 1. Степень влияния (значение F статистики) возраста пациентов, пола, длительности заболевания и хронических заболеваний внутренних органов на уровень показателей местного иммунитета в РЖ.

Поскольку в исследовании участвовали пациенты различных возрастных групп, было принято решение оценить влияние возраста обследованных на изученные показатели.

По результатам проведенных исследований установлено (табл. 3), что в ротовой жидкости практически здоровых людей уровень лактоферрина у лиц в возрасте до 35 лет в среднем состав-

лял 1078,1±41,0 (95% ДИ: 994,0-1162,2) нг/мл, что статистически значимо не отличалось от значений у лиц от 36 до 50 лет (852,0±126,8 (95% ДИ: 541,8-1162,1) нг/мл) ( $p > 0,05$ ).

В группе лиц в возрасте более 50 лет уровень лактоферрина составил 373,2±4,9 (95% ДИ: 362,0-384,4) нг/мл, что было существенно ниже, в 2,9 и 2,3 раза, чем в 1 и 2 группах соответственно ( $p < 0,05$ ).

Уровень sIgA в ротовой жидкости практически здоровых людей в возрасте более 50 лет был представлен достоверно более высокими значениями ( $285,4 \pm 12,1$  (95% ДИ: 258,0-312,9) мг/мл), чем у лиц до 35 лет ( $176,3 \pm 20,9$  (95% ДИ: 133,4-219,2) мг/мл) ( $p < 0,01$ ).

Аналогичное положение было зафиксировано и по показателю IL-1 $\beta$ , значение которого в 3 группе составляло  $310,7 \pm 33,2$  (95% ДИ: 235,6-385,9) пг/мл, что статистически значимо в 1,5 раза превышало уровень IL-1 $\beta$  во 2 группе, и в 4,6 раза – у лиц в возрасте до 35 лет ( $p < 0,01$ ). Уровень показателя у пациентов с ГП составлял  $182 \pm 46,5$  (95% ДИ: 86,9-277,1) мг/мл, а у инсулинзависимых пациентов –  $115 \pm 1,6$  (95% ДИ: 111,8-118,2) мг/мл, что ниже уровня sIgA у здоровых лиц в 1,2 и 1,8 раза, соответственно ( $p < 0,01$ ).

Наибольшее значение было зарегистрировано в группе лиц с ГП ( $508,9 \pm 8,2$

(95% ДИ: 492,2-525,7) пг/мл), что статистически значимо было выше в 3,6 раза, чем у практически здоровых лиц ( $p < 0,01$ ), и в 1,4 раза выше, чем у инсулинзависимых пациентов с ГП ( $p < 0,01$ ).

Аналогичная динамическая картина касается длительности заболевания и наличия хронических заболеваний внутренних органов (рис. 1). Возраст оказывает влияние на содержание в РЖ лактоферина, sIgA и IL1 $\beta$ .

### Выводы

Изученные в ротовой жидкости показатели в трёх группах имеют существенные различия ( $p < 0,01$ ), что свидетельствует о дисбалансе в местном звене иммунитета. Можно высказать предположение, что с одной стороны СД может быть причиной ГП, а с другой стороны течение пародонтита может усугубить прогрессирование СД.

## Список литературы

1. Богомолов, М.В. Пародонтит как неспецифическое осложнение сахарного диабета. Подходы к профилактике [Текст] / М.В. Богомолов // РМЖ. – 2011. - №13. – С. 828
2. Горобец, С.М. Показатели местного иммунитета полости рта у больных генерализованным пародонтитом [Текст] / С.М. Горобец, П.В. Вагин // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: тр. КГМУ им. С.И. Георгиевского. – Симферополь, 2009. – Т.145, Ч.5. – С. 142-143.
3. Карслиева, А. Г. Оценка гомеостатического равновесия по показателям местного иммунитета смешанной слюны у детей на этапах аппаратного лечения с использованием базисных материалов [Текст] / А.Г. Карслиева, Д.А. Доменюк, И.М. Быков. // Кубанский научный медицинский вестник, 2014. – № 2 (144). – С. 60-67.
4. Коленко, Ю.Г. Клинико-иммунологическое и биохимическое обоснование особенностей комплексного лечения генерализованного пародонтита у больных с различными иммунными нарушениями [Текст] / Ю.Г. Коленко, А.Г. Димитрова, О.О. Шекера // Современная стоматология. – 2010. - № 1. – С. 59-61.
5. Меленберг, Т.В. Состояние местного иммунитета полости рта у больных хроническим пародонтитом [Текст] / Т.В. Меленберг // Медицинская иммунология. – 2005. - № 3 (3). – С. 312.
6. Сайт Американской Диабетической Ассоциации: [www.diabetes.org](http://www.diabetes.org)
7. Expression of tropoelastin in human periodontal ligament fibroblasts after simulation of orthodontic force [Text] / M. Redlich, H. Asher Roos, E. Reichenberg [et al.] // Arch. Oral. Biol. – 2004. – Vol.49, № 2. – P.119–124.

*Chaikovskaya, I.V., Zabrodnyaya V.K.*

## THE STATE OF LOCAL IMMUNITY IN INSULIN-DEPENDENT PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

### *Summary*

**The aim.** Is to study and evaluate the factors of local immunity in insulin-dependent patients with generalized periodontitis.

**Material and methods.** In the course of the work 135 persons were examined, of which 43 men (31.9±4.0%) and 92 women (68.1±4.0%) aged 20-55 years (on average 39.8±1.3 years). The examined patients were divided into three groups: group I – main – represented by 60 insulin – dependent patients with GP, group II – comparisons – 30 patients with GP without DM and group III-control, represented by 45 practically healthy people. In oral fluid, according to the indicators of local immunity (lactoferrin, sIgA, IL-1β) in oral fluid is determined by the method of solid-phase enzyme immunoassay of IFA using a set of reagents produced by JSC «Vector-best» (Russian Federation).

**Results.** The index of lactoferrin in insulin-dependent patients exceeds 1.9 times the level of lactoferrin in practically healthy subjects ( $p < 0.01$ ). The level of sIgA in patients with GP and in insulin-dependent patients with GP was lower than the level of sIgA in practically healthy patients by 1.2 and 1.8 times, respectively ( $p < 0.01$ ). The development of the pathological process in patients with GP is accompanied by an imbalance of proinflammatory cytokine IL1β, which is statistically significantly higher by 3.6 times than in practically healthy patients ( $p < 0.01$ ), and 1.4 times higher than in insulin-dependent patients with GP 376.6±8.6 PG/ml ( $p < 0.01$ ). It is established that age, duration of disease and presence of chronic diseases of internal organs affect the system of local immunity in this category of patients.

**Summary.** The parameters studied in the oral fluid in three groups have significant differences ( $p < 0.01$ ), indicating an imbalance in the local link of immunity. It can be assumed that.

**Key words:** *generalized periodontitis, insulin-dependent diabetes mellitus, local immunity, oral fluid.*

УДК 616-002.72-036.2-08

*Корчак И.В., Гришина М.С.*

## КЛИНИКО–ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ И ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ РКДВД ЗА 2014– 2017 ГГ.)

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

### **Резюме**

**Цель.** Оценить клинические и эпидемиологические особенности микозов гладкой кожи и волосистой части головы у больных, получавших лечение в отделениях Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2014 - 2017 гг.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 2768 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в отделениях РКДВД в 2014-2017 гг. Полученные данные обработаны статистически.

**Результаты.** Проанализирован 191 эпикриз больных микозом гладкой кожи и волосистой части головы, из них 128 (67%) мужчин и 63 (33%) женщин в возрасте от 0 до 60 лет. При анализе выявлены особенности распределения больных в зависимости от пола, возраста, клинической формы, этиологического фактора и вида терапии.

**Выводы.** Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

**Ключевые слова:** микоз гладкой кожи и волосистой части головы, клиника, эпидемиология.

---

### **Актуальность**

Микозы или грибковые заболевания (от греческого «микос» — гриб), относятся к инфекционным болезням, составляя значительную их часть. Микоз гладкой кожи и волосистой части головы относится к группе зооантропонозных дерматомикозов и является эпидемиологически опасным заболеванием. Распространенность зооантропонозных дерматомикозов в популяции колеблется от 10% до 20% [5, 6, 7, 11]. Микроспория относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям грибковой этиологии на территории России и поражает преимущественно детское население.

Заболееваемость микроспорией на 100 000 детей в 2008-2009 гг. составила 232,9 - 243,6. Трихофития в настоящее время по частоте встречаемости в России уступает микроспории. Так, в 2009 году на территории Российской Федерации было зарегистрировано 1,8 случаев трихофитии на 100 000 населения. Характерной особенностью всех дерматофитий является изменение видового состава возбудителей. Если раньше наиболее частыми возбудителями дерматофитий были антропофильные грибки, то сейчас на их долю приходится не более 1%. Основными возбудителями микроспории и трихофитии стали зоофильные грибки.

ки. Для микроспории – это *M. canis*, трихофитии – *T. gypseum* [2, 8]. Несмотря на имеющиеся успехи, многие вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения дерматомикозов остаются открытыми. В последние десятилетия все чаще регистрируются трудно диагностируемые, атипичные случаи дерматомикозов в результате изменения эпидемиологии различных возбудителей и клинического течения заболевания, сопутствующей патологии и, как следствие этого, участились ошибки в диагностике и лечении. Длительность терапии и недостаточная ее эффективность вынуждают клиницистов отрабатывать новые методы лечения [1, 3, 4, 9, 10].

Изложенное выше свидетельствует об актуальности изучения современных клинических и эпидемиологических особенностей микозов волосистой части головы и гладкой кожи.

**Цель исследования** – оценить клинические и эпидемиологические особенности

микозов гладкой кожи и волосистой части головы у детей и взрослых, получавших лечение в отделениях Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2014 - 2017 гг.

### Материалы и методы исследования

Проведен анализ 2768 выписных эпикризов за 2014 – 2017 гг. пациентов, получавших лечение в отделениях Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера. Для последующей работы отобран 191 (7%) эпикриз пациентов с микозом гладкой кожи и волосистой части головы. При анализе учитывался пол, возраст пациентов, клиническая форма, этиологический фактор и вид терапии.

Полученные данные обработаны классическими методами вариационной статистики с применением пакета анализа программы Microsoft Excel 2013 на персональном компьютере.

Таблица 1

**Гендерно-возрастной анализ случаев микоза гладкой кожи и волосистой части головы в период с 2014 по 2017 год**

Год \ Возраст	2014		2015		2016		2017	
	М Абс. (%)	Ж Абс. (%)	М Абс. (%)	Ж Абс. (%)	М Абс. (%)	Ж Абс. (%)	М Абс. (%)	Ж Абс. (%)
0-2 года N=34 (17,9%)	-	-	3 (1,6)	-	13 (6,8)	7 (3,7)	7 (3,7)	4 (2,1)
2-7 лет N=104 (54,5%)	-	-	13 (6,8)	-	33 (17,3)	16 (8,4)	23 (12)	19 (10)
7-14 лет N=38 (19,7%)	-	-	5 (2,6)	1 (0,5)	10 (5,2)	2 (1)	12 (6,2)	8 (4,2)
14-18 лет N=0	-	-	-	-	-	-	-	-
18 и старше N=15 (7,8%)	2 (1)	1 (0,5)	-	-	2 (1)	3 (1,6)	5 (2,6)	2 (1)
Всего 191 (100%)	3 (1,6)		22 (11,5)		86 (45)		80 (41,8)	

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от вида возбудителя  
и топографии поражения

Клиническая форма \ Год	2014 Абс. (%)	2015 Абс. (%)	2016 Абс. (%)	2017 Абс. (%)	Всего Абс. (%)
Микроспория волосистой части головы	1 (0,5)	14 (7,3)	49 (22,5)	53 (27,7)	117 (61,2)
Микроспория гладкой кожи	2 (1)	–	6 (3,1)	4 (2,1)	12 (6,2)
Микроспория гладкой кожи и волосистой части головы	–	7 (3,7)	31 (16,2)	22 (11,5)	60 (31,4)
Трихофития волосистой части головы	–	–	–	–	–
Трихофития гладкой кожи	–	–	–	1 (0,5)	1 (0,5)
Трихофития гладкой кожи и волосистой части головы	–	1 (0,5)	–	–	1 (0,5)

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от вида  
антимикотического препарата

Препарат	Клин.форма	2014	2015	2016	2017
Гризеофульвин	Микроспория волосистой части головы	1	13	29	11
	Микроспория гладкой кожи	–	–	2	–
	Микроспория гладкой кожи и волосистой части головы	–	7	17	6
	Трихофития гладкой кожи	–	–	–	1
	Трихофития гладкой кожи и волосистой части головы	–	1	–	–
	Всего: абс.(%) 88 (46)	1 (0,5)	21 (11)	48 (25,1)	18 (9,4)
Тербинафин	Микроспория волосистой части головы	–	1	20	42
	Микроспория гладкой кожи	2	–	1	4
	Микроспория гладкой кожи и волосистой части головы	–	–	14	16
	Всего: абс.(%) 100 (52,3)	2 (1)	1 (0,5)	35 (18,3)	62 (32,5)
Итраконазол	Микроспория волосистой части головы	–	–	–	–
	Микроспория гладкой кожи	–	–	3	–
	Микроспория гладкой кожи и волосистой части головы	–	–	–	–
	Всего: абс.(%) 3 (1,6)	–	–	3 (1,6)	–

### Результаты и их обсуждение

Из отобранного для углубленного анализа 191 эпикриза максимальное количество пациентов зарегистрировано в 2016 году – 86 (45%), а минимальное количество в 2014 году – 3 (1,6%) (табл. 1), что можно объяснить миграцией населения в связи с социально-политической обстановкой в Республике.

При сравнении по возрасту и полу наибольшее количество пациентов было зарегистрировано в возрастной группе от 2 до 7 лет – 104 (54,5%), а наименьшее - в возрастной группе от 18 лет и старше – 15 (7,8%). При этом отмечается преобладание пациентов мужского пола, что можно объяснить большей активностью мальчиков в данном возрасте и более частыми их контактами с бродячими животными, и как следствие, более частое заражение данной патологией.

При анализе по клинико - этиологическому фактору установлено, что из 191 случая микоза гладкой кожи и волосистой

части головы микроспория встречалась в 189 (99%) случаях, а трихофития - в 2 (1%) случаях (табл. 2).

При этом чаще всего встречалась микроспория волосистой части головы – 117 случаев, а реже всего - трихофития гладкой кожи и ее сочетанная форма (по 1 случаю).

При анализе вида терапии, применяемой при лечении микоза гладкой кожи и волосистой части головы установлено, что чаще всего применяли тербинафин – 100 (52,3%) случаев, особенно при микроспории волосистой части головы. Меньше всего применяли итраконазол – 3 (1,6%) случая (табл. 3), что можно объяснить удобностью в применении тербинафина.

### Выводы

Полученные данные могут быть использованы для оптимизации лечебной и профилактической тактики при ведении пациентов с микозом гладкой кожи и волосистой части головы.

## Список литературы

1. Адаскевич, В. П. Эффективность и безопасность итраконазола в лечении детей, больных микроспорией [Текст] / В. П. Адаскевич, И. В. Тихоновская // Мед. новости. – 2007. – № 14. – С. 51 - 52.
2. Динамика дерматомикозов в республике Башкортостан в 1938 - 2003гг. [Текст] / Х. С. Фахретдинова [и др.] // Пробл. мед. микологии. – 2004. – № 2. – С. 124 - 125.
3. Карибаева, А. Т. Современные особенности клиники, эпидемиологии, иммунных механизмов трихофитии, микроспории и усовершенствование терапии [Текст]: автореф. дис... д-ра мед. наук / А. Т. Карибаева. – Алматы, 2010. – 40 с.
4. Козырева, Л. А. Особенности иммуно - воспалительного ответа при различных формах микроспории у детей и на фоне применения системных антимикотических препаратов [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / Л. А. Козырева. – Барнаул, 2011. – 25 с.
5. Мурашкин, Н. Н. Атипичные формы микроспории в детском возрасте [Текст] / Н. Н. Мурашкин, А. И. Материкин // Пробл. мед. микологии. – 2010. – № 12. (2). – С. 114 - 115.
6. Родионов, А. Н. Грибковые заболевания кожи [Текст]: руководство для врачей / А. Н. Родионов. – СПб.: Питер, 2000. – 2-е изд. – 288 с.
7. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции [Текст]: руководство для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев.: БИНОМ-пресс, 2008. – 480 с.
8. Соколова, Т.В. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии [Текст] / Т.В. Соколова, А.П. Малярчук, Т.А. Малярчук // Рус. мед. ж. – 2011. – №19 (21). – С. 1327 - 1332.
9. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных микроспорией [Текст] / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. - М., 2013. - 16 с.
10. Яковенко, Г. Т. Опыт применения итраконазола для лечения микроспории волосистой части головы у детей [Текст] / Г. Т. Яковенко, С. М. Асташина // Форум Медицины и Красоты НАДК, 2-й: тез. докл. – М., 2009. - С. 325.
11. Яковлев, А.Б. Микроспория, трихофития, фавус [Текст]: пособие для врачей. / А.Б. Яковлев. – М.: Новик, 2013. – 7 с.



*Korchak I.V., Grishina M.S.*

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES  
OF MYCOSES OF SMOOTH SKIN AND FACIAL HEART PART  
(ON THE RESULTS OF THE ANALYSIS OF THE RECORDED EPICRIDES  
OF THE SECRET DRUG FOR 2014-2017)**

*STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL  
EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»*

**Summary**

**The aim.** To assess the clinical and epidemiological features of mycosis of smooth skin and the scalp in patients treated at the offices of the Republican Clinical Dermatovenereological Dispensary (RDHAP) in 2014 - 2017.

**Material and methods.** The analysis of 2768 epicrisis episodes of the case histories of patients treated in the departments of the Department of Internal Affairs in 2014-2017 was carried out. The data obtained are processed statistically.

**Results.** 191 epicrisis of patients with mycosis of smooth skin and the scalp, including 128 (67%) men and 63 (33%) women aged 0 to 60 years were analyzed. The analysis revealed the features of the distribution of patients depending on sex, age, clinical form, etiological factor and type of therapy.

**Summary.** The data obtained can be used to optimize the work of the medical institution.

**Key words:** *mycosis of smooth skin and scalp, clinic, epidemiology.*

УДК 616.517-036.2-08

*Корчак И.В., Митейко А.Д.*

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ РКДВД ЗА 2014 – 2017ГГ.)

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

### **Резюме**

**Цель** – выявить клинико-эпидемиологические особенности псориаза у больных, получавших лечение в стационаре Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2014 - 2017 гг.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 2768 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2014-2017 гг. Полученные данные обработаны статистически.

**Результаты.** Проанализировано 820 эпикризов больных псориазом – 463 (76%) мужчин и 357 (22%) женщин в возрасте от 15 до 85 лет. При анализе выявлены особенности распределения больных в зависимости от пола, возраста, формы дерматоза, наличия сопутствующей патологии.

**Выводы.** Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

**Ключевые слова:** псориаз, клиника, эпидемиология.

---

### **Актуальность**

Одним из наиболее распространенных дерматозов, составляющим от 12 до 15% всех кожных заболеваний, является псориаз [1-6]. В связи с ростом заболеваемости в популяции в последние годы, составляющим до 4%, увеличением количества больных тяжелыми формами с развитием псориатического полиартрита, эритродермии, пустулезного псориаза, часто приводящими к инвалидности больных или заканчивающихся летально, проблема данного дерматоза приобретает особую медико-социальную актуальность [1].

Среди разнообразных «факторов риска» в возникновении и течении псориаза большое значение имеют очаги фокальной инфекции, ожирение, желудочно-кишечные

заболевания, курение, алкоголизм, травмы, некоторые медикаменты и особую роль играют психо-эмоциональные стрессы [2].

Заболевание протекает длительно, зачастую приводит к длительной потере трудоспособности, нарушает социальную адаптацию больных. Всё вышесказанное доказывает необходимость изучения данной патологии [3].

**Цель исследования** – выявить клинико-эпидемиологические особенности псориаза у больных, получавших лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере с 2014 по 2017 гг.

### **Материалы и методы исследования**

Ретроспективно проанализировано 2768 выписных эпикризов историй

Таблица 1

Гендерно-возрастной анализ случаев псориаза в период с 2014 по 2017 гг.

Год Возраст	2014		2015		2016		2017		Всего Абс. (%)
	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	
До 20 лет	11 (1,3)	2 (0,2)	3 (0,4)	2 (0,2)	4 (0,5)	1 (0,1)	11 (1,3)	10 (1,2)	44 (5,4)
21-30 лет	35 (4,3)	36 (4,4)	9 (1,1)	8 (1)	7 (0,8)	7 (0,8)	34 (4,1)	15 (1,8)	151 (18,4)
31-40 лет	67 (8,1)	53 (2,8)	7 (0,8)	4 (0,5)	7 (0,8)	5 (0,6)	40 (4,9)	20 (2,4)	203 (25)
41-50 лет	42 (5,1)	47 (5,7)	11 (1,3)	7 (0,8)	10 (1,2)	5 (0,6)	26 (3,2)	22 (2,7)	170 (21)
старше 51	60 (7,3)	49 (6)	21 (2,5)	14 (1,7)	18 (2,2)	16 (1,9)	40 (4,9)	34 (4,1)	252 (31)
Всего	215 (26,3)	187 (22,8)	51 (6,2)	35 (4,3)	46 (5,6)	34 (4,1)	151 (18,4)	101 (12,3)	820 (100)

Таблица 2

Распределение больных по полу и локализации высыпаний

Возраст Локали- зация	До 20 лет		21-30лет		31-40лет		41-50лет		Старше 51		Всего Абс. (%)
	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	
Волосистая часть головы	15 (1)	10 (0,5)	46 (2,5)	41 (2,2)	87 (4,7)	65 (3,5)	60 (3,2)	53 (2,8)	83 (4,5)	61 (3,3)	521 (28)
Туловище	23 (1,2)	8 (0,4)	53 (2,8)	54 (3)	104 (5,6)	71 (4)	73 (4)	67 (3,7)	109 (6)	71 (4)	633 (34)
Верхние и нижние конечности	28 (1,5)	12 (0,7)	62 (3,3)	56 (3)	109 (6)	81 (4,3)	77 (4,1)	70 (3,8)	119 (6,4)	90 (4,8)	704 (38)
Всего	66 (3,5)	30 (1,6)	161 (9)	151 (8,1)	300 (16,1)	217 (12)	210 (11,3)	190 (10,2)	311 (16,7)	222 (41,2)	1858 (100)

болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2014-2017 гг. Статистическая обработка результатов исследования проведена классическими методами вариационной статистики с применением пакета анализа программы Microsoft Excel 2013 на персональном компьютере.

### Результаты и их обсуждение

Из 2768 эпикризов больных псориазом было 820 (32%). Установлено, что большая часть больных была в возрастной группе старше 51 года – 252 (31%), меньше всего больных было в возрастной группе до 20 лет – 44 (5,4%). Однако при этом больных активного репродуктивно-

Таблица 3

## Распределение больных по полу и сопутствующей патологии

Год	2014		Всего Абс. (%)	2015		Всего Абс. (%)	2016		Всего Абс. (%)	2017		Всего Абс. (%)
	М Абс./ (%)	Ж Абс./ (%)		М Абс./ (%)	Ж Абс./ (%)		М Абс./ (%)	Ж Абс./ (%)		М Абс./ (%)	Ж Абс./ (%)	
Сопутствующие заболевания												
Заболевания сердечно-сосудистой системы	36 (5,4)	40 (6)	76 (11)	8 (1)	7 (1)	15 (2,2)	6 (1)	9 (1)	15 (2,2)	19 (2,8)	19 (3)	28 (2)
Заболевания пищеварительной системы.	35 (5,3)	29 (4,3)	64 (9,5)	9 (1)	6 (1)	15 (2,2)	7 (1)	8 (1)	15 (2,2)	17 (2,5)	12 (2)	29 (2)
Заболевания эндокринной системы	23 (3,4)	31 (7,6)	51 (7,6)	13 (2)	12 (2)	25 (3,7)	16 (2)	14 (2)	30 (4,4)	14 (2,1)	27 (4)	41 (6)
Заболевания нервной системы	1 (0,1)	32 (4,7)	33 (4,8)	2 (0,3)	4 (0,6)	6 (1)	3 (0,4)	4 (0,6)	7 (1,1)	6 (1)	3 (0,4)	9 (1,3)
Заболевания опорно-двигательного аппарата	56 (8,3)	30 (4,5)	80 (12)	30 (4)	21 (3)	51 (7,6)	21 (3)	14 (2,1)	35 (5,5)	25 (3,7)	23 (3)	48 (7,1)
Всего	151 (22)	198 (29)	304 (45)	62 (9)	50 (7)	112 (17)	53 (8)	49 (7)	102 (15,2)	81 (12)	84 (12)	155 (23)
												673 (100)

Распределение больных по полу, возрасту и форме дерматоза

Форма \ Возраст	Бляшечный		Каплевидно-монетовидный псориаз		Ладонно-подошвенный		Псориатическая эритродермия	
	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)	М Абс./(%)	Ж Абс./(%)
До 20 лет	36 (4,4)	24 (2,9)	2 (0,2)	3 (0,3)	-	-	-	-
21-30 лет	61 (7,4)	52 (6,3)	10 (1,2)	12 (1,5)	5 (0,6)	4 (0,5)	-	-
31-50 лет	183 (22,2)	145 (17,6)	6 (0,7)	13 (1,5)	4 (0,5)	10 (1,1)	4 (0,5)	-
51 и старше	130 (16,5)	96 (11,6)	1 (0,1)	4 (0,5)	1 (0,1)	9 (1,0)	4 (0,5)	1 (0,1)
Всего	410 (50)	317 (38,4)	19 (2,3)	32 (4)	10 (1,2)	23 (3)	8 (0,95)	1 (0,1)

го возраста (21-50 лет) было 524 (64%). При гендерном анализе отмечалось, что в 2014-2017 году было больше мужчин – 463 (56%), чем женщин – 357 (43%) (табл. 1).

При анализе данных по локализации дерматоза выявлено, что поражение волосистой части головы было у 521 (28%) больных, но преимущественно у лиц старше 51 года; поражение туловища было у 633 (34%) больных; поражение верхних и нижних конечностей было у 704 (38%) больных (табл. 2).

При анализе сопутствующей патологии установлено, что среди всех заболеваний преобладали заболевания опорно-двигательной системы – у 214 (32%); в том числе у 132 (19,6%) мужчин и у 88 (13%) женщин.

Заболевания сердечно-сосудистой системы были у 134 (36,2%); заболевания пищеварительной системы у 123 (18,3%); заболевания нервной системы у 55 (8,2%) (табл. 3).

Среди всех форм псориаза наиболее часто встречался бляшечный псориаз – у 735 (89,1%) больных, преимущественно у лиц от 31 до 50 лет – у 328 (39,8%) больных, меньше всего больных было в возрастной группе до 20 лет – у 62 (7,5%) больных. Реже встречалась псориатическая эритродермия – у 9 (1,1%), в том числе у 1 (0,1%) женщины и у 8 (1%) мужчин (табл. 4).

### Выводы

Выявленные клинико-эпидемиологические особенности могут быть использованы для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

## Список литературы

1. Азарова, В.Н. Генетика псориаза [Текст] / В.Н. Азарова // Росс. журнал кожных и венерических болезней – 2011. – №12. – С. 23 – 33.
2. Владимиров, В.В. Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика [Текст] / В.В. Владимиров, Е. В. Владимирова // Росс. журнал: Качество жизни. Болезни кожи. – 2006. – Т.6, № 17. – С. 38 – 44.
3. Кубанова, А.А. Дерматовенерология [Текст]: нац.руководство / А.А. Кубанова. – М.: Медицина, 2010. – 428 с.
4. Олисова, О. Ю. Псориаз: эпидемиология, патогенез, клиника, лечение [Текст] / О.Ю. Олисова // Дерматология. – 2010. – № 4. – С. 3 – 8.
5. Суворова, К.Н. Некоторые особенности комплексной терапии тяжелых форм псориаза [Текст] / К.Н. Суворова , И.М. Корсунская, А.Ю. Путинцев //Росс. Журнал кожных и венерических болезней. – 2002. – №6. – С. 31 – 32.
6. Кочергин, Н. Псориаз: коморбидность и комедикация [Текст] / Н. Кочергин, Л. Смирнова, Н. Потеекаев // Врач. – 2009. – №5. – С.15 – 20.
7. Головинов, Э.Д. Лечение и профилактика псориаза [Текст]: методическое письмо для дерматовенерологов / Э.Д. Головинов, М.Б. Тумаркин. - Иваново, 2005. – С.20 – 21.

*Korchak I.V., Miteiko A.D.*

## FEATURES OF EPIDEMIOLOGY, CLINIC AND COURSE OF PSORIASIS (BY ANALYSIS OF CASE HISTORY EPICRISIS RKDVD DURING 2014 - 2017 YEARS)

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL  
EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

### *Summary*

**The aim** – to identify clinical and epidemiological features of psoriasis in patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2014 - 2017 years.

**Materials and methods.** Made the analysis of 2768 case history epicrisis of patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2014 - 2017 years. The data obtained were processed statistically.

**Results.** Were analyzed 820 epicrisis of patients with psoriasis - 463 (76%) men and 357 (22%) women aged from 15 to 86 years. When analyzing the features of patients distribution according to gender, age, forms of dermatosis, the presence of comorbidity.

**Conclusions.** The obtained data can be used to optimize the health facility.

**Key words:** *psoriasis, clinic, epidemiology.*

*Абрамова В.Ю., Белик И.Е.*

## ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

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

### **Резюме**

Изложены основные аспекты патогенеза алопеции у женщин на фоне эндокринных нарушений. Представлен обзор литературы, отражающий подходы к коррекции данного состояния как системными, так и топическими препаратами. Представлены особенности влияния оральных контрацептивов на патогенез заболевания.

**Ключевые слова:** андрогенная алопеция, гиперандрогения, диагностика, лечение.

---

Проблема изучения андрогенной алопеции у женщин является актуальной не только в климактерический период на фоне изменения гормонального фона, но и для женщин репродуктивного возраста, имея тесную связь с гинекологической патологией и заболеваниями эндокринной системы. В последнее десятилетие количество женщин, у которых диагностируется этот недуг, растет устрашающими темпами, а традиционная терапия не является высокоэффективной и дает лишь временный результат [5 - 8].

Различают андрогенную и андрогенетическую алопецию у женщин, так как патогенез развития и проявления заболеваний схожи, а причины различны. Андрогенная алопеция развивается на фоне абсолютной гиперандрогении вследствие наличия в анамнезе заболеваний эндокринной системы, патологии надпочечников, вирилизирующих опухолей, приема некоторых лекарственных препаратов (кортикостероиды, антидепрессанты и др.), гинекологической патологии (поликистоз яичников), перестройки гормонального фона в период менопаузы (снижение уровня эстрогенов). При этом основным звеном причинно-следственной связи яв-

ляется повышение уровня андрогенов в организме женщины [8, 11, 16, 18].

Для андрогенетической алопеции характерна относительная гиперандрогения - повышение чувствительности рецепторов волосяных фолликулов к действию андрогенов (при их нормальном уровне в организме) и является генетически обусловленным состоянием. Лocus, связанный с развитием андрогенетической алопеции, находится в участке 3q26 X-хромосомы. Также имеются сведения, что ген андрогенчувствительных рецепторов находится и на коротком плече 20-й хромосомы [19].

Патогенез этого состояния в обоих случаях можно представить следующим образом. Под действием фермента 5-альфа-редуктазы, обнаруженного в клетках волосяной луковицы и волосяного сосочка, тестостерон трансформируется в более активный андрогенный гормон - 5-альфа-дигидротестостерон - наиболее сильный андроген для кожных клеток. Далее 5-альфа-дигидротестостерон проникает в клетку и образует «активированный комплекс» с цитоплазматическим белком. Этот комплекс после взаимодействия с ядерным акцептором переходит в клеточное ядро, где после

ряда биохимических реакций нарушает синтез протеинов. В результате этого происходит уменьшение размеров фолликулов с постепенной трансформацией жестких волос в пушковые [12–15, 17].

При любой из вышеописанных форм алопеции пациентки отмечают постепенное начало заболевания, медленное превращение крупных, толстых и окрашенных терминальных волос в тонкие, короткие, промежуточные волосы и затем в короткие, тонкие, непигментированные пушковые волосы. Таким образом, в первую очередь волосяной покров редеет в лобной и теменной областях, признаки заболевания становятся заметны в области центрального пробора. Имеет место повышение активности сальных желез – жирная себорея, что заставляет пациентов чаще мыть голову, при этом процесс выпадения волос лишь усугубляется. В ряде случаев могут ощущаться болезненность, парестезии в области волосистой части головы [5, 14].

Критериями для постановки диагноза служат данные инструментальных и лабораторных исследований: 1) Трихоскопия – детальный осмотр на микроскопическом уровне (проводится сравнение двух зон: андрогензависимой - теменной и андрогеннезависимой - затылочной, при этом отмечается наличие очагов поредения волос в андрогензависимых зонах) [4]; 2) Определение в сыворотке концентрации гормонов Т3 (трийодтиронин), Т4 (тироксин), ТТГ (тиреотропный гормон) (для дифференциальной диагностики с гипертиреозом, так как для этого состояния характерно истончение и поредение волос), кортизола, АКТГ, ДГЭАС (дегидроэпиандростерона сульфата), тестостерона общего и свободного [3].

Согласно представлениям об этиологии и патогенезе данного состояния, основной задачей является подбор патогенетически обусловленного корректного лечения, имеющего стойкий эффект и не оказывающего побочного действия на организм в целом. Поэтому после тщательного сбора анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований важно среди спектра всех

представленных фармацевтических препаратов назначить те, которые обеспечат прекращение дальнейшего выпадения волос и восстановят утраченный объем волос. Только при совместных усилиях дерматолога, гинеколога и эндокринолога становится возможным выявить основное заболевание, ведущее к гиперандрогении и грамотно его скорректировать. Таким образом, формулируются основные принципы терапии: лечение более эффективно на начальных стадиях развития заболевания и должно включать патогенетическую терапию (гормональные контрацептивы и средства, ингибирующие 5-альфа-редуктазу), комплекс витаминов и минералов, биологически активные добавки, вещества, стимулирующие рост волос и улучшающие микроциркуляцию кожи волосистой части головы [6 - 8, 10].

Патогенетическая терапия заключается в регуляции уровня андрогенов в тканях организма, снижении повышенной чувствительности к ним специфических рецепторов, а также регуляции локальных нарушений метаболизма андрогенов. Препаратами выбора являются комбинированные двухфазные оральные контрацептивы, содержащие постоянную дозу эстрогена и меняющуюся дозу гестагена. Они показаны женщинам с повышенной чувствительностью к гестагенам и клиническим проявлением гиперандрогении. Эстрогены выступают как антиандрогены и естественные стимуляторы роста волос, поскольку в теменной области находятся эстрогенстимулируемые волосяные фолликулы [6, 9].

Нарастающий дефицит витаминов, нарушая обмен веществ, усугубляет течение любых болезней, препятствует их успешному лечению. Особенно чувствительны к дефициту витаминов делящиеся клетки волосяных фолликулов. Таким образом, витамины являются неотъемлемым компонентом в лечении любой алопеции, участвуют во множестве биохимических реакций, выполняя каталитическую функцию в составе разнообразных ферментов либо выступая регуляторными посредниками, выполняя сиг-



нальные функции экзогенных прогормонов и гормонов. Рекомендуется применение витаминов группы В (отвечают за рост волос), группы Е (обеспечивает циркуляцию кислорода в крови), А (восстанавливает структуру и эластичность волос), витамина Н (укрепляет структуру волос) [7].

Одной из основных составляющих терапии является улучшение микроциркуляции кожи волосистой части головы. С этой целью широко используется препарат для местного применения миноксидил. Являясь вазодилататором, расширяет сосуды и увеличивает приток крови к фолликулам. Восстановление волос более выражено в теменной области, чем в лобной, и отмечается уже через 4 месяца. Продолжать местное лечение препаратом необходимо неопределенный срок, т.к. прекращение лечения приводит к быстрому возвращению участков облысения к исходному уровню [10].

Альтернативным способом лечения могут стать гомеопатические препараты. Исследования последних лет свидетельствуют об их эффективности в лечении различных видов алопеции. Общим для них является регулирующее и стимулирующее действие, обладают способностью подавлять активность 5-альфа-редуктазы, стимулируют фактор роста сосудистого эндотелия (VEGF, Vascular endothelial growth

factor), благодаря чему сокращается выпадение, активизируется рост и увеличивается густота волос, имеют влияние на ангиогенез сосудов, примыкающих к волосяной луковице, что способствует удлинению фазы анагена [2]. Одним из таких препаратов является комплексное гомеопатическое средство селенцин®, обладающее дерматотропным и себорегулирующим эффектом, способствует улучшению трофики кожи головы и волосяных фолликулов, снижает количество «спящих» фолликулов и увеличивает количество волос в активной фазе роста, препарат также эффективен при диффузном выпадении волос, в частности его применение позволяет сократить сроки и значительно улучшить результаты комплексного лечения [1, 2, 10].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что терапия андрогенной алопеции должна включать широкий спектр препаратов, обладающих патогенетическим действием, а также учитывать метаболические нарушения у женщин. Клинический поиск гинекологических или эндокринных заболеваний является этиологически обусловленным. Грамотная коррекция этих нарушений совместно с применением топических препаратов, активирующих рост волос, может существенно повысить эффективность лечебных мероприятий.

## Список литературы

1. Баткаев, Э.А. Комплексный гомеопатический препарат «Селенцин» в лечении *Telogen effluvium* [Текст] / Э.А.Баткаев, Ю.А. Галлямова // Вестник последипломного медицинского образования. – 2002. – № 3. – С. 42–43.
2. Баткаев, Э.А. Гомеопатические препараты в практике дерматолога [Текст]: учебное пособие / Э.А.Баткаев, Ю.А. Галлямова, Ю.А. Кантимирова. – М, 2006. – 30 с.
3. Великанова, Л.И. Особенности лабораторной диагностики различных форм *вирильного синдрома* [Текст] / Л.И. Великанова, И.П. Серебрякова, Н.В. Глухов, Е.А. Бессонова // Клинико-лабораторный консилиум. – 2005. – № 8. – С. 25–32.
4. Гаджигорова А.Г. Применение трихограммы для оценки эффективности лечения выпадения волос [Текст] / А.Г. Гаджигорова, Н.П. Нечаева // II Всероссийский конгресс дерматовенерологов: сб. статей. – Санкт-Петербург, 2007. – С. 52.
5. Калюжная, Л.Д. Клинические и патогенетические особенности диффузной и андрогенетической алопеции [Текст] / Л.Д. Колюж-

- ная, Е.Н. Михнева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 1. – С. 25–27.
6. Моргулис, Ю.А. Гормональная заместительная терапия в лечении себорейного дерматита, розацеа и преждевременного выпадения волос у женщин в периоде менопаузы [Текст]: автореф. дис... на соиск. канд. мед. наук / Ю.А. Моргулис. – М., 2010. – 24 с.
7. Ребров, В.Г. Витамины и микроэлементы [Текст]: учебное пособие / В.Г. Ребров, В.А. Громова. – М.: «АЛЕВ-В», 2003. – 670 с.
8. Самцов, А.В. Андрогенетическая алопеция: некоторые аспекты нарушений тканевого метаболизма сально-волосяного аппарата и современные подходы к их коррекции [Текст] / А.В. Самцов, А.А. Божченко // Клиническая дерматология и венерология. – 2007. – № 4. – С. 4–8.
9. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология [Текст]: рук-во для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – 2-е изд., перераб. И доп. – М.: МИА. – 1999. – 592 с.
10. Хассан Аль-Хадж Халед. Оптимизация терапии диффузной алопеции с учетом нарушения микроциркуляции и обмена микроэлементов [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / Хассан Халед. – М., 2011. – 26 с.
11. Bingham, K.D. The Metabolism of Testosterone by Human Male Scalp Skin [Text] / K.D. Bingham, D.A. Shaw // Journal of Endocrinology. – 1973. – № 57. – P. 111–121.
12. Braun-Falco, O. Histochemistry of the Hair Follicle. In. The Biology of Hair Growth. Ch. 4 (eds. W. Montagna & R.A. Ellis) [Text] / O. Braun-Falco // New York: Academic Press Inc. – 1958.
13. Choudhry, R. Localization of Androgen Receptors in Human Skin by Immunohistochemistry: Implications for the Hormonal Regulation of Hair Growth, Sebaceous Glands and Sweat Glands [Text] / R. Choudhry, M.B. Hodgins, T.H. Van der Kwast, A.O. Brinkmann, W.J.A. Boesma // Journal of Endocrinology. – 1992. – Vol. 467, №5. – P. 133–137.
14. Fazekas, A.G. The Metabolism of Dehydroepiandrosterone by Human Scalp Hair Follicles [Text] / A.G. Fazekas, T. Sandor // Journal of Clinical Endocrinology. – 1973. – Vol. 582, №36. – P. 582–586.
15. Guarrera, M. Kenogen in female androgenetic alopecia. A longitudinal study [Text] / M. Guarrera, A. Rebora // Dermatology. – 2005. – Vol. 210, № 1. – P. 18–20.
16. Hay, J.B. Metabolism of Androgens in vitro by Human Facial and Axillary Skin [Text] / J.B. Hay, M.B. Hodgins // Journal of Endocrinology. – 1973. – Vol. 59, №3. – P. 475–486.
17. Rebora, A. Pathogenesis of androgenetic alopecia [Text] / A. Rebora // J. Am. Acad. Dermatol. – 2004. – № 5. – P. 777–779.
18. Hillmer, A. M. Susceptibility variants for male-pattern baldness on chromosome 20p11 [Text] / A. M. Hillmer, F. F. Brockschmidt, S. Hanneken [et al.] // Nat. Genet. – 2008. – Vol. 40, № 11. – P. 1279–1281.

Abramova V.Yu, Byelik I.E.

### PARTICULARLY FOR TREATMENT OF ANDROGENETIC ALOPECIA IN WOMEN.

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

#### Summary

The main aspects of the pathogenesis of alopecia in women on the background of endocrine disruptions are described. A review of the literature reflecting approaches to the correction of this condition by both systemic and topical preparations is presented. Specific features of the effect of oral contraceptives on the pathogenesis of the disease are determined.

**Key words:** androgenic alopecia, hyperandrogenia, diagnostics, treatment.

Белик И.Е., Романенко К.В., Иванова И.П., Гупало Л.А.

## ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОТОИНДУЦИРОВАННЫХ ДЕРМАТОЗОВ

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

### Резюме

В статье рассматриваются патогенетические механизмы развития фотоиндуцированных дерматозов (фотоаллергические, фототоксические, аутоиммунные фотодерматозы, фотостарение) и клинические проявления фотоповреждения кожи. Обосновывается необходимость использования фотозащитных средств.

**Ключевые слова:** фотоиндуцированные дерматозы, ультрафиолетовое облучение (УФО), фотосенсибилизация, фотозащита.

---

Ультрафиолетовое излучение (УФИ) вызывает разнообразные клинические эффекты на кожу человека – как терапевтические, эстетические, так и патологические, вызывающие разнообразные фотоповреждения кожи.

Положительными эффектами воздействия УФИ являются: синтез витамина Д<sub>3</sub>, стимулирующее действие на иммунную систему человека, защита от микроорганизмов, положительный психосоматический эффект и, конечно же, социально-привлекательный косметический эффект, в связи с чем люди со светлой кожей часто посещают солярии или стремятся получить естественный солнечный загар. Однако эта категория населения быстро получает солнечный ожог, и чаще всего именно у этих людей отмечаются отрицательные последствия длительной фотоэкспозиции [1,2].

Чем короче длина волны, тем более выраженное повреждающее действие УФ. Повреждающее действие УФА в 1000 раз слабее, чем УФВ, но его поток в 10 раз превышает поток УФВ лучей, действие УФА не смягчается озоновым слоем, длинноволновое излучение проникает в глубокие слои

дермы через облака, одежду, не тонированные стекла [2].

Фотоповреждающее действие УФ лучей наблюдается не у каждого человека и выражается в большей или меньшей степени. И здесь необходимо определить понятие «фоточувствительность» или «фотосенсибилизация». Большинство дерматологов под фоточувствительностью понимают появление или обострение кожного заболевания на открытых участках кожи под воздействием солнечных лучей [3,4,7].

Фоточувствительные дерматозы по течению делят на острые и хронические. К острым фотодерматозам относятся [1]:

- солнечный ожог;
- фототоксические медикаментозные дерматозы;
- фототоксические фитодерматозы;
- фотоаллергические реакции (солнечная крапивница);
- пеллагра;
- стойкая световая реактивность.

К хроническим фотодерматозам относятся [2]:

- солнечное лентиго;

- солнечный кератоз;
- солнечная геродермия;
- стойкая кожная эритема;
- аутоиммунные фотодерматозы – красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит;
- злокачественные новообразования кожи (базальноклеточный рак, плоскоклеточный рак, меланома);
- поздняя кожная порфирия;
- синдром Фавра-Ракушо;
- ромбовидная кожа шеи.

Что же происходит в коже под действием УФ лучей? Энергия УФ спектра солнечного света поглощается на клеточном уровне, поглощается биомолекулами эпидермиса – частицами-мишенями, которые являются хромофорами, прежде всего ДНК. Другие хромофоры эпидермиса – ароматические аминокислоты (триптофан, тирозин, фенилаланин) активно поглощают лучи длиной около 275 н/м, ДНК поглощает излучение длиной волны около 260 н/м. Меланины и урокановая кислота являются хромофорами, которые играют роль эндогенных солнцезащитных веществ и кожных антиоксидантов. Причем меланин – единственный хромофор, поглощающий солнечный свет в диапазоне А-лучей [2, 7]. При фотоповреждении кожи запускается каскад свободнорадикальных реакций, разрушающих липиды клеточных мембран кератиноцитов, фибробластов, меланоцитов и др. [3]. Продукты фотодеструкции связываются с белками кожи, образуют антигенные пептиды, взаимодействуют с клетками Лангерганса, являясь антигенпредставляющими клетками, мигрируют в регионарные лимфатические узлы, где происходит взаимодействие с Т-лимфоцитами. Это способствует пролиферации В-лимфоцитов, которые в нарастающем количестве синтезируют Ig, происходит дегрануляция тучных клеток с выделением биологически активных веществ, регулирующих тонус и проницаемость сосудов кожи и развитие воспалительной реакции [4, 5]. Параллельно, вследствие взаимодей-

ствия с фотопептидами, происходит избыточное образование кератиноцитами и иммунными клетками различных цитокинов, которые также являются медиаторами воспалительных процессов [5].

При избыточной инсоляции формируется патологический иммунный ответ кожи. Длительная экспозиция УФА/УФВ приводит к истощению клеток Лангерганса – основных иммунокомпетентных клеток кожи, активации Т-супрессоров, блокировки Т-хелперов, что может способствовать бласттрансформации клеток кожи [7]. При формировании аутоиммунных процессов повреждение иммунокомпетентных клеток кожи и крови (кератиноцитов, клеток Лангерганса, лимфоцитов) фотонами солнечного света и свободными радикалами приводит к образованию измененных, мутированных иммунокомпетентных клеток и развитию аутоенсибилизации и выработки аутоантител против нормальных тканей организма [1, 3, 8]. Образующиеся при фотоповреждении патологические антигены переносятся клетками Лангерганса в сосочковый слой дермы на Т-лимфоциты, которые фиксируют антигены и стимулируют В-клетки на выработку против них антител. Образующиеся иммунные комплексы фиксируются также за пределами эпидермиса, но не разрушаются вследствие снижения фагоцитирующей активности макрофагов, а своим токсическим действием повреждают базальные кератиноциты и др. ткани, тем самым формируя клиническую картину аутоиммунного заболевания [3-6,8].

Острые фотодерматозы характеризуются быстропроявляющейся (немедленной) клинической картиной в виде островоспалительных элементов сыпи. Фототоксические реакции могут возникать у любого человека под действием различных лекарственных препаратов и проявляются в виде солнечного ожога, отека, пузырей. [7]. Фотоаллергические дерматозы (солнечная крапивница) проявляется в виде зудящих полиморфных высыпаний или

типичной крапивницы и эритемы, может возникать бронхоспазм и даже шок. При высокой чувствительности эритема появляется уже через 8-10 с после облучения. Эритема и отек сохраняются 3-5 ч, тем самым отличаясь от простого солнечного ожога [7].

Хронические фотоповреждения [1, 2] при длительной фотоэкспозиции выражаются в виде сосудистых изменений, характеризующиеся стойкой диффузной эритемой, формированием телеангиэктазий, экхимозов на открытых участках кожи. Характерны нарушения пигментации в виде неоднородного окрашивания кожи, различных дисхромий, пойкилодермии, солнечного лентиги, многочисленных веснушек. Изменяются эластичность, тургор кожи, подчеркивается кожный рисунок. Все это формирует клиническую картину симптомокомплекса, называемого «фотостарение» или «солнечная геродермия». Кожа таких пациентов покрыта поверхностными и глубокими морщинами, отмечается не только клиническое, но и гистологическое сходство с состоянием хронобиологического старения кожи человека (атрофия дермы, эпидермиса, уменьшение объема подкожно-жировой клетчатки). Выраженность солнечной геродермии зависит от суммарной дозы УФО с детства, длительности и интенсивности фотоэкспозиции, типа фоточувствительности кожи.

Солнечное лентигио характеризуется возникновением множественных коричневых пятен 1-3 см, которые появляются на коже из-за пролиферации меланоцитов под действием солнечного света. Факторами риска являются 1-3 типы фоточувствительности кожи, длительность и интенсивность УФА/УФВ инсоляции [1].

Солнечный кератоз – поражение возникает на участках кожи, подвергающихся облучению, появляются сухие, жесткие, грубые чешуйки, плотно прикрепляющиеся к коже. Факторы риска: 1-3 типы фоточувствительности кожи, УФВ облучение [1].

Известны вызываемые хронической инсоляцией «ромбовидная кожа шеи» - толстая, желтая морщинистая кожа, особенно задняя поверхность шеи; синдром Фавра-Ракушо - желтые толстые комедоны и фолликулярные кисты в области, расположенной вокруг глазницы, в области щек и носа [1].

Особую настороженность должен вызывать факт доказанного канцерогенеза УФО [2,7]. Нарастающий свободнорадикальный ответ кожи под действием фотонов солнечного света приводит к повреждению ДНК с последующим мутагенным эффектом, т.е. конечной стадией разрушительного влияния УФ лучей является клеточная мутация. Отмечается синергичное действие УФА/УФВ в процессе бластной трансформации клеток кожи. Чаще всего рак кожи развивается на открытых участках кожи. Из наиболее часто встречаемых опухолей кожи выделяют меланоцитный рак кожи – меланому (3% злокачественных опухолей кожи, 2% всех онкологических заболеваний, является причиной 1% смертей от рака) [7]. Чаще регистрируется у людей с 1 и 2 типом светочувствительности кожи. Эпидемиологию немеланоцитарного рака кожи составляют плоскоклеточный и базальноклеточный рак кожи (наиболее часто развивается у лиц светлой расы).

УФИ индуцирует и неблагоприятно влияет на течение многих аутоиммунных заболеваний – красной волчанки, склеродермии, дерматомиозита и т.д. Индуцированная иммуносупрессия способствует увеличению предрасположенности к инфекционным заболеваниям, активации патогенных агентов в организме и более тяжелому течению инфекционного процесса. В первую очередь, это относится к вирусным заболеваниям, вызываемым 1 и 2 типами вируса простого герпеса, вирусом папилломы человека и, конечно, ВИЧ [7].

Учитывая возможные последствия УФИ, необходимо использовать способы защиты при инсоляции [1,6]. Широко известны и применяются наружные средства фотопротекции – УФА и УФВ фильтры,

с различной степенью фотозащиты. Рассматривая механизмы свободнорадикального воздействия УФИ и явления перекисидации при облучении, следует учесть и возможность эндогенной фотопротекции, а именно, – использование давно применяемых и широко используемых антиоксидантов – группы препаратов, оказывающих противовоспалительное, репаративное действие, блокирующее каскад свободно-

радикальных реакций (ретинол, токоферола ацетат, аскорбиновая кислота, антигистаминные препараты).

В заключение, необходимо отметить, что использование УФИ в виде природного фактора или источников искусственного солнечного света необходимо проводить осторожно, дозировано, применяя средства фотопротекции и учитывая возможные последствия неконтролируемой инсоляции.

## Список литературы

1. Аравийская, Е.Р. Ультрафиолет, его влияние на кожу. Современные принципы фотопротекции [Текст] / Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. - №2 – С. 14-17.
2. Белік, І.Ю. Патогенетичні основи та принципи ведення хворих на хронічний червоний вовчак з використанням метаболічної терапії [Текст]: автореферат дис... докт. мед. наук / І.Ю. Белік – Харьков: 2007. – 38с.
3. Горлов, А.А., Механизмы транзиторной иммуносупрессии при УФ-облучении кожи [Текст] / А.А. Горлов, К.Н. Каладзе, Ю.А. Бисюк. // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2001. – №4. – С. 11-13.
4. Дядык, А.И. Системная красная волчанка [Текст]: монография / А.И. Дядык, А.Э.Багрий. - Донецк: Регион. – 2003. – 464 с.
5. Иванова, М.М. Системная красная волчанка [Текст] / В.А. Насонова, Н.В. Бунчук // Ревматические болезни: монография - М.: Медицина, 1997. – С.160 – 172.
6. Кошевенко, Ю.Н. Современные возможности косметической коррекции при дискоидной красной волчанке [Текст] / Ю.Н. Кошевенко // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2001. – №4. – С.58 – 63.
7. Ружье, А. УФА-лучи, насколько они опасны? [Текст] / Ф. Ружье // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – № 3. – С. 21 – 23.
8. The pathophysiology of lupus erythematosus [Text] / R.Vanholder F.De Keyser, J.Kips // Eur. J. Dermat. – 1998. – Vol.1. – P .4 – 7.

*Byelik I.E. , Romanenko K.V., Ivanova I.P., Gupalo L.A.*

## AESTHETIC ASPECTS OF PHOTOINDUCED DERMATOSIS

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL  
EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

### Summary

The review of the literature devoted pathogenetic mechanisms of photoinduced dermatoses – photoallergic, phototoxic dermatitis, dermatoheliosis. Especially observed clinical findings, and types of lupus erythematosus – chronic (cutaneous) and system disorders, diagnosis. Sunscreen preparation should be applied.

**Key words:** *photoinduced dermatosis, ultraviolet irradiation, photosensitivity, photoprotection.*

*Иванова И.П., Романенко К.В., Белик И.Е., Гупало Л.А.*

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

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

### **Резюме**

**Цель** – оценить эффективность комбинированного лазерного лечения папилломавирусных новообразований кожи.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 156 больных с различными видами бородавок, которым назначался противовирусный и иммуномодулирующий препарат изопринозин. В зависимости от деструктивных методов лечения все пациенты были разделены на три группы. В первой группе – 47 (30%) пациентам проведена криодеструкция бородавок, во второй группе – 52 (33,3%) больных проведена лазерная вапоризация Er:YAG лазером с длиной волны 2940 нм. В третьей группе – 57 (36,7%) проведено комбинированное лазерное лечение с использованием Er:YAG и Nd:YAG с длинной волны 1064 нм.

**Результаты и обсуждения.** Положительные результаты лечения достигнуты у 75% больных первой и 100% второй и третьей групп. Отдаленные положительные результаты отмечены у 95% пациентов третьей группы (при 47% у первой и 75% у второй группы).

**Выводы.** На основании анализа результатов лечения можно сделать вывод о высокой эффективности комбинированного лазерного лечения различных видов бородавок.

**Ключевые слова:** папилломавирусные заболевания кожи, бородавки, комбинированное лазерное лечение.

---

### **Актуальность**

Эстетическая медицина занимает особую нишу в сфере охраны здоровья людей и человеческих отношений. Последнее время она динамически развивается. Качество жизни и здоровья людей неотъемлемо связаны с их внешним видом. Соматические заболевания, вирусные и бактериальные инфекции, а также функциональные нарушения систем организма отрицательно влияют на кожу, обуславливая косметические дефекты и создавая медицинские, социальные и экономические проблемы [1,5,10]. Одним из таких факторов является папилломавирусная инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека (ВПЧ) [5,6,7,10]. Резкий рост инфицированности населения, разнообразие

клинических форм, особенности течения данных состояний вызывают интерес и активную дискуссию о тактике ведения таких пациентов [3,6,9,11]. Отмечено, что инфицирование ВПЧ не всегда приводит к развитию клинических проявлений заболевания. Манифестация болезни происходит на фоне функциональных изменений в иммунной системе организма носителя инфекции и приводит к длительной персистенции вируса, торпидности к терапии и склонности к рецидивированию заболевания.

Папилломавирусы были выделены в отдельное семейство Papovaviridae. Инвазия вируса происходит через микроповреждение кожи и слизистых, с инфицированием преимущественно незрелых, делящихся клеток

базального слоя, далее происходит репликация вируса и сборка вирусных частиц в дифференцированных клетках поверхностного слоя эпидермиса. Весь цикл развития инфекционного процесса тесно связан с делением клеток покровного эпителия кожи и слизистых оболочек и не сопровождаются признаками воспаления. При этом ВПЧ может оказывать на эпителий продуктивное или трансформирующее воздействие [5,7,11,12]. При продуктивном его воздействии возникают доброкачественные новообразования – папилломы, бородавки и кондиломы кожи. Бородавки – доброкачественные эпителиальные опухоли вирусного происхождения, гистологическая картина которых характеризуется разрастанием эпидермиса с нарушением ороговения, вакуолизацией клеток и гипертрофией сосочкового слоя дермы [4,6,11,12]. Среди бородавок выделяют 8 клинических разновидностей, каждая из которых ассоциирована с определённым ВПЧ. Различают вульгарные, подошвенные, плоские бородавки. Вульгарные бородавки ассоциированы с 1-4, 27, 29, 57 генотипом ВПЧ, ладонно-подошвенные – с 1, 3, 27, 57 ВПЧ и плоские – с 3, 10, 28 ВПЧ.

Групповое распространение бородавок, в результате прямого и непрямого контакта с больным, характеризует высокий рост заболеваемости, составляя у взрослых 7-19%, у детей школьного возраста – до 10-20%.

При ВПЧ, как при других хронических заболеваниях с длительной персистенцией вируса, развиваются иммунодефицитные состояния (ИДС), обусловленные недостаточностью различных звеньев иммунной системы [5,7].

Лечение ВПЧ остаётся довольно трудной задачей, несмотря на значительный арсенал средств и методов терапии. Используется следующая тактика ведения пациентов с ВПЧ инфекцией: 1) Разрушение папилломатозных очагов деструктивными методами. 2) Стимуляция противовирусного иммунитета. 3) Сочетание этих подходов.

Одной из причин развития рецидивов является наличие латентных вирусов в клетках здоровой кожи, прилегающих к

очагу поражения (3, 5, 7). Из деструктивных методов в практике широко применяется криодеструкция с применением аппликаций жидкого азота. В основе метода лежит быстрое замораживание внутри- и внеклеточных жидкостей, сопровождающееся в последующем гибелью и лизисом клеток. Однако эффективность удаления различных видов бородавок данным методом составляет 40-60%, уровень рецидивирования в течении трех месяцев после лечения – 25% [2, 4, 12]. С учетом высокого процента рецидивов криодеструктивных методов лечения в последние годы для удаления различных видов бородавок широко используют лазерные технологии. Суть метода заключается в лазерной вапоризации гиперкератотических масс бородавок, которые приводят к расщеплению дермоэпидермальных соединений и удалению утолщённого эпидермиса с образованием «лазерных эрозий» [3,9]. Однако, при данной методике, возможно удаление не всех вирусных частиц – сохраняются вирионы, находящиеся на расстоянии более 1 см от клинически видимой бородавки, которые в дальнейшем могут приводить к рецидивированию в течении трех месяцев после удаления [3,8,10].

Учитывая вышеизложенное, нами была разработана комбинированная методика лечения бородавок с использованием противовирусного препарата с иммуномодулирующим эффектом в сочетании с работой двух лазерных систем: абляционной, с использованием Er:YAG лазера с длиной волны 2940 нм и коагуляционной с использованием Nd:YAG лазера (1064 нм). Работа Er:YAG лазера основана на явлениях селективного фототермолиза, которые приводят к разрушению гиперкератотических масс бородавок. В дальнейшем поствапоризованные регионы и окружающую их кожу подвергали воздействию Nd:YAG лазера, суть работы которого состоит в генерации сверхдлинных импульсов на основе явления гомогенного фототермолиза и позволяет получить эффект коагуляции (глубокий и интенсивный прогрев тканей с разрушением



структуры белка). В результате соприкосновения лазерного луча с хромофором (клетки папилломовируса) происходит трансформация световой энергии в тепловую, местная температура в области поствапоризованных регионов повышается в среднем до 60-70 °С, что приводит к продуцированию белков теплового шока и денатурации вирусных частиц. В дальнейшем с увеличением локальной температуры развивается апоптоз и гибель вирионов.

**Цель исследования** – оценить эффективность комбинированного лазерного лечения папилломовирусных заболеваний кожи.

### Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 156 больных, в т.ч. взрослых мужчин – 76 (49%), взрослых женщин – 65 (41,4%), детей – 15 (9,6%), в возрасте от 5 до 39 лет с разнообразными видами бородавок: обыкновенными – 54 (34,6%), плоскими – 39 (25%), подошвенными – 63 (40,4%). Длительность заболевания варьировала от 2 месяцев до 2,5 лет. 54 пациента (34,6%) ранее проходили лечение по поводу данного заболевания местными противовирусными препаратами в течение 2-3 месяцев без эффекта. Диагностика проводилась на основании клинических проявлений заболевания и результатов ПЦР. Исследования не проводились у 69 (38,5%) пациентов (45 – не явились на обследование, не подвергались обследованию все пациенты детского возраста). Из оставшихся 96 больных в 40 (41,6%) случаях не удалось идентифицировать ВПЧ. У 56 (58,3%) получены следующие результаты: у 22 (39,2%) выявлен ВПЧ 3 типа, у 18 (32,1%) – ВПЧ 27 типа, у 16 (28,5%) – ВПЧ 57 типа.

С учетом способности к персистенции ВПЧ в организме человека и формирования вторичного иммунодефицита мы сочли целесообразным включить в комплекс лечения препарат, нарушающий репликацию вируса, обладающий одновременно противовирусным и иммуномодулирующим действием. Всем пациентам перорально назначался препарат изопринозин, норма-

лизирующий дефицит и дисфункцию клеточного иммунитета, подавляющий синтез вируса путем встраивания изонизин-оротовой кислоты в полирибосомы пораженных вирусом клеток. Препарат назначали в суточной дозе 50 мг/кг массы тела равномерно распределяя ее на 3-4 приема.

В зависимости от деструктивных методов лечения пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли пациенты, которым осуществлялся криодеструктивный метод жидким азотом, 47 человек, из них 16 (34%) – с обыкновенными бородавками, 12 (25,5%) – с плоскими, и 19 (40,5%) – с подошвенными бородавками. Во вторую группу включены пациенты, которым деструкция бородавок проводилась методом вапоризации всего массива образования с использованием высокоэнергетического лазерного излучением Er:YAG лазер – 52 человека (из них 18 (34,6%) – с обыкновенными бородавками, 13 (25%) – с плоскими и 21 (40,4%) – с подошвенными). В третью группу вошли пациенты, которым проводилось комбинированное лазерное лечение с использованием лазерной вапоризации Er:YAG лазером с последующим воздействием на регионы поражения и прилегающие участки кожи Nd:YAG лазером, обладающим коагулирующим действием и приводящим к разрушению оставшихся вирионов. Эту группу составляли 57 человек, из них 20 (35,5%) – с обыкновенными бородавками, 14 (24,6%) – с плоскими, и 23 (40,4%) – с подошвенными.

### Результаты и их обсуждение

При применении криодеструкции жидким азотом в первой группе наблюдались следующие результаты: у всех пациентов отмечались остаточные болезненные ощущения первые 5-7 дней. У 12 (25,5%) из 47 пациентов бородавки были полностью удалены за одну процедуру, эпителизация происходила в сроки от 22 до 25 дней. У остальных 35 (74,5%) пациентов полного удаления бородавок не произошло, им были проведены повторные курсы криодеструкции от 2 до 4 сеансов. У

**Распределение пациентов в группах по результатам проведенного лечения**

Группы пациентов	Общее количество пациентов	Кол-во положительных результатов после одной процедуры	Кол-во рецидивов в течении 1-3 месяцев
I группа	47	35 (75%)	25 (53%)
II группа	52	52 (100%)	13 (25%)
III группа	57	57 (100%)	3 (5%)

всех пациентов заживление происходило первичным натяжением. При оценке отдаленных результатов у 25 (53%) пациентов выявлены рецидивы в течение 1-3 месяцев после удаления. При вапоризации Er:YAG лазером во второй группе образующиеся в результате вапоризации «лазерные эрозии» заживали первичным натяжением в сроки от 10 до 18 дней с сохранением остаточных болезненных ощущений в первые 3-5 дней. У всех пациентов бородавки были полностью удалены за одну процедуру. При оценке отдаленных результатов у 13 (25%) больных выявлены рецидивы в течении 1-3 месяцев после лечения. При комбинированном лазерном лечении Er:YAG и Nd YAG лазером у больных в третьей группе отмечались следующие результаты: образующиеся «лазерные эрозии» эпителизировались в сроки от 7 до 12 дней, болезненные ощущения сохранялись в течение 1-3 дней. У всех пациентов бородавки были полностью удалены за одну процедуру. При оценке отдаленных результатов рецидивы выявлены у 3 (5%) пациентов.

### **Выводы**

Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать предложенную комбинированную терапию не просто как весьма эффективный комплексный метод лечения профильных больных, но и как метод выбора. Новая лечебная технология отличается медицинской безопасностью, стабильностью, отсутствием побочных эффектов, обеспечивает пролонгацию достигнутых результатов и резкое сокращение числа рецидивов. В связи с вышеизложенным целесообразно широкое внедрение новой технологии в практику эстетической медицины. Опыт применения различных методов удаления бородавок показал эффективность метода вапоризации лазером Er YAG с совместным коагулирующим действием Nd YAG лазером. Данная методика обладает совместным деструктивным действием за счет применения двух различных агентов, ускорением сроков эпителизации, улучшением качества регенерации кожи и крайне низким (5%) количеством рецидивом.

### **Список литературы**

1. Василенко, Т.И., Сравнительный анализ применения различных методов деструкции подошвенных бородавок [Текст] / Т.И Василенко, Н.Н. Быстрицкая, Н.Н. Чернокова // Вестник последипломного медицинского образования. – 2004. – №1. – С. 19 – 21.
2. Витенчук, С.З. Криотерапия в поликлинической практики [Текст] / С.З. Витенчук, Ю.А. Бурништейн // Вестник.дерматол и венерол. – 1993. – №1. – С. 58 – 62.
3. Беляев, В.В. Подошвенные, плоские, вульгарные бородавки: современные подходы к лечению [Текст] / В.В. Беляев, Л.Л. Мясников // Клиническая дерматология и венерология. – 2012. – №6. – С.55 – 58.

4. Бутов, Ю.С. Криотерапия и криодеструкция в дерматологии [Текст] / Ю.С. Бутов, С.Н. Ахтямов // Вестник дерматол. и венерол. – 2002. – №5. – С.55 – 61.
5. Коколина, В.Д. Комбинированное лазерное воздействие и противовирусная терапия в комплексном лечении аногенитальных кондилом у девочек [Текст] / В.Д. Коколина, Е.И. Харьбина, А.В. Картемишев // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – Т.5., №4. – С.49 – 51.
6. Мавров, Г.И. Проблема ограниченного гиперкератоза и папилломатоза [Текст] / Г.И. Мавров, А.Е. Нагорный // Здоровье женщины. – 2009. – №5 (41). – С. 186 – 192.
7. Проценко, Т.В. Местный иммунный ответ у пациентов с доброкачественными эпителиальными новообразованиями кожи и слизистых, обусловленных вирусом папилломы человека [Текст] / Т.В. Проценко, Я.А. Гончарова // Дерматология и венерология. – 2006. – №3. – С. 34 – 37.
8. Толстая, А.И. Комбинированный метод лечения ладонно-подошвенных бородавок [Текст] / А.И. Толстая // Фармакотерапия в дерматологии. – 2011. – №2. – С. 62 – 69.
9. Юцковская, Я.А. Лечение вирусных новообразований в специализированной косметологической клинике [Текст] / Я.А. Юцковская, С.В. Маркелова, И.Н. Кизей // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. – №4. – С.80 – 85.
10. McBurney El Carbon dioxide laser treatment of verrucae vulgaris [Text] / McBurney El, D.A. Rosen // journal of dermatologic Surgery Oncology – 1984. – №10. – P.45 – 48.
11. Manykin, A.A. Papilomavirusa [Text] / A.A. Manykin // medical virology under edithion Lvova DK. – 2008. – P.269 – 276.
12. Rowson, K.E. Human papova (wart) virus [Text] / K.E Rowson, B.W. Mahy // Bacteriological reviews. – 1967. – P.31 – 100.
13. Human papillomavirus testing and liquid based cytology results at recruitment from new technologies for cervical cancer randomized controlled trial [Text] / G. Ronco, N. Segnan, Giorgi – Rossi P [et ol.] // J.Natl . Cancer Inst. – 2006 №98 – P.765-774
14. Sood, S. Treatment of verrucae vulgaris et condilloma acuminition with lasers [Text] / S. Sood, J. Hrusa // Dermatologic Therapy. – 2000. – №90. – P.101 – 120.

Ivanova I.P., Romanenko K.V., Byelik I.E., Gupalo L.A.

## COMBINED LASER TREATMENT OF PAPILLOMAVIRUS SKIN DISEASES

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

### Summary

**The aim** of the investigation was to evaluate the effect of combined laser treatment of papillomavirus skin diseases.

**Matirials and methods.** The study included 156 patients who were prescribed an antiviral and immunomodulatory drug isoprinosine. Depending on destructive methods all patients were divided into three groups. Cryodestruction of various types of warts was performed in the first group of 47(30%) patients, laser vaporization of Eg:YAG with a wavelength of 2940 nm was carried out in the second group of 52(33.3%). Combined laser treatment using Eg:YAG and Nd :YAG with a wavelength of 1064 nm was performed in the third group 57(36.7%).

**Conclusions.** Based on the analysis of the results of treatment, it can be concluded that the combined laser treatment of papillomavirus skin diseases is highly effective.

**Key words:** papillomavirus skin diseases, warts, combined laser treatment.

Киосев Н.В.

## ОПЫТ МНОГОФАКТОРНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

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

### *Резюме*

Представлены особенности скринингово-диагностического этапа исследования и комплексного изучения факторов, влияющих на формирование у студенческой молодежи состояния дезадаптации и аддиктивного поведения путем многофакторного анкетирования респондентов и систематизации данных при помощи унифицированной карты: «Карта обследования студента».

**Ключевые слова:** адаптационные нарушения, употребление психоактивных веществ, психопревенция, студенты.

---

Исследования нарушения адаптации у студентов младших курсов к учебной деятельности в вузе и разработка модели психопревенции данных расстройств обусловлена тем, что именно первые годы учебы становятся особенно напряженными и сложными, процесс обучения проходит в условиях информационного и эмоционального стресса, значительного психического и физического напряжения [1, 5-7].

В свою очередь, психоадаптационные нарушения и расстройства оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, сопровождаются формированием диссонантных отношений с окружающими, повышают риск употребления психоактивных веществ (ПАВ) и суицидов в студенческой среде [3, 4].

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, при условии информированного согласия, в 2014-2018 гг., с целью ранней диагностики нарушений адаптации и аддиктивных паттернов поведения

у студенческой молодежи ГОО ВПО ДОН-НМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, было проведено комплексное обследование 477 студентов младших курсов, обоего пола, в возрасте от 17 до 21 года. Основным методом был избран опрос, в форме многофакторного анонимного анкетирования, которое содержало 118 вопросов с множественным выбором ответов о социально-демографических данных жизни студентов, их отношении к различным видам ПАВ, которые могут вызвать зависимость, а также особенностей их характера и личности. Опрос осуществлялся конфиденциально и добровольно.

Сбор и систематизация данных выполнялся при помощи «Карты обследования студента» («КОС», Е В Киосева, 2017) [2]. Оценка признаков, симптомов, жалоб, результатов наблюдения, выявленных стрессогенных психосоциальных факторов, аддиктивных стигм проводилась на основе использования соответствующих критериев МКБ-10.

Исследование характера употребления ПАВ было построено на базе про-

токола международного исследования «Европейский опрос учащейся молодежи относительно употребления алкоголя и наркотических веществ» (The ESPAD Handbook, 2014, методология международного проекта ESPAD) с использованием мотивационной модели употребления алкоголя (МВА) В. Ю. Завьялова (1988).

На всех студентов, включенных в исследование, заполнялась «КОС», где были выбраны наиболее существенные и значимые факторы, влияющие на формирование у студенческой молодежи состояния дезадаптации и аддиктивного поведения.

Первый раздел «КОС» имел целью определение особенностей генодиспозиционной коммуникации студентов младших курсов с близким окружением. Сначала респондентам предлагалось ответить на ряд демографических вопросов (о поле и возрасте). На следующем этапе студенты отвечали на общие вопросы, связанные с составом семьи, трудоустройством и профессией родителей и уровнем эмоциональной близости между членами семьи. Далее, отвечая на вопрос об осведомленности родителей о близком окружении респондента, основные сферы его расходов и способ проведения свободного времени, определялся уровень родительского контроля для матери и отца отдельно. Следующие вопросы посвящены выявлению нарушений во взаимоотношениях с родителями: определялся уровень поддержки со стороны родителей, возможность молодого человека принимать самостоятельные решения, отношение матери и отца к избранному решению.

На следующем этапе анализировалась стилистика родительского воспитания и уровень межличностной коммуникации между членами семьи.

Далее респонденту предлагалось ответить на вопрос о стиле и характера досуга.

Очередной блок вопросов посвящен изучению способности студента уста-

навливать и поддерживать социальные контакты за пределами семьи. В частности, определялось количество друзей опрашиваемого, вид их коллективной деятельности. Предлагалось охарактеризовать своих друзей: хорошо учатся, занимаются спортом, участвуют в культурной и общественной жизни университета, проводят время с родителями, помогают нуждающимся, принимают участие в мероприятиях охраны окружающей среды, имеют сексуальные связи с лицами одноименного пола, употребляют ПАВ, носят холодное оружие.

Грядущим шагом определялось отношение студента к пребыванию в условиях высшего учебного заведения. Респондент отвечал на вопросы об уровне собственной успешности, отношении преподавателей и однокурсников к нему и наоборот. Последующие вопросы посвящались анализу уровня поддержки студента в учебном процессе со стороны преподавателей и родителей.

Также молодому человеку предоставляли возможность субъективно оценить уровень материального благосостояния собственной семьи и выбрать из предложенных признаков те, которые, по его мнению, могут стать предметом зависти окружающих его людей: престижное место жительства, учеба в элитном учебном заведении, высокая успеваемость в учебе, положение родителей в обществе, туристические поездки за границу, модная одежда, уровень физического развития, личные спортивные достижения, высокий уровень материальной обеспеченности семьи, достаточное количество свободных карманных денег, наличие хобби, высокий уровень интеллекта, наличие личного заработка.

Второй раздел унифицированной карты посвящен определению опыта и отношения к употреблению различных ПАВ студентами младших курсов.

На этом этапе определялся опыт молодого человека в курении табачных из-

делий. Далее анализировалась кратность употребления алкогольных напитков в зависимости от их группы (пиво, алкогольные энергетические напитки, вино, водка и т.д.). Приводился ряд утверждений, среди которых обследуемый должен выбрать те, которые, по его мнению, в большей степени мотивируют его сверстников к употреблению ПАВ.

Следующие вопросы определяли наличие в близком окружении респондента лиц, регулярно употребляющих наркотические средства. Выяснялась доступность для студента информации о наркотических средствах. Уточнялось, были ли объяснительные беседы о вредных последствиях употребления ПАВ учителями или преподавателями в школе и университете.

Далее характеризовалось отношение студентов к ПАВ и к их потребителям. Выявлялся характер эмоционального и поведенческого реагирования молодежи на лиц, употребляющих наркотики, а также основные мотивационные факторы, которые привели (или могут привести) к употреблению наркотических средств молодежью. Рассматривался ряд мер профилактики употребления ПАВ, среди которых обследуемый должен выбрать те, которые, по его мнению, являются наиболее эффективными: групповые или индивидуальные занятия, наглядная агитация (плакаты, фильмы и т.д.), распространение брошюр и листовок, встречи с бывшими наркоманами, врачами-наркологами или сотрудниками МВД, психологические тренинги.

На следующем этапе определялись особенности студенческого микросоциального окружения. Сначала приводился ряд маргинальных поступков, среди которых обследуемый должен выбрать те, которые, по его мнению, являются наиболее ошибочными: кража, драка, прогуливания занятий в университете, употребление алкогольных напитков, курение и употребление наркотических средств. Далее, соглашаясь или не соглашаясь с приведен-

ными утверждениями, студент давал характеристику студенческому самоуправлению, сообщал о своей вовлеченности в социальные работы и общественную жизнь университета, а также об отношении ректората и деканата к студенческой образовательной деятельности.

Затем респонденты оценивали уровень вреда от курения одной или более пачек сигарет в день, одно- или двукратной попытки употребления марихуаны, регулярного употребления каннабиноидов и алкоголя.

На заключительном этапе данного раздела изучался уровень психоэмоциональной поддержки молодого человека со стороны его микросоциального окружения (родителей, педагогов и друзей).

Третий раздел унифицированной карты посвящен субъективному определению состояния психического здоровья студентов младших курсов и кратность посещений психолога (или психотерапевта) по собственной инициативе.

Для проведения клинико-психопатологического исследования (Разделы 4-11 «КОС») использованы следующие методики и тесты.

Психоэмоциональное состояние и социальную активность оценивали по методике: «Самочувствие, Активность и Настроение» («САН») (Тест дифференцированной самооценки функционального состояния В. О. Доскин и соавт., 1973).

Выявление и анализ выраженности психопатологической симптоматики осуществлялся с помощью опросника SCL-90-R (L. R. Derogatis et al., в адаптации Н. В. Тарабриной, 2001).

Комплексную оценку аддиктивного статуса проводили с помощью следующих методик:

1. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, разработанный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

2. CANNABIS-UDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов (препаратов конопли: гашиша, марихуаны, драпа, анаши, сенсимиллы).
3. STIMULANTS-UDIT (Stimulants Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением психостимуляторов (кокаина, амфетамина, «экстази», производных эфедрина, в т. ч. из официальных препаратов «Колдакт», «Эффект», «Трайфед» и др.).
4. TOBACCO-UDIT (Tobacco Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением табака.
5. OPIATES-UDIT (Opiates Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением опиоидов (вытяжка из мака, героин, трамадол и др.).
6. SOLVENTS-UDIT (Solvents Use Disorders Identification Test, 1989) – тест для выявления расстройств, связанных с употреблением летучих органических растворителей (эфира, бензина, ацетона, клея «Момент» и др.).

Индивидуально-личностные характеристики изучали с помощью методики диагностики акцентуаций характера К. Леонгарда – Г. Шмишека (по А. В. Батаршеву, 2004).

Комплекс психоадаптационных параметров оценивали по ряду методик.

Исследование жизнестойкости проводили по тесту «Жизнестойкость» (S. R. Maddi et al., 1984, скрининговая версия Е. Н. Осина, 2013).

Удовлетворенность жизнью измеряли по «Шкале удовлетворенности жизнью» («Satisfaction with Life Scale», SWLS E. Diener et al., 1985, адаптация Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина, 2008).

Для изучения присущих контингенту копинг-стратегий применяли «Опросник совладания со стрессом» «COPE» (C. S. Carver et al., 1989, адаптация Т. А. Гордеевой, Е. Р. Осина, 2010).

Таким образом, скринингово-диагностический этап исследования направлен на установление статуса исследуемой проблемы и определение локусов дальнейшего анализа с целью преодоления негативных процессов распространения употребления в молодежной среде ПАВ и адаптационных нарушений.

Полученные данные легли в основу модели психопревенции нарушений адаптации и аддиктивного поведения психообразовательной направленности.

## Список литературы

1. Войцех, В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи [Текст] / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 17–25.
2. Киосева, Е. В. Медико-психологическая характеристика и психопревенция адаптационных нарушений у студенческой молодежи (симптоматология, патоперсонология, аддиктивный фон, копинг-стратегии, генодиспозиционная коммуникация) : докт. дис. на соискание научной степени д-ра мед. наук : [Текст] 19.00.04 «Медицинская психология» / Елена Викторовна Киосева ; ХМАПО МЗ Укр. – Х., 2017. – 354 с.
3. Осуховская, Е. С. Адаптационные расстройства у лиц молодого возраста с патологической зависимостью от азартных игр, страдающих табакокурением и употребляющих спиртные напитки [Текст] / Е. С. Осуховская // Медична психологія. – 2012. – Т. 7, № 1 (25). – С. 80 – 84.

4. Специализированные тесты в клинической характеристике употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте, комплексная психотерапия и профилактика [Текст] / С. И. Табачников [и др.] // Архів психіатрії. – 2014 – № 3 (78). – С. 41-45.
5. Шифнер, Н. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов [Текст] / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки. – 2011. – № 18 (4). – С. 64–66.
6. Casey, P. Adjustment disorder: new developments [Text] / P. Casey // Curr Psychiatry Rep. – 2014. – Vol. 16, issue 6. – P. 451. DOI: 10.1007/s11920-014-0451-2.
7. Kelly, B. D. Mental health, mental illness, and human rights in India and elsewhere: What are we aiming for? [Text] / B. D. Kelly // Indian J. Psychiatry. – 2016. – Vol. 58, Suppl. 2. – P. S168–S174. DOI: 10.4103/0019-5545.196822.

Kiosev N.V.

### EXPERIENCE OF MULTIFACTORIAL STUDENT YOUTH QUESTIONNAIRE

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

#### **Summary**

The features of the screening and diagnostic stage of the study and the comprehensive study of the factors influencing the formation of the state of disadaptation and addictive behavior in students by means of multifactorial questioning of respondents and the systematization of data using a unified questionnaire «Map of the student survey» are presented.

**Key words:** *adaptive disorders, use of psychoactive substances, psychoprevention, students.*



Тахташов И.Р.<sup>1,2</sup>, Кононенко Т.В.<sup>2</sup>

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА СИФИЛИС СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

<sup>1</sup>. Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

<sup>2</sup>. Республиканский клинический дермато-венерологический диспансер МЗ ДНР

### Резюме

Показаны особенности постановки КСР, РИФ-200,-абс., РПГА. На основании анализа положительных результатов сыворотки крови на сифилис за 2017 год по данным ЦСЛ, выяснена частота случаев заболеваний сифилисом среди пациентов стационаров соматического профиля. Установлено, что среди данного контингента пациентов преобладают скрытые формы неуточненного или позднего сифилиса.

**Ключевые слова:** сифилис, серологическая диагностика, частота, пациенты соматических стационаров.

---

### Актуальность

В последние годы отмечается уменьшение заболеваемости сифилисом, однако прослеживается высокий удельный вес скрытых форм заболевания [4]. В различных регионах пациенты со скрытыми формами сифилиса составляют от 35 до 69 % от общего числа больных сифилисом [4]. На этом фоне отмечается рост частоты сифилиса с поражением внутренних органов, центральной нервной системы. [1,2,4]. Все это определяет высокую социальную значимость проблемы сифилитической инфекции, которая может выявляться лишь при плановом обследовании широкого круга лиц, обращающихся за медицинской помощью.

Серологические методы лабораторной диагностики сифилиса, основанные на выявлении АТ к бледной трепонеме, играют решающую роль в выявлении скрытых форм сифилиса.

### Цель исследования

Оценить частоту выявляемости сифилиса при проведении скринингового обследования пациентов стационаров соматического профиля.

### Материалы и методы

Проведен анализ положительных результатов сыворотки крови на сифилис за 2017 год по данным центральной серологической лаборатории РКДВД МЗ ДНР.

При госпитализации в соматические отделения медицинских учреждений пациентам проводили исследование крови на сифилис – комплекс серологических реакций (КСР). При выявлении положительных результатов больные были консультированы врачом дерматовенерологом и, при необходимости, ЛОР-врачом, врачом-невропатологом, врачом-окулистом, врачом-терапевтом, по показаниям – врачами других специальностей, проводили дополнительное серологическое

исследование крови на РИФ-200, РИФ-абс и /или РПГА.

Исследование крови проводили по методикам, предложенным УНИИДиВ [4]. КСР – комплекс серологических реакций включал в себя реакцию связывания компонента (РСК) и микрореакцию преципитации (МРП). Для обозначения степени позитивности РСК использовали систему четырех плюсов: полная задержка гемолиза – 4+ (резко положительная реакция); значительная задержка гемолиза – 3+ (положительная реакция); частичная задержка гемолиза – 2+ (слабоположительная реакция); незначительная задержка гемолиза – 1+ сомнительная реакция – +/. Отрицательный результат реакции характеризовался полным гемолизом во всех пробирках опыта. Определение титра реагинов и противотрепонемных антител в положительных сыворотках крови производился путем исследования РСК в уменьшающихся объемах сыворотки крови, разведенной 0,9% раствором NaCl.

Количественный метод ставили резко положительных сывороток крови с кардиолипиновым антигеном. Каждый материал исследовали в 8 пробирках с уменьшением сыворотки крови в каждой. Титром реагинов исследуемой сыворотки крови является последнее разведение, давшее задержку гемолиза.

Учет результатов МРП производили невооруженным глазом над искусственным источником освещения. В лунках с плазмой и сывороткой крови больных сифилисом оседают различные по размерам хлопья. Появление крупных хлопьев расценивали как положительный результат (4+, 3+), средней величины и мелких – как слабоположительный (2+, 1+). При отрицательном результате хлопья не образуются.

Количественный метод микрореакции позволяет, не удлиняя времени постановки реакции (15-30 мин.), объективно оценить состояние обследуемых (уровень антител преципитантов) и использовать

его как критерий оценки в динамике лечения больных сифилисом.

Учет реакции иммунофлюоресценции (РИФ) осуществляли путем оценки свечения бледных трепонем. Положительными в РИФ-абс и РИФ-200 считали сыворотку крови, которая давала свечение на 4+, 3+ и 2+. Блестящее зелено-желтое свечение оценивали на 4+, яркое – 3+, слабое свечение – 2+. Отрицательными считали сыворотки крови, которые давали свечение на 1+ (трепонемы в препарате окрашены интенсивнее фона) или не давали его.

Количественную методику постановки РИФ-200 ставили с последовательным разведением испытуемых сывороток крови и титром флюоресцирующих антител, считали то наибольшее разведение сыворотки крови, которое еще давало положительный результат реакции. Обозначали титр числом, характеризующим степень разведения испытуемой сыворотки крови, например, 200, 400, 800 и т.д.

Антигеном в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) выступают эритроциты барана или птиц, обработанные сначала формалином, затем таннином, сенсibilизированные ультраозвученным антигеном бледной трепонемы (штамм Никольс). Принцип реакции состоит в том, что при добавлении исследуемой сыворотки в лунку с антигеном при наличии специфических противотрепонемных антител образуется комплекс антиген-антитело, проявляющийся гемагглютинацией.

### Результаты и обсуждение

За истекший период было выявлено 97 пациентов соматических отделений с различной степенью позитивности результатов серологического исследования крови. Из 97 пациентов при дальнейшем обследовании диагноз сифилиса диагностирован у 14%, из них с активными проявлениями – у 4% пациентов, скрытый – у 9% (поздний у 3, неуточненный у 6% пациентов). Серорезистентный сифилис установлен у 1% пациентов.

Таким образом, сифилис с активными проявлениями выявлен у 31,8%, скрытый – у 62,2% (сифилис скрытый поздний у 23,1%, сифилис скрытый неуточненный у 46,1%).

Сифилисом болели ранее и находятся на КСК – 15 пациентов.

Активные проявления. Вторичные сифилиды на коже и слизистых были единичными и слабо выраженными и не диагностированы врачами-неврологами, врачами-окулистами, врачами-терапевтами, врачами-инфекционистами и врачами-онкологами, к которым эти пациенты обращались с жалобами, связанными с патологией внутренних органов и нервной системы.

Ложноположительные серологические реакции были выявлены у 14 пациентов и вызваны наличием соматических заболеваний, нарушениями в диете перед забором крови и лабораторными погрешностями.

Продолжают обследоваться 23 пациента.

Таким образом, при проведении скринингового обследования на сифилис больных соматических стационаров уста-

новлено, что у 18,1% пациентов выявлен сифилис с преобладанием скрытых форм – в 69,2% случаев. Случаев раннего скрытого сифилиса не выявлено, диагностировались только случаи сифилиса скрытого позднего и неуточненного, что указывает на длительное течение специфического процесса, на возможность сифилитической природы висцеральной патологии у данных пациентов и риск распространенности инфекции.

### Выводы

1. Проведение скринингового обследования на сифилис соматических больных является эффективным методом выявления сифилитической инфекции.
2. Среди выявленных случаев сифилиса в соматических стационарах преобладают скрытые формы.
3. По давности процесса у соматических больных диагностируются только случаи позднего сифилиса.
4. Приведенные данные отражают снижение сифилитической настороженности у врачей соматических стационаров.

## Список литературы

1. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезням кожи и подкожной клетчатки, 2013-2015 г.г. [Текст] / А.А. Кубанова, А.А.Кубанов, Л.Е.Мелехина, Е.В.Богданова [и др.] // Вестн.дерматол. и венерол. – 2016. – №3. – С.12 – 28.
2. Тахташов, И.Р. Случай сифилитического поражения желудка [Текст] / И.Р.Тахташов // Торсуевские чтения. – 2017. – №1 (15). – С.78 – 80.
3. Унификация лабораторных методов исследования в диагностике заболеваний, передающихся половым путем [Текст] / И.И. Мавров [и др.]. – Х.: Факт, 2000. – 120 с.
4. Чеботарев, В.В. Скрытые формы сифилиса в Ставропольском крае [Текст] / В.В.Чеботарев, М.С.Асхаков, Н.В.Чеботарева, Е.В.Бронникова // Universum: медицина и фармакология. – 2016. – № 12 (34). – С.10 – 13.

*Takhtashov I.R., Kononenko T.V.*

## ANALYSIS OF SCREENING RESULTS FOR SYPHILIS OF SOMATIC PATIENTS

*STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL  
EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»  
Republican clinical dermato-venereologic dispensary*

### **Summary**

The features of the formulation of the CSR, RIF-200, -Abs, RPGA are shown. Based on the analysis of positive results of blood serum for syphilis for 2017 according to the CSL, the frequency of cases of syphilis diseases among patients of somatic hospitals was clarified. It is established that among the given contingent of patients the latent forms of the unspecified or late syphilis prevail.

**Key words:** *syphilis, serological diagnosis, frequency, patients of somatic hospitals.*

УДК 616.516-085.38-616.839

Проценко Т.В., Проценко О.А.

## СЛУЧАЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

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

### Резюме

Представлен случай красного плоского лишая у больной 38 лет с поражением кожи, слизистой полости рта, пищевода, желудка.

**Ключевые слова:** *красный плоский лишай, поражение пищевода и желудка.*

---

Красный плоский лишай до настоящего времени остается актуальной проблемой дерматологии в связи с неясностью этиопатогенеза, многообразием пусковых и триггерных факторов, поражением, наряду с кожей, слизистых оболочек и внутренних органов [1 - 4].

Представляем случай красного плоского лишая у больной с поражением кожи, слизистой полости рта, пищевода, желудка.

Больная В. 38 лет, обратилась с жалобами на зудящие высыпания на коже туловища и конечностей.

Анамнез болезни. Считает себя больной в течение года, когда впервые после родов появились многочисленные высыпания на груди, животе, конечностях, сопровождающиеся незначительным зудом. Лечилась самостоятельно кортикостероидными мазями, однако состояние не улучшалось, приступообразно появлялись новые высыпания.

Месяц назад появились приступообразные боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема острой пищи, в связи с чем обратилась к гастроэнтерологу. При осмотре были обнаружены высыпания на коже, из-за чего была направлена на консультацию на кафедру дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и

последипломного образования Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное. Патологический процесс носит распространенный характер и локализуется симметрично на коже груди, живота, боковых поверхностей туловища, поясницы, сгибательной поверхности предплечий с поражением ладоней, бедер, голеней. Высыпания монотипные и представлены множественными мелкими плоскими полигональными папулами розовато-красного цвета, местами с ливидным оттенком, перламутровым блеском и пупковидным вдавлением в центре. Высыпания склонны к группировке, формируя на отдельных участках кольцевидные структуры с пигментированным слегка западающим центром. В местах расчесов определяются линейно расположенные элементы (изоморфная реакция Кебнера). На слизистой полости рта на внутренней поверхности щек по линии смыкания зубов определяются папулы белесоватого цвета, образующие характерный сетчатый рисунок, напоминающий «листья папоротника». Субъективно – умеренный зуд.

При фиброгастроуденоскопии от 4.10.2014 г. - аппарат Olympus GIF- 1T20

свободно введен в пищевод. Слизистая пищевода влажная, эластичная, складки продольные, розетка кардии смыкается. Желудок свободно расправляется при небольшой инсуффляции воздуха. Натощак небольшое количество слизи. Слизистая желудка влажная, блестящая, умеренно отечная, неярко очагово гиперемирована на всем протяжении. По большой кривизне желудка напротив угла определяется полип на толстой ножке (III типа) до 1,4 см, на поверхности которого визуализируется полигональная округлой формы папула с эрозированной поверхностью. Пилорический жом перистальтирует. Луковица 12-перстной кишки содержит небольшое количество слизи, слизистая неярко очагово гиперемирована.

Аппаратом PSD – 2, диатермической петлей SD-9L в режиме «Blend» на мощности «3» произведена электроэксцизия полипа. Полип направлен на гистологическое исследование. Патогистологическое исследование полипа: в представленном материале – узел, состоящий из плотных пучков коллагена, большого числа фибробластов различной степени зрелости, пролиферирующих эндотелиальных клеток, многочисленных больших и малых кровеносных сосудов. В верхней части слизистой – густой полосовидно расположенный лимфогистиоцитарный инфильтрат. Заключение: фиброзный полип желудка.

На основании анамнеза, клинических и лабораторных обследований установлен диагноз: красный плоский лишай, распространенная форма, с поражением слизистых полости рта, желудка. Сопутствующий диагноз: фиброзный полип желудка.

Получила лечение: экстракт алоэ по 1,0 мл подкожно ежедневно, на курс 15 инъекций; витамины (Sol. Vit. B6 5% 2,0 мл в/м и Sol. Vit. B12 1,0 мл в/м через день по 10 инъекций на курс); глюконат кальция (10% раствор по 10,0 мл в/м ежедневно, на курс 10 инъекций); UVB 311 nm фототерапия, через день, на курс 12 процедур; внутривенное лазерное облучение крови 2 раза в неделю, на курс 6 процедур.

При контрольной фиброгастродуоденоскопии от 11.10.2014 г. – аппарат Olympus GIF- 1T20 свободно вводится в пищевод. Слизистая пищевода влажная, розовая, складки продольные, легко расправляются при небольшой инсуффляции воздуха. Розетка кардии смыкается, на слизистой кардиального жома определяются концентрически расположенные мелкие папулезные высыпания, расположенные в виде пересекающихся опалово-белых полос (сетка Уикхема). В желудке натощак немного мутного содержимого. Слизистая желудка влажная, блестящая, эластичная, легко расправляется при небольшой инсуффляции воздуха. На месте удаленного полипа определяется язвенный дефект слизистой до 0,6 см, дно покрыто фибрином, вокруг него выраженный воспалительный вал, на нем – мелкие белесоватые папулезные высыпания на резко гиперемированном фоне. Пилорический жом перистальтирует, округлой формы. В луковице 12-перстной кишки неяркая гиперемия слизистой.

При контрольной фиброгастродуоденоскопии от 13.11.2014 г., после проведенного курса лечения пищевод свободно проходим, слизистая влажная, блестящая, эластичная, складки продольные, легко расправляются. Розетка кардии смыкается, слизистая не изменена. В желудке натощак небольшое количество мутного содержимого. Слизистая желудка влажная, блестящая, эластичная, умеренно отечная, неярко очагово гиперемирована. На месте удаленного полипа небольшой до 0,5 см рубец. Пилорический жом округлой формы, перистальтирует. В луковице 12-перстной кишки слизистая неярко гиперемирована, отечна.

Спустя 4 месяца, после двух курсов терапии, на коже – состояние клинической ремиссии. Фиброгастроскопия от 27.02.2015 – пищевод свободно проходим, слизистая его влажная, блестящая, розовая, складки продольные, легко расправляются. Кардиальный жом сомкнут. В желудке натощак немного мутного содержимого. Слизистая желудка влажная, блестящая, умеренно

отечная, розовая, складки легко расправляются при небольшой инсуффляции воздуха. На месте удаленного полипа определяется рубец до 0,5 см, слизистая вокруг него розовая. Пилорический жом округлой формы, перистальтирует. В луковице 12-перстной кишки слизистая бледно розовая.

При повторных осмотрах 11.02.2015 и 21.02.2015 – стойкая клиническая ремиссия.

Особенностью данного клинического случая явилось одновременное поражение кожи, слизистой полости рта, желудка (эрозированная папула на поверхности

полипа, при гистологическом исследовании – полосовидный подэпителиальный лимфогистиоцитарный инфильтрат, укладывающийся в характерный лихеноидный гистологический признак красного плоского лишая). Эксцизия полипа желудка на фоне прогрессирующей стадии красного плоского лишая спровоцировала развитие изоморфной реакции Кебнера с появлением на слизистой пищевода и желудка характерных для данного дерматоза высыпаний, которые регрессировали в процессе проводимой терапии.

## Список литературы

1. Дерматовенерология Фицпатрика в клинической практике [Текст] /Под ред. К. Вольф и др. – М.: БИНОМ, 2012. – Т.2. – С. 1088 – 1100.
2. Кушкин, Д.Н. Оптимизация лечения больных красным плоским лишаем с применением квантовой гемотерапии на основании оценки вегетативного статуса [Текст]: автореф. дис... канд.. мед. наук / Д.Н. Кушкин. – Москва, 2000. – 16 с.
3. Слесаренко, Н.А. Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии [Текст]: автореф. дис... д-ра мед. наук / Н. А. Слесаренко. – Москва, 1995. – 31 с.
4. Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text] / the 2nd ed. – Oxford University PRESS, 2016. – 694 p.

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

## CASE OF LICHEN PLANUS IN PATIENT WITH AFFECT MUCOSAL SURFACE

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

### **Summary**

Data on the patient of 38 years with lichen planus with affected skin, mucosal surface, oesophagus and ventriculus.

**Key words:** *lichen planus, affected oesophagus, ventriculus.*

УДК 616-55.2-089.167-031.13

*Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.*

## ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

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

### **Резюме**

**Цель.** Оптимизировать функциональную и эстетическую эффективность выполнения симультанных оперативных вмешательств у пациентов с колоректальным раком.

**Материал и методы.** В клинике общей хирургии на базе проктологического отделения ДоКТМО за период с 2012 по 2017 гг. проанализированы результаты хирургического лечения 834 пациентов, оперированных в клинике по поводу колоректального рака, из них 108 (12,9%) пациентам выполнены симультанные оперативные вмешательства.

**Результаты.** После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости оперативное лечение начинали с более чистого этапа (холецистэктомия, тубовариоэктомия, экстирпация матки с придатками и т.д.), после этого выполняли основной этап хирургического вмешательства по поводу патологии толстой кишки – симультанные оперативные вмешательства (СОВ).

**Выводы.** Несмотря на продолжительность, объём оперативного вмешательства считаем, что выполнение СОВ является оптимальным и оправданным, поскольку количество осложнений и функциональные результаты лечения больных в этой группе достоверно не отличается от группы больных со стандартными оперативными вмешательствами, при этом отмечается выраженный эстетический эффект.

**Ключевые слова:** *симультанные оперативные вмешательства, колоректальный рак, эстетический аспект.*

---

### **Актуальность**

Эстетические и медико-социальные аспекты последствий стандартных оперативных вмешательств различного объема у пациентов с колоректальным раком в последние десятилетия приобретает особую актуальность из-за увеличения числа больных молодого и активного трудоспособного возраста. На сегодняшний день в структуре колопроктологических заболеваний все большее место занимает колоректальный рак (КРР). По данным многочисленных исследований, отмечается тенденция

к увеличению первичной заболеваемости КРР лиц молодого и среднего возраста. В ряде случаев, на фоне основного заболевания, имеет место сопутствующая патология, требующая хирургической коррекции, в связи с чем возрастает количество симультанных оперативных вмешательств (СОВ). Нередко встречаются случаи выполнения двух и более оперативных вмешательств у одного пациента. Несмотря на наличие реальных возможностей для оказания полноценной медицинской помощи больным данной категории и достижения



максимального медико-социального эффекта, до настоящего времени СОВ выполняются лишь у 1,5%-6% [2,4].

Предметом дискуссии в настоящее время продолжают оставаться вопросы, связанные с классификацией СОВ, определением показаний и противопоказаний к их выполнению, выбором оперативного доступа, объемом выполнения при поражении смежных органов, последовательностью выполнения основного и симультанных этапов, оценкой и особенностями постгравесивных реакций в послеоперационном периоде, ведением послеоперационного периода, а также социально-экономической эффективностью сочетанных оперативных вмешательств. Разработка оптимальных алгоритмов диагностики и лечения пациентов с КРР и сочетанной патологией органов брюшной полости является актуальной проблемой колопроктологии. Все это определяет перспективность исследований, направленных на усовершенствование диагностики и лечения данной категории пациентов. Нерешенные вопросы затрудняют объективную оценку СОВ и препятствуют

их более широкому применению в клинической практике[3-5].

### Цель исследования

Оптимизировать функциональную и эстетическую эффективность выполнения симультанных оперативных вмешательств у пациентов с колоректальным раком

### Материал и методы

В клинике общей хирургии на базе проктологического отделения ДоКТМО за период с 2012 по 2017 гг. прооперировано 834 пациента по поводу КРР. Проанализированы результаты хирургического лечения 108 (12,9%) пациентов, которым выполнены симультанные оперативные вмешательства. По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин – 49 (45,3%), женщин – 59 (54,7%). Средний возраст составил – 63,4 года. По локализации поражения больные распределены следующим образом (таблица 1).

Всем пациентам на дооперационном этапе проводились комплексное физикальное и лабораторно-инструментальное

Таблица 1

### Локализация опухолевой патологии

Локализация	Количество больных, %
Ректосигмоидный отдел	20 (18,5)
Сигмовидная кишка	19 (17,5)
Среднеампулярный отдел прямой кишки	14 (12,9)
Восходящая ободочная кишка	13(12,1)
Верхнеампулярный отдел прямой кишки	12 (11,1)
Слепая кишка	10 (9,2)
Нижнеампулярный отдел прямой кишки	7(6,6)
Нисходящий отдел	7(6,6)
Поперечно-ободочная кишка	3(2,7)
Печеночный изгиб	2(2,8)
Селезеночный изгиб	1(0,9)
Итого	108 (100)

Характер основного оперативного вмешательства

Название операции	Количество, %
Правосторонняя гемиколонэктомия	26 (24)
Брюшно-анальная резекция прямой кишки	21(19,4)
Передняя резекция прямой кишки	17 (15,8)
Резекция сигмовидной кишки	17 (15,8)
Брюшно-надсфинктерная резекция прямой кишки	14 (12,9)
Левосторонняя гемиколонэктомия	9 (8,4)
Резекция поперечно-ободочной кишки	3 (2,8)
Операция Инаятова	1 (0,9)
ИТОГО	108 (100)

обследование. Лабораторные методы обследования включали в себя общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму. Также проводилось цитологическое и гистоморфологическое исследование биопсийного и операционного материала. Ультразвуковое исследование выполняли для обнаружения отдаленных метастазов в брюшной полости и в паренхиме печени, свободной жидкости и абсцессов в брюшной полости и малом тазу. Компьютерную томографию органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства производили с предварительным контрастированием органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и, в некоторых случаях, с внутривенным болюсным усилением.

Состояние гемодинамики оценивалось путем измерения артериального давления (АД), систолического, диастолического, среднего АД, частоты сердечных сокращений с оценкой характера пульса, центрального венозного давления (ЦВД), электрокардиографии (ЭКГ).

Больным выполнялась ректороманоскопия (РРС) для оценки характера и глубины поражения стенки прямой кишки, фиброколоноскопия (ФКС) аппаратами фирмы «Olimpus» для осмотра отделов тол-

стой кишки, ирригография и пассаж бария по ЖКТ.

Проводились микробиологические исследования крови, мочи, отделяемого из ран, брюшной полости, дренажей. Динамический микробиологический мониторинг нозокомиальной флоры проктологического отделения изучали с использованием компьютерной программы EASMM (Expertanalytical system of microbiological monitoring) фирмы RANBAXY (Индия) на базе микробиологической бактериологической лаборатории ДоКТМО. После дообследования с помощью ЭСПОР выставлялись показания к проведению симультанного этапа, с учетом риска возможного возникновения осложнений.

Данные о характере оперативных вмешательств, которые выполнены по поводу КРР, приведены в таблице 2.

Учитывая, что операции на толстой кишке относятся к группе условно инфицированных, то после лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, оперативное лечение начинали с более чистого этапа (холецистэктомия, тубовариоэктомия, экстирпация матки с придатками и т.д.), после этого выполняли основной этап хирургического вмешательства по поводу патологии толстой кишки.

Характер СОВ

Характер сочетанного вмешательства	Количество операций, %
Холецистэктомия	46 (39,3)
Герниоаллопластика	18 (15,3)
Тубоовариоэктомия	13(11,1)
Экстирпация матки с придатками	11(9,4)
Удаление фиброматозных узлов матки	8(6,8)
Резекция мочевого пузыря	5(4,2)
Аппендэктомия	4(3,5)
Удаление дивертикула Меккеля	3(2,5)
Нефрэктомия	2(1,7)
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	2(1,7)
Эпицистостомия	1(0,9)
Трансанальная полипэктомия	1(0,9)
Гастротомия, полипэктомия	1(0,9)
Спленэктомия	1(0,9)
Удаление кисты урахуса	1(0,9)
Итого	117 (100)

Данные о характере СОВ приведены в таблице 3.

Холецистэктомия выполнялась при наличии желчекаменной болезни, полипоза желчного пузыря. Герниоаллопластика выполнялась при наличии грыжевой болезни, экстирпация матки – при наличии миоматозных узлов тела матки, а также симптомных фибромиомах матки. Аппендэктомия выполнялась чаще вместе с удалением правых придатков матки.

Анастомозит возник в 1 случае после левосторонней гемиколонэктомии, был консервативно разрешен, спаечная болезнь развилась в одном случае, произведена релапаротомия, висцеролиз. В одном случае имела место несостоятельность швов анастомоза, произведена илеостомия. После симультанной нефрэктомии слева на 6-е сутки имела место спаечная болезнь, произведена релапаротомия, висцеролиз. На фоне

плоскостной резекции желудка имел место анастомозит, на 5 сутки произведена релапаротомия, илеостомия. К осложнениям следует отнести: несостоятельность швов анастомоза в 3 случаях, что потребовало выполнения трансверзостомии.

**Результаты и обсуждение**

В группе пациентов, которым выполнена передняя резекция прямой кишки, у 12 имела место суб – или декомпенсированная кишечная непроходимость, несмотря на это всем больным были выполнены первично – восстановительные операции. В 3 случаях предварительно сформирована цекостома для разрешения явлений непроходимости; в одном случае цекостома ушита во время выполнения основного этапа, в другом случае, в связи с частичной несостоятельностью швов вокруг цекостомы, после выполнения передней резекции

Таблица 4

Сравнительная характеристика СОВ и стандартных оперативных вмешательств на толстой кишке

Показатель	СОВ	Стандартные операции
Средняя продолжительность (мин.)	155±8,5	125±3,5
Средняя кровопотеря (мл)	432±58,3	326±26,5
Средняя продолжительность п/о лечения (сут.)	14±3,2	12±0,5
Частота п/о осложнений (%)	5,4	5,1

выполнена резекция илеоцекального угла с формированием совмещенной илеоколостомы; в следующем случае цекостома ушита не была в связи с сохраняющимися явлениями кишечной непроходимости и тяжелым соматическим статусом пациента. На 13-е сутки на фоне несостоятельности анастомоза произведено иссечение цекостома, илеостомия.

В группе пациентов с брюшно-анальной резекцией прямой кишки в 2 случаях произведена эпицистостомия ввиду развития нейрогенного мочевого пузыря. В одном случае, после симультанной резекции мочевого пузыря в связи с раком мочевого пузыря, эпицистостомии на 3 сутки выполнена релапаротомия, ревизия, санация в связи с мочевым затеком. У одной пациентки данной на фоне некроза низведенной кишки сформировался ректовагинальный свищ, произведена илеостомия. В группе пациентов с брюшно-надсфинктерными резекциями прямой кишки следует отметить развитие некроза низведенной кишки в 2 случаях, последующую трансверзостомию. Пациентке на фоне несостоятельности анастомоза тонкой кишки и развития абсцесса таза произведена илеостомия. В одном случае имела место перфоративная язва желудка, произведена релапаротомия, ушивание язвы; в последующем у больной развилось аррозивное кровотечение, что потребовало релапаротомии, дважды ей выполнялась релапаротомия, плановая санация брюшной полости.

Следует отметить, что течение послеоперационного периода у пациентов, перенесших СОВ, существенно не отличалось от такового после выполнения стандартных вмешательств. Среди послеоперационных осложнений, которые составили 5,4% у пациентов, перенесших СОВ, следует отметить: спаечную болезнь, несостоятельность швов анастомоза, анастомозит, острую почечную недостаточность, тромбоэмболию легочной артерии.

Для определения целесообразности и эффективности выполнения этих вмешательств произведена сравнительная оценка результатов выполненных нами СОВ и стандартных оперативных вмешательств (таблица 4).

Из приведенных данных видно, что выполнение СОВ не приводит к ухудшению интра- и послеоперационных показателей, улучшает эстетический эффект, что позволяет рекомендовать более широкое их выполнение.

### Выводы

Несмотря на продолжительность, объём оперативного вмешательства, считаем, что выполнение СОВ является оптимальным и оправданным, поскольку количество осложнений и функциональные результаты лечения больных в этой группе достоверно не отличается от группы больных со стандартными оперативными вмешательствами, при этом отмечается выраженный эстетический эффект.

## Список литературы

1. Сажин, В.П. Комплексное лечение осложнённого колоректального рака [Текст] / В.П. Сажин, П.А. Госткин, В.И. Соболева, Д.А. Сяткин // Хирургия. - 2010. - № 7. - С. 15 – 19.
2. Тимербулатов, М.В. Оптимизация подготовки больных к расширенным оперативным вмешательствам при осложненной форме рака толстой кишки [Текст] / М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, Д.И. Мехдиев, С.Р. Хасанов, Ш.В. Тимербулатов // Колопроктология. - 2013. - № 3(45) – С. 21-25.
3. Щаева, С.Н. Анализ выживаемости при осложненном колоректальном раке [Текст] / С.Н. Щаева // Онкологическая колопроктология. - 2017. - Том 7, №2. - С. 20 – 30.
4. Chen, Y-L. An evolutionary role of the ED: outcomes of patients with colorectal cancers presenting to the ED were not compromised [Text] / Y-L. Chen, WC. Chang, H-H. Hsu, C-W. Hsu, Y-Y. Lin, S-H. Tsai // Am J Emerg Med. - 2013.- Vol. 31(4). - P. 646-50.
5. Ghazi, S. Clinicopathological analysis of colorectal cancer: a comparison between emergency and elective surgical cases [Text] / S. Ghazi, E. Berg, A. Lindblom, U. Lindforss // World J Surg Oncol. - 2013. - V. 11. - P. 133.

*Borota A.V., Kukhto A.P., Baziyan-Kukhto N.K., Borota A.A.*

## AESTHETIC ASPECTS OF SIMULTANE OPERATIVE INTERVENTIONS WITH COLORECTAL CANCER

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

### **Summary**

**The Aim.** Optimize the functional and aesthetic effectiveness of performing simultaneous surgical interventions in patients with colorectal cancer.

**Material and methods.** In the clinic of general surgery on the basis of proctology department for the period from 2012 to 2017g. the results of surgical treatment of 834 patients operated in the clinic for colorectal cancer were analyzed, of which 108 (12.9%) patients underwent simultaneous surgical interventions.

**Results.** After laparotomy, revision of the abdominal cavity organs, operative treatment was started from a purer stage (cholecystectomy, tubovarioectomy, extirpation of the uterus with appendages, etc.), after which the main stage of surgical intervention for the pathology of the colon was performed.

**The conclusion.** Despite the duration, the scope of the operative intervention, we believe that the implementation of PSB is optimal and justified, since the number of complications and the functional results of treatment of patients in this group do not differ significantly from the group of patients with standard surgical interventions, while a pronounced aesthetic effect.

**Key words:** *simultaneous surgical interventions, colorectal cancer, aesthetic aspect.*

УДК 616.36-089.87-031.13-039

*Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.*

## ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ

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

### **Резюме**

**Цель.** Оптимизировать функциональную и эстетическую эффективность выполнения одномоментного хирургического лечения пациентов с сочетанной неопухолевой патологией анального канала и прямой кишки на основании разработанных в клинике методик оперативного лечения.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 1012 пациентов, которые оперированы в клинике за период с 2014 по 2017гг. Сочетание геморроя и другой патологии анального канала и прямой кишки у 232 (22,7%) пациентов - исследуемая группа. Контрольную группу 1 составили 544 (52,1%) пациента, оперированные в клинике по поводу геморроя и перенесших исключительно геморроидэктомию, контрольную группу 2 составили 286 (25,2%) пациентов, которые оперированы в клинике по поводу острого или хронического парапроктита и перенесших вскрытие парапроктита либо иссечение прямокишечного свища.

**Результаты.** Основным показанием к сочетанным операциям при остром парапроктите, параректальном свище и хронической анальной трещине является наличие хронического геморроя 2-4 стадии. Противопоказания к сочетанным операциям – наличие декомпенсированной системной патологии, не поддающейся коррекции, а также осложненные формы парапроктитов (пельвиоректальные, флегмона Фурнье).

**Выводы.** После проведения сравнительного анализа хирургического лечения данной категории больных доказано, что вскрытие острого парапроктита с проведением режущего сетона при наличии экстрасфинктерного расположения внутреннего свищевого отверстия обладает множеством преимуществ перед традиционными способами хирургического лечения парапроктитов, поскольку является радикальным, эффективными одноэтапным методом хирургического лечения, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений, рецидивов, является профилактикой послеоперационной недостаточности запирающего аппарата прямой кишки, а также имеет выраженный эстетический эффект.

**Ключевые слова:** *сочетанная неопухолевая патология, геморрой, хроническая трещина анального канала, прямокишечный свищ, острый и хронический парапроктит, эстетический аспект.*

---

### **Актуальность**

У 18-32% больных, поступающих в проктологические отделения, имеются по 2-3 заболевания [1,3]. Это касается также и па-

циентов с наличием неопухолевой патологии анального канала и прямой кишки. Больные геморроем, острым парапроктитом, анальной трещиной и параректальными свищами

составляют 19-42% в структуре колопроктологической заболеваемости. В частности, геморрой в сочетании с анальной трещиной наблюдается в 12,3-59,1% случаев, с параректальным свищом – в 29,3-40,1%, с анальным полипом – в 13,2-18,4%. Образованию острого парапроктита геморрой предшествует в 20,3-31,5% наблюдений. До настоящего времени диагностика, дифференциальная диагностика и хирургическое лечение сочетанных неопухолевых проктологических заболеваний представляет собой сложную и до конца не решенную проблему. Некоторые проктологи положительно относятся к сочетанным оперативным вмешательствам ввиду сокращения койко-дня, отсутствия необходимости в повторном вмешательстве. Другие считают, что после сочетанных операций выше процент осложнений и выполнять данные вмешательства следует только по строгим показаниям [2].

По данным многих авторов [1,2,4], сочетанные операции имеют следующие преимущества: радикальная коррекция 2-3 хирургических заболеваний; отсутствие необходимости повторного анестезиологического обеспечения; предупреждение развития патологического процесса; сокращение сроков госпитализации и повторного обследования больного, что сопровождается повышением экономической эффективности лечения.

Экономический эффект симультанных операций очевиден, но показания и противопоказания к ним разработаны недостаточно. Наличие разногласий, отсутствие четких рекомендаций по отношению к хирургической тактике и послеоперационному ведению при сочетанной неопухолевой патологии анального канала (АК) и прямой кишки (ПК) требуют дальнейшего изучения, разработки рациональных методов лечения [2-3].

### Цель исследования

Оптимизировать функциональную и эстетическую эффективность выполнения одномоментного хирургического лечения пациентов с сочетанной неопухолевой патологией анального канала и прямой кишки на

основании разработанных в клинике методик оперативного лечения.

### Материал и методы исследования.

Проанализированы результаты хирургического лечения 1012 пациентов, которые оперированы в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения по поводу неопухолевой патологии анального канала и прямой кишки за период с 2014 по 2017 гг. В этой группе больных сочетание геморроя и другой патологии АК и ПК имело место у 232 (22,7%). Эти больные составили исследуемую группу (ИГ). Контрольную группу 1 (КГ-1) составили 544 (52,1%) пациента, оперированные в клинике за этот же период времени по поводу геморроя и перенесшие исключительно геморроидэктомию. Контрольную группу 2 (КГ-2) составили 286 (25,2%) пациентов, которые оперированы в клинике по поводу острого или хронического парапроктита и перенесшие вскрытие парапроктита либо иссечение прямокишечного свища

При этом среди пациентов ИГ у 126 (54,3%) имело место сочетание геморроя с анальной трещиной (АТ), у 33 (14,2%) – с прямокишечным свищом (ПС), у 23 (9,9%) – с острым парапроктитом (ОП), у 21 (9%) – с полипом прямой кишки (ППК), у 4 (3,1%) – с ректовагинальным свищом, у 4 (3,1%) – с ворсинчатой опухолью ПК, у 2 (0,8%) – со стриктурой АК, у 1 (0,4%) – с кондиломатозом промежности. Сочетание более двух патологий аноректальной зоны имело место у 18 (7,7%): у 11 (4,8%) пациентов имело место сочетание геморроя с АТ и полипом АК, у 7 (1,8%) – сочетание АТ и ПС. Вскрытие парапроктита всем пациентам данной группы выполнялось одноэтапно, радикально, вне зависимости от формы парапроктита, за исключением пельвиоректальной формы парапроктита, где первым этапом показана колостомия для отключения пассажа.

В КГ-1 выполнялась исключительно геморроидэктомию пациентам с 2-4 стадией

геморроидальной болезни, ранее пролеченным консервативно, без эффекта.

В КГ-2 вскрытие острого парапроктита выполнено 112 больным (всем им в последующем было необходимо повторное оперативное лечение), иссечение свища по Габриэль 1 – 64 пациентам, иссечение свища с проведением режущего сетона – 27, иссечение свища по Блинничеву – 25, иссечение свища по Масляку – 23, вскрытие парапроктита с проведением режущего сетона по разработанной в клинике методике – 22, LIFT (лигирование свища в межсфинктерном пространстве по разработанной в клинике модификации) – 7, иссечение свища по Габриэль 2 – 6 пациентам.

Обследование больного, помимо обязательного комплекса предоперационного лабораторного и функционального обследования, включало осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию. Больным старше 40 лет выполняли ирригоскопию либо фиброколоноскопию для исключения патологии толстой кишки. При наличии у пациента тяжелой сопутствующей соматической патологии проводился весь комплекс патогенетически обоснованных диагностических мероприятий с последующей коррекцией.

Пациентам ИГ и КГ-2 производилось вскрытие гнойника, взятие материала на бактериальный посев, ревизия, санация параректальной полости многократным промыванием раствором антисептика. После этого, при наличии экстрасфинктерного расположения внутреннего свищевого отверстия при остром парапроктите, по разработанной и внедренной в клинике методике, производилась идентификация внутреннего свищевого отверстия с помощью пуговчатого зонда и хромоскопии. Зонд проводился в просвет кишки, на нем рассекался массив тканей (кожа и подкожная клетчатка) до мышц анального сфинктера, не повреждая его волокон. Через внутреннее отверстие свища снаруж проводили 3 отдельные шелковые лигатуры, фиксированные к дистальному концу пуговчатого зонда, одну из

которых затягивали и завязывали во время операции, широко дренировали полость гнойника, в последующем продолжали ее санацию. Оставшиеся 2 лигатуры затягивали и завязывали соответственно на 3-4 и 6-7 сутки после операции, после чего внутренняя стенка свищевого хода прорезалась и сообщалась с гранулирующей параректальной раной, заживающей вторичным натяжением.

### Результаты и обсуждение

Функциональные результаты изучали в ближайшем послеоперационном и отдаленном периоде на основании следующих параметров: продолжительность оперативного вмешательства, интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, наличие ранних и поздних послеоперационных осложнений, длительность койко-дня, сроки восстановления трудоспособности.

Средняя длительность госпитализации в КГ-2 составила  $9,3 \pm 2,0$  суток. Анализ отдаленных результатов лечения осуществлялся в сроки 3,6,9 и 12 месяцев. Среди отдаленных послеоперационных осложнений: формирование прямокишечного свища после вскрытия острого парапроктита отмечено во всех случаях. Рецидив свища в случае его радикального лечения отмечен у 15 пациентов (5,5%), анальная инконтиненция 1 ст. имела место у 3 пациентов (1,1%); формирование прямокишечного свища после вскрытия острого парапроктита с проведением режущего сетона при экстрасфинктерном расположении внутреннего свищевого отверстия возникло в 2 случаях (0,6%) при подковообразном расположении гнойника, в связи с чем повторно был проведен режущий сетон, послеоперационный период протекал гладко, рецидива свища и нарушения функции замыкательного аппарата прямой кишки у данных пациентов в последующем отмечено не было.

Средняя продолжительность операции составила  $20 \pm 5$  минут. В раннем послеоперационном периоде у 5 (1,7%) больных имели место дизурические расстройства, потребовавшие катетеризации мочевого пузыря. Кровотечения из послеоперационной раны имели



место у 3 (1,04%) больных. Во всех случаях больным было произведено тампонирование анального канала марлевым тампоном, а при неэффективности последнего – прошивание кровотока сосуда. Гнойно-воспалительные осложнения в виде формирования гнойного затека, потребовавшие дополнительного вскрытия и санации, имели место у 10 (3,4%) больных, сигмостомия на фоне пельвиоректального парапроктита и наличия флегмоны Фурнье выполнена 2 больным (0,6%). Для борьбы с данной категорией осложнений мы применяли назначение антибактериальных препаратов, дополнительных перевязок, местного лечения, санации ран озонированными растворами, а при наличии показаний – вскрытие и дренирование гнойника.

В КГ-1 средняя продолжительность геморроидэктомии составила  $18 \pm 4$  минут. В ИГ средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургическим лечением другой патологии ПК и АК составила  $25 \pm 4$  минут. При этом средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с иссечением АТ составила  $20 \pm 3$  мин, в сочетании с иссечением ПС –  $28 \pm 2$  мин, в сочетании со вскрытием парапроктита –  $29 \pm 5$  мин, с полипэктомией –  $20 \pm 2$  мин. Средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК составила  $31 \pm 4$  мин. При сочетании геморроя с АТ предпочтение отдавали открытому способу геморроидэктомии с дозированной сфинктеротомией, формируя общую раневую поверхность в месте иссекаемой АТ и прилежащего геморроидального узла. При сочетании с ПС выполняли закрытый способ геморроидэктомии с восстановлением целостности слизистой оболочки ПК и АК. Указанные средние временные показатели ИГ несколько превышают аналогичные показатели в обеих КГ, однако избавляют пациента от повторно хирургического вмешательства.

Оценку интенсивности послеоперационного болевого синдрома мы производили с помощью цифровой рейтинговой шкалы (Numerical Rating Scale, NRS), состоящей из

11 пунктов от 0 («боли нет») до 10 («худшая боль, какую можно представить») и на основании необходимости и кратности применения наркотических и ненаркотических анальгетиков. Интенсивность болевого синдрома, оцененная с помощью NRS, в первые сутки после операции в среднем составляла  $7,8 \pm 0,1$  баллов в ИГ. При этом у пациентов, перенесших геморроидэктомию в сочетании с иссечением АТ интенсивность болевого синдрома составила  $8,1 \pm 0,2$  баллов, в сочетании с иссечением ПС –  $8,4 \pm 0,2$  баллов, в сочетании со вскрытием парапроктита –  $7,8 \pm 0,1$  баллов, с полипэктомией –  $7,2 \pm 0,2$  баллов. Средняя интенсивность болевого синдрома у больных, перенесших геморроидэктомию в сочетании с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК составила  $7,7 \pm 0,2$  баллов. На третьи сутки этот показатель в ИГ в среднем составлял  $5,5 \pm 0,2$  баллов – в сочетании с иссечением АТ интенсивность болевого синдрома составила  $5,8 \pm 0,1$  баллов, с иссечением ПС  $6,1 \pm 0,2$  баллов, со вскрытием парапроктита  $5,4 \pm 0,1$  баллов, с полипэктомией  $4,9 \pm 0,1$  баллов, более чем одной сочетанной патологии АК и ПК  $6,2 \pm 0,1$  баллов. Через 7 суток после операции выраженность болевого синдрома в ИГ составила в среднем  $3,7 \pm 0,1$  баллов. При этом у пациентов, перенесших геморроидэктомию в сочетании с иссечением АТ, интенсивность болевого синдрома составила  $4 \pm 0,1$  баллов, в сочетании с иссечением ПС –  $3,9 \pm 0,1$  баллов, в сочетании со вскрытием парапроктита –  $3,7 \pm 0,1$  баллов, с полипэктомией –  $3,4 \pm 0,1$  баллов, с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК составила  $3,8 \pm 0,1$  баллов. В КГ-1 средняя интенсивность послеоперационного болевого синдрома, оцененная в 1, 3 и 7 сутки после операции составила  $6,2 \pm 0,1$  баллов,  $5,1 \pm 0,1$  и  $3,26 \pm 0,1$  баллов соответственно. В КГ-2 средняя интенсивность послеоперационного болевого синдрома, оцененная в 1, 3 и 7 сутки после операции составила  $8,1 \pm 0,1$  баллов,  $4,1 \pm 0,1$  и  $3,16 \pm 0,1$  баллов соответственно. Таким образом, средняя интенсивность послеоперационного болевого синдрома, оце-

ненная в различные сроки после операции, обусловлена большей травматичностью хирургического вмешательства.

У 7 (3,1%) больных ИГ имели место дизурические расстройства, потребовавшие катетеризации мочевого пузыря. В КГ-1 таких больных было 4 (0,7%). Кровотечения из послеоперационной раны имели место у 4 (3,1%) больных ИГ и у 3(0,5%) больных из КГ-1. Во всех случаях больным было произведено тампонирование анального канала марлевым тампоном, а при неэффективности последнего – прошивание кровотока сосуда.

Гнойно-воспалительные осложнения в ИГ имели место у 11 (4,7%) больных, в связи с чем проведена антибактериальная терапия, санации ран озонированными растворами, местная терапия, а при наличии показаний – такие хирургические манипуляции, как вскрытие и дренирование гнойников. Рецидив свища отмечен у 2 пациентов ИГ (0,8%), перенесших геморроидэктомию в сочетании с иссечением ПС, у 1(0,4%) пациента, перенесшего геморроидэктомию в сочетании со вскрытием ОП, в последующем сформировался ПС. Еще у 2(0,4%) пациентов имела место рубцовая стриктура АК, что во всех случаях обусловило необходимость бужирования АК в отдаленном послеоперационном периоде. Таким образом, общее количество отдаленных послеоперационных осложнений в ИГ составило 5(2,1%). В КГ у 4 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде отмечено развитие рубцовой стриктуры АК, что составило 0,7% ( $p > 0,05$ ). При коррекции данного вида осложнений у 2(0,3%) пациентов удалось добиться желаемого эффекта путем бужирования АК. Еще в 1 (0,1%) случае возникла необходимость в хирургической коррекции – произведено иссечение рубцовой стриктуры с пластикой слизистой оболочки АК. Средняя длительность госпитализации в ИГ составила  $7,1 \pm 1,0$  суток. После выписки из стационара больные, как правило, продолжали получать амбулаторное лечение. При этом средняя длительность нетрудоспособности в ИГ

составила  $18,3 \pm 2,3$  дней. В КГ-1 данный показатель составил  $14,2 \pm 2,1$  дней, в КГ-2 составила  $20,3 \pm 3,2$  дней.

### Заключение

Основным показанием к сочетанным операциям при остром парапроктите, параанальном свище и хронической анальной трещине является наличие хронического геморроя 2-4 стадии. Противопоказания к сочетанным операциям – наличие декомпенсированной системной патологии, не поддающейся коррекции, а также осложненные формы парапроктитов (пельвиоректальные, флегмона Фурнье). Отмеченное в исследуемой группе некоторое увеличение продолжительности операции, интенсивности послеоперационного болевого синдрома в различные сроки после операции, количества осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, а также среднего койко-дня и сроков восстановления трудоспособности не являются существенно значимыми. После проведения сравнительного анализа хирургического лечения данной категории больных доказано, что вскрытие острого парапроктита с проведением режущего сетона при наличии экстрасфинктерного расположения внутреннего свищевого отверстия обладает множеством преимуществ перед традиционными способами хирургического лечения парапроктитов, поскольку является радикальным, эффективным и одноэтапным методом хирургического лечения, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений, рецидивов, а также является профилактикой послеоперационной недостаточности запирающего аппарата прямой кишки.

Выполнение одномоментного хирургического вмешательства при сочетанной неопухолевой патологии анального канала и прямой кишки не ухудшает непосредственных и функциональных результатов лечения, избавляет пациента от необходимости выполнения повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений, имеет выраженный косметический эффект.

## Список литературы

1. Башанкаев, Б.Н. Анальная трещина-результаты сфинктеросохраняющей терапии. [Текст] / Б.Н. Башанкаев, А.Г. Йулдашев, Э.В. Лафишев // Сб. Актуальные проблемы колопроктологии. – Смоленск, 2014. – С.13.
2. Опыт применения операции лигирования свищей прямой кишки в межсфинктерном пространстве Lift [Текст] / С.В. Васильев [и др.] // Сб. Международного объединенного Конгресса Ассоциации колопроктологов России и первого ESCP/ECCO регионального мастер-класса. – Москва, 2015. – С.18.
3. Хирургическая тактика при хроническом геморрое в сочетании с анальной трещиной [Текст] / Д.К. Мухаббатов [и др.] // Сб. Актуальные проблемы колопроктологии. – Смоленск, 2014. – С.29.
4. Райымбеков, О.Р. Клиническая эффективность симультанных операций у больных с сочетанным заболеванием аноректальной области [Текст] / О.Р. Райымбеков // Молодой ученый. – 2015. – №23(103). – С.370 – 372.

*Borota A.V., Kukhto A.P., Baziyan-Kukhto N.K., Borota A.A.*

## AESTHETIC ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF CONCOMITANT NON-NEOPLASTIC PATHOLOGY OF THE ANAL CANAL AND RECTUM

STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

### **Summary**

**The Aim.** To optimize the functional and aesthetic efficiency of simultaneous surgical treatment of patients with combined non-tumor pathology of the anal canal and rectum on the basis of the methods of surgical treatment developed in the clinic.

**Material and methods.** The results of surgical treatment of 1012 patients who were operated in the clinic for the period from 2014 to 2017 were analyzed. The combination of hemorrhoids and other pathology of the anal canal and rectum in 232 (22.7%) patients - the study group. The control group 1 consisted of 544 (52.1%) patients operated on in the clinic for hemorrhoids and underwent exclusively hemorrhoidectomy, the control group 2 was left by 286 (25.2%) patients who were operated on in the clinic for acute or chronic paraproctitis and who underwent paraproctitis dissection or excision of the rectal fistula.

**Results.** The main indication for combined operations in acute paraproctitis, pararectal fistula and chronic anal fissure is the presence of chronic hemorrhoids 2-4 stages. Contraindications to combined operations – the presence of decompensated systemic disease, not amenable to correction, as well as complicated forms of paraproctitis (pelviorectal, abscess Fournier).

**Conclusion.** After conducting a comparative analysis of surgical treatment of this category of patients proved that the autopsy acute abscess with the holding of the cutting Seton in the presence of extrasphincter the location of the inner fistula orifice has many advantages over traditional methods of surgical treatment of paraproctitis, because it is a radical, effective one-stage surgical treatment, allowing to reduce the number of postoperative complications, recurrence, prevention of postoperative failure of the obturator apparatus of the rectum, and also has a pronounced aesthetic effect.

**Key words:** *combined non-tumor pathology, hemorrhoids, chronic anal fissure, rectal fistula, acute and chronic paraproctitis, aesthetic aspect.*

УДК 616.5-053.2:616.98:578.828

*Проценко О. А., Проценко Т.В., Корчак И.В., Провизион А. Н.,  
Боряк С. А., Тахташов И. Р.*

## **ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ДЕРМАТОЗОВ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ФАКУЛЬТЕТА ИНТЕРНАТУРЫ И ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

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

### **Резюме**

Представлен опыт организации и проведения цикла тематического усовершенствования по актуальным вопросам диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных дерматозов на последипломном обучении врачам различных специальностей на кафедре дерматовенерологии и косметологии.

**Ключевые слова:** *последипломное обучение, тематическое усовершенствование, ВИЧ-ассоциированные дерматозы.*

---

Сохраняющееся эпидемическое распространение ВИЧ-инфекции, особенно среди лиц активного трудоспособного и репродуктивного возраста, с выходом за пределы контингента так называемых «уязвимых групп», многообразие ранних клинических проявлений инфекции, среди которых особое место занимают поражения кожи и слизистых, объясняют актуальность повышения профессиональной подготовки врачей разных клинических специальностей по этой проблеме [1, 4, 5, 7].

Общеизвестно, что риск инфицирования ВИЧ повышается при наличии инфекций, передающихся половым путем, при контакте инфицированного биологического материала (слюна, кровь, выделения и др.) с поврежденной кожей и даже неповрежденной слизистой [2, 6]. Именно

поэтому раннее выявление ВИЧ-инфекции, своевременное назначение антиретровирусной терапии, лечение сопутствующих заболеваний с учетом ВИЧ-статуса, не только повышает индивидуальный позитивный прогноз, но и может прервать риск последующего распространения инфекции [8, 9, 10].

Инфекционные и неинфекционные поражения кожи и слизистых могут быть первым и/или единственным клиническим проявлением ВИЧ-инфекции, заставляющим обратиться за медицинской помощью к врачу соответствующей специальности [2, 8]. Так, рецидивирующий кандидоз слизистой полости рта может быть первым и единственным клиническим проявлением дебюта репликации ВИЧ, и пациент обратится за помощью к стоматологу. Рецидивирующая молочни-

ца и кандидозный вульвовагинит, нередко сочетающиеся с остроконечными кондиломами и контагиозным моллюском, служат поводом к обращению к врачу-гинекологу. «Немая» саркома Капоши с поражением лица, шеи воспринимается как эстетическая проблема, мотивируя обращение пациента к косметологу и/или в центры лазерной медицины. В то же время саркома Капоши – это 4-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции, отражающая упущенное время для ранней лечебно-противоэпидемической тактики [1, 9, 10].

В связи с изложенным на кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО был разработан и внедрен в практику цикл тематического усовершенствования для врачей, окончивших интернатуру по специальности «лечебное дело» или педиатрического профиля «ВИЧ-ассоциированные дерматозы»; подготовлены рабочая программа (144 часа), методические указания для обучающихся и для преподавателей, тестовые задания для контроля знаний-умений.

Основанием и обоснованием для разработки данного цикла тематического усовершенствования был накопленный большой клинический материал, выполненные на кафедре научно-исследовательские работы и защищенные докторская (Проценко О.А., 2009 г.) и кандидатские диссертации (Талалаев К.А., 2007 г.; Борисенко А.В., 2015 г.), многолетнее участие сотрудников кафедры в международных проектах по предупреждению распространения ИППП/ВИЧ/СПИД в различных уязвимых группах (сельские и городские подростки; лица с многочисленными или нетрадиционными сексуальными связями; ВИЧ-позитивные осужденные, находящиеся в условиях пенитенциарной системы в Донецком регионе), по обучению навыкам медицинского консультирования в связи с ИППП/ВИЧ/СПИД медицинских работников (младший и средний

медицинский персонал, врачи различных специальностей), сохранению репродуктивного и сексуального здоровья, проводимых при поддержке Фонда Народонаселения Организации Объединенных Наций [1 - 5, 8 - 10].

С целью повышения эффективности обучения и отработки практических навыков с 2006 г. на клинической базе кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного обучения Донецкого национального медицинского университета им.М. Горького – областном клиническом кожно-венерологическом диспансере, г. Донецк (с 2015 г. – Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер) был организован тренинговый Центр по вопросам медицинского консультирования в связи с ИППП/ВИЧ/СПИД и ВИЧ-ассоциированных дерматозов, совместно с Центром по профилактике и борьбе со СПИДом.

С 2008 г. кафедрой дерматовенерологии и косметологии проведено 16 циклов тематического усовершенствования «ВИЧ-ассоциированные дерматозы», в т.ч. в гг. Симферополь, Запорожье, Днепрпетровск, Мариуполь, Горловка, Макеевка, Константиновка. Слушателями курсов были 141 врач, в т.ч. дерматовенерологи, акушер-гинекологи, педиатры, семейные врачи, терапевты. Отличительной особенностью лекций и семинаров на этом курсе был большой объем клинических собственных наблюдений с разбором ошибок в диагностике, тактике ведения и лечения больных, допущенных на различных этапах оказания медицинской помощи врачами различных клинических специальностей как в бюджетном, так и в частном секторе. Практические занятия включали интерактивные формы обучения, включающие в том числе особенности медицинского консультирования таких больных. Результаты анкетирования врачей после обучения показали высокую информативность (90,8% врачей), доступность и убедительность (97,9% врачей) представ-

ленной информации, полезность и востребованность в последующей практической работе (98,1% врачей).

Таким образом, разработанный и внедренный цикл тематического усовершенствования «ВИЧ-ассоциированные

дерматозы» может способствовать улучшению подготовки врачей различных клинических специальностей к ранней диагностике, оптимизации оказания медицинской помощи и противоэпидемических мероприятий в связи с ВИЧ/СПИД.

### Список литературы

1. Борисенко, А.В. Особливості клініки та лікування себорейного дерматиту у ВІЛ-позитивних осіб [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / А. В. Борисенко. - Харків, 2015. - 14 с.
2. ВИЧ-инфекция в дерматовенерологической практике [Текст]: методические рекомендации / Т.В. Проценко - Донецк, 1993. - 18 с.
3. Консультирование по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИД и психоэмоциональная поддержка ВИЧ-позитивных осужденных в условиях пенитенциарной системы в Донецком регионе [Текст]: учебное пособие / О.А. Проценко, М.Г. Кигель, А.А. Лях А.А. и др. - Донецк, 2005. - 62 с.
4. Основы консультирования по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья [Текст]: учебно-методическое пособие / Б.М. Ворник, В.П. Квашенко, Т.В. Проценко и др. - Киев, 2004. - 262 с.
5. Основы консультирования по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья [Текст]: методические рекомендации для преподавателей / Б.М. Ворник, В.П. Квашенко, Т.В. Проценко и др. - Киев, 2004. - 166 с.
6. Особливості лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в групах населення, уразливих стосовно зараженню вірусом імунодефіциту людини [Текст]: методичні рекомендації / И.И. Мавров, Г.И. Мавров, О.А. Проценко и др. - Київ, 2009. - 34 с.
7. Поздняков, С.В. Актуальні питання післядипломної освіти медичних працівників: клінічні аспекти ВІЛ-інфекції [Текст] / С. В. Поздняков, О.В. Ніколаєвська, О.О. Недужко // Одеський медичний журнал. - 2008. - Т.105, №1. - С.58 - 59.
8. Проценко, О.А. Патогенетическое обоснование и концепция комплексного лечения и профилактики дерматозов у ВИЧ-позитивных лиц [Текст]: автореф. дис... д-ра мед. наук / О. А. Проценко. - Харьков, 2009. - 22 с.
9. Проценко, О.А. Менеджмент дерматомикозов кожи у ВИЧ-позитивных больных [Текст] / О.А. Проценко, А.В. Борисенко // Таврический медико-биологический вестник. - 2009. - Т.12, №4 (48). - С. 169 - 173.
10. Проценко, О.А. Классическая и ВИЧ-ассоциированная саркома Капоши: клинико-эпидемиологические сопоставления [Текст] / О.А. Проценко // Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». - Вып.9. - 2015. - С. 40 - 44.
11. Проценко, Т.В. Актуальные аспекты формирования клинического мышления у молодых врачей [Текст] / Т.В. Проценко, О.А. Проценко // Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». - Вып.12. - 2016. - С. 115 - 120.
12. Талалаенко, Ю.А. Значение лекций в изучении акушерства и гинекологии на кафедре высшей школы [Текст] / Ю.А. Талалаенко, А.В. Чурило, М.А. Егорова и др. // Архив клинической и экспериментальной медицины. - 2018. - Т.26, №1. - С.105 - 109.
13. Яворская, С.Д. Инновационные методы обучения студентов медицинских вузов [Текст] / С.Д. Яворская, М.Г. Николаева, Т.А. Болгова, Т.И. Горбачева // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - №4. - С.172 - 174.

*Protsenko O.A., Protsenko T.V., Korchak, I. V., Provision A.N.,  
Boryak S. A., Taktashov I. R.*

**THE TEACHING CLINICAL PECULIARITIES OF AIDS  
AND AIDS-ASSOCIATED DERMATOSES STUDENTS RELATED  
SPECIALTIES**

*STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL  
EDUCATION «M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»*

***Summary***

The peculiarities of teaching of AIDS and AIDS-associated dermatoses in postgraduate training of doctors of related specialties in the Department of dermatology and cosmetology.

**Key words:** *post-graduate studies, related specialty, AIDS-associated dermatoses.*

## 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
- Фамилии и инициалы автора/авторов (курсивом)
- Название работы (жирным шрифтом)
- Название организации, в которой выполнена работа (курсивом)
- 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, 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 в тексте статьи. Аббревиатуры включаются в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой: например – герпетический дерматит Дюринга (ГДД).

**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 после их упоминания, в круглых скобках – (табл. 1.). Если таблица одна, она не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. табл.). Заголовок таблиц должен отражать ее 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. Аббревиатуры, использованные в таблице, должны быть пояснены в примечании, расположенном под ней. В десятичных дробях ставится запятая (например: 3,25; 0,5).

Весь **иллюстративный материал** (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в файлах формата «JPEG» или «TIFF» с разрешением 300-600 пикселей на дюйм в 256 градациях серого цвета для фотографий и 600 пикселей на дюйм для рисунков (2 цвета). Цветные изображения не публикуются. Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются после их упоминания, в круглых скобках – (рис. 1.). Если рисунок один, то он не нумеруется, 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 использованной литературы оформляют с учетом требований ГОСТ Р 7.0.5-2003 «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, включать цель, материалы и методы, результаты, выводы. В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры). При написании обзора, лекции,

описании клинического случая или наблюдений из практики резюме может быть неструктурированное, объемом не более 150 слов. В резюме на английском языке должен быть включен полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения.

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

**Сведения об авторах.** Оформляются на отдельном листе, должны 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).

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

**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.

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

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

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

### Законодательные материалы

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

### Стандарты

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

### Патентные документы

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

### Депонированные научные работы

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

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

### Изоиздания

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

### Нотные издания

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

### Аудиоиздания

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

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

### Видеоиздания

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

### Диссертации, авторефераты диссертаций

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

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

### Составная часть документов

#### Статья из...

*...собрания сочинений*

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

*...книги, сборника*

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

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

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

*...продолжающегося издания*

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

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

*...журнала*

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

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

*...газеты*

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

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

### Рецензия

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

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

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

### Нормативные акты

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

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

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

### Библиографическое описание документа из Internet

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

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

### Примечание.

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

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