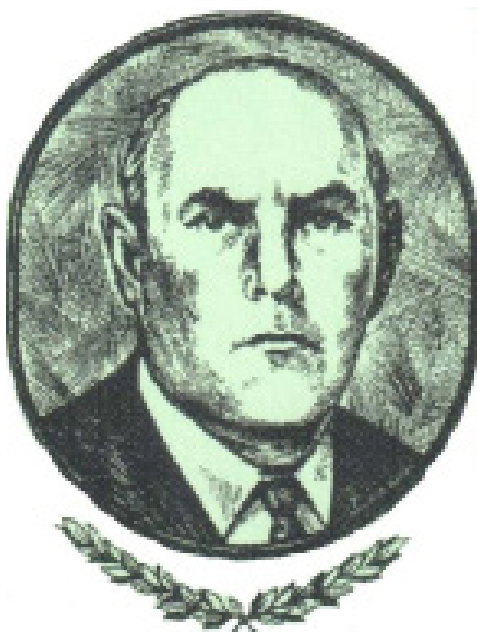


**Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»**



# **ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ**

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

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

**2019 № 1 (23)**

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

Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения» посвящен актуальным вопросам диагностики, клиники, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний кожи и сексуально-трансмиссивных инфекций, проблемам эстетической медицины и медицинской косметологии, подготовки врачей. В работах показаны инновационные методы диагностики в дерматологии, новые технологии терапевтических воздействий в косметологии. Отдельные статьи, посвященные актуальным проблемам дерматологии, выполнены на стыке других разделов клинической медицины.

Ответственность за содержание статей и орфографию несут авторы. Редакция не несет ответственность за достоверность фактов, имен и другой информации, использованной в публикациях. Перепечатка или иное воспроизведение в любой форме полностью или частично статей, иллюстраций или других материалов разрешено только с предварительного письменного согласия редакции с обязательной ссылкой на источник. Материалы публикуются на языке оригинала.

**Учредитель журнала:**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО)

**Адрес учредителя:**

83003, г. Донецк,  
проспект Ильича, 16

**Периодичность издания:**

4 раза в год

**Адрес редакции:**

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

**Адрес электронной почты:**

derma.kosmet@yandex.ru

**Главный редактор:**

Проценко Татьяна Виталиевна

**Ответственный секретарь:**

Провизион А.Н.

**Редакционная коллегия:**

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

**Редакционный совет:**

Арифов С.С. (г. Ташкент)  
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 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, протокол №1 от 28.02.2019 г.

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

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

**Свидетельство о регистрации средства массовой информации:**

ААА № 000168 от 07.11.2017 г.

## Содержание

---

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е., Даниленко Д.В. Оценка уровней интерлейкина-4 и связь с индексом SCORAD в динамике лечения атопического дерматита ..... 6

### ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Милус И.Е. Эрбиевый лазер и его перспективы использования в дерматовенерологии ..... 12

### Клинические случаи, наблюдения из практики

Проценко Т.В., Проценко О.А. Случай семейной доброкачественной пузырчатки Хейли-Хейли ..... 18

Провизион Л.Н., Провизион А.Н. Случай развития герпетической экземы у больной с атопическим анамнезом ..... 22

Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В., Сидоренко И.А., Бондаренко Э.В., Шляхова И.А. К вопросу о кожной лимфоидной гиперплазии ..... 27

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Киосев Н.В. Поведенческие реакции как факторы риска инфицирования социально-опасными болезнями ..... 33

Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В., Сидоренко И.А., Бондаренко Э.В., Шляхова И.А. Лосьон «Ламицид» (спрей) на основе тербинафина для терапии и профилактики микозов стоп и кандидоза крупных складок кожи ..... 36

Дядык А.И., Гнилицкая В.Б., Христуленко А.Л., Стуликова Е.Л., Здиховская И.И., Яровая Н.Ф. Кожные васкулиты у больных системными заболеваниями соединительной ткани ..... 41

Небесная Л.В. Современные лабораторные маркеры воспалительных заболеваний кишечника ..... 44

### КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

Проценко О.А. Пойкилодермия ..... 46

### ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Гупало Л.А., Романенко К.В., Давлеева М.Д., Иванова И.П., Белик И.Е., Романенко В.Н. Особенности преподавания кожных и венерических болезней студентам стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета ..... 50

### НАШИ ЮБИЛЯРЫ

70 лет профессору Радионову В.Г. .... 54

### НОВОСТИ НАУКИ

О работе диссертационного совета Д 01.011.03 при Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» ..... 57

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей ..... 60

Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления ..... 62

## Contents

---

### ORIGINAL RESEARCH

**Prylutskiy O.S., Tkachenko K.Y., Danilenko D.V.** Interleukin-4 levels assessment and their relation with SCORAD index in the dynamics of the atopic dermatitis treatment ..... 6

### REVIEWS OF LITERATURE

**Milus I.Y.** The erbium laser and its using prospects in dermatovenereology ..... 12

### CLINICAL CASES, OBSERVATIONS FROM PRACTICE

**Protsenko T.V., Protsenko O.A.** The case of Hailey – Hailey diseases ..... 18

**Provizion L.N., Provizion A.N.** Case of development of the herpetic ekzema in a patient with atopic anamnesis ..... 22

**Romanenko K.V., Romanenko V.N., Ermilova N.V., Sidorenko I.A., Bondarenko E.V., Shliakhova I.A.** To the question of cutaneous lymphoid hyperplasia ..... 27

### TO HELP PRACTICAL DOCTOR

**Kiosev N.V.** Behavioral reactions as a risk factor of infection of socially dangerous diseases ..... 33

**Romanenko K.V., Romanenko V.N., Ermilova N.V., Sidorenko I.A., Bondarenko E.V., Shliakhova I.A.** Lamicide lotion (spray) on the basis of terbinafine for therapy and prophylaxis of tinea pedis and candidiasis on big folds skin ..... 36

**Dyadyk A.I., Gnilitskaya V.B., Khristulenko A.L., Stulikova E.L., Zdikhovskaya I.I., Yarovaya N.F.** Skin vasculitis in patients with systemic connective tissue diseases ..... 41

**Nebesnyaya L.V.** Modern laboratory markers of inflammatory intestinal diseases ..... 44

### CLINICAL LECTURES

**Protsenko O.A.** Poikiloderma ..... 46

### PROBLEMS OF PEDAGOGY OF HIGH SCHOOL

**Gupalo L.A., Romanenko K.V., Davleeva M.D., Ivanova I.P., Byelik I.E., Romanenko V.N.** Features of teaching of skin and venereal diseases to students of stomatological faculty of Donetsk national medical university ..... 50

### OUR ANNIVERSARIES

70 years old to professor Radionov V.G ..... 54

### NEWS OF SCIENCE

About work dissertation council D 01.011.03 at the State Educational Organization of Higher Professional Education «Donetsk National Medical University M. Gorky» ..... 57

### INFORMATION FOR AUTHORS

Requirements for the design of articles ..... 60

Examples of the list of references. Interstate standard (GOST 7.1 – 2003).

Bibliographic record. Bibliographical description: General requirements and rules compilation ..... 62

## Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!

Вот и прошел еще один год, и мы рады, если Вы остаетесь с нами. Надеемся, что в наступившем 2019 году информация, представленная на страницах журнала будет интересна и полезна практикующим специалистам.

Дерматология – это особенная специальность, требующая от врача умения не только распознавать кожные болезни, но и «видеть» кожу, «прочитать» по изменениям ее структуры и/или функционирования подлежащие соматические болезни и/или предрасположенность к ним. Именно это способствует объединению дерматологов со специалистами других клинических профилей. Бурно развивающаяся медицинская косметология и эстетическая медицина может быть лейтмотивом в продвижении здорового образа жизни, направленного на сохранение здоровья здоровых и пролонгации ремиссий у тех, кто ранее болел.



Врачей много, а организм один, и искусство врачевания и заключается в том, чтобы определить ведущую патогенетическую патологию и «оборвать» причинную связь минимальным количеством лекарств. Именно для этого нужны знания не только в своей специальности, взаимодействия с другими специалистами, знакомство с новыми лабораторными возможностями, развитие навыков коммуникативного общения с пациентом для формирования у последнего осознанного отношения к рекомендациям врача.

Основная миссия нашего журнала – способствовать постоянному и непрерывному профессиональному самообразованию.

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

С уважением,  
главный редактор  
научно-практического журнала  
по дерматологии, венерологии,  
косметологии «Торсуевские чтения»,  
доктор медицинских наук, профессор



Т.В. Проценко

УДК: 616.5-002-021.3-097.1/.3

*Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е., Даниленко Д.В.*

## ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 И СВЯЗЬ С ИНДЕКСОМ SCORAD В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

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

### **Резюме**

**Цель** – оценить уровни интерлейкина-4 и их связь с индексом SCORAD в динамике лечения atopического дерматита с использованием индивидуально подобранной гипоаллергенной диеты.

**Материал и методы.** Нами проанкетировано и обследовано 84 пациента, страдающих atopическим дерматитом. У каждого пациента исследован индивидуальный профиль IgE-зависимой сенсибилизации. Выполнен расчет индексов тяжести atopического дерматита SCORAD. Проведено определение уровня интерлейкина-4 в сыворотке крови. Данные измерения проведены на момент обращения, а также через 3 месяца от включения в комплексную терапию atopического дерматита индивидуально подобранной диеты, основанной на результатах специфической сенсибилизации.

**Результаты.** На фоне соблюдения пациентами индивидуальной диеты зафиксировано достоверное снижение индекса SCORAD и концентрации интерлейкина-4 в сыворотке крови. Выявлены положительные коррелятивные связи данных показателей.

**Выводы.** Включение в комплекс лечения atopического дерматита индивидуально подобранной диеты, основанной на результатах специфической IgE-сенсибилизации, приводит к улучшению клинико-лабораторных показателей (индекс SCORAD и концентрации интерлейкина-4 в сыворотке крови) пациентов с пищевой аллергией, страдающих atopическим дерматитом.

**Ключевые слова:** *пищевая аллергия, atopический дерматит, сенсибилизация, индивидуальная диета, интерлейкин-4.*

---

### **Актуальность**

Атопический дерматит (АД) — хроническое аллергическое заболевание кожи у лиц с генетической предрасположенностью к atopии, характеризующееся рецидивирующим течением, возрастными особенностями клинических проявлений, первично возникающим зудом, гиперчувствительностью ко многим иммунным и не иммунным стимулам [1, 7].

Часто триггером АД выступают аллергические реакции алиментарного генеза, особенно у детей. Значение пищевой аллергии в патогенезе atopического дерматита подтверждается еще и тем, что при элиминации причинно-значимых аллергенов, наблюдается улучшение в течение заболевания [13]. Согласно международным рекомендациям определение уровня специфических IgE в сыворотке крови является

ся стандартом лабораторной диагностики аллергии. В то же время в настоящее время мнения относительно эффективности применения результатов данных тестов на практике неоднозначны, и противоречивы [12]. Интерлейкин-4 (IL-4) является одним из ключевых цитокинов, продуцируемым Т-хелперами 2 типа, играющим роль, как в процессе сенсибилизации, так и в реализации эффекторных механизмов аллергического воспаления в коже [14, 19]. Однако влияние и ассоциации вышеуказанного цитокина с тяжестью клинических проявлений заболевания практически не изучены, а результаты имеющихся исследований весьма противоречивы.

### Цель исследования

Оценить уровни интерлейкина-4 и их связь с индексом SCORAD в динамике лечения atopического дерматита с использованием индивидуально подобранной гипоаллергенной диеты.

### Материал и методы

Нами проанкетировано и обследовано 84 пациента, страдающих atopическим дерматитом. Из них 77 детей от 3-х месяцев до 13-ти лет (средний возраст 3 года) и 7 взрослых от 24-х до 66-ти лет (средний возраст 39 лет). Диагноз atopического дерматита был выставлен на основании критериев Ханифина-Райка (1980), произведен подсчет индекса тяжести atopического дерматита SCORAD [6,16]. У всех обследованных лиц проводилось определение уровня IL-4 в сыворотке крови, с помощью иммуноферментных тест-систем, разработанных на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (г. Донецк) [3].

У каждого пациента была исследована сенсибилизация к употребляемым пищевым аллергенам, а при необходимости, и к аэроаллергенам. Перечень исследуемых пищевых аллергенов для каждого пациента определялся индивидуально, и основывался на рационе питания каждого конкретного

больного АД. Лабораторное тестирование уровня специфических IgE выполнялось с помощью тест-систем для иммуноферментного анализа отечественного производства (г. Донецк), с высокой аналитической чувствительностью 0,05 – 0,1 МЕ/мл [2]. На основании связи обострений заболевания с отдельными аллергенами и результатами проведенного лабораторного обследования каждому пациенту была подобрана (в составе комплексной медикаментозной терапии) индивидуальная диета (а при необходимости и индивидуальный гипоаллергенный режим). Исходя из данных в рацион питания исследованным пациентам подбирались возможные для употребления в питании сорта яблока из числа наиболее используемых в регионе (Джонатан, Смирненко, Айдаред, Голден, Лиголь, Чемпион, Снежный кальвиль, Антоновка). Базовая терапия atopического дерматита проводилась согласно международным рекомендациям по лечению atopического дерматита и протоколов Донецкой Народной Республики [1,15]. Следует отметить, что при этом, в первую очередь, нами устанавливался перечень продуктов, которые пациент может использовать в своем рационе питания.

Повторная оценка индексов SCORAD и уровней IL-4 (у 34 пациентов) проводилась через 3 месяца от начала лечения.

Статистический анализ полученных данных был выполнен с помощью лицензионной программы «MedStat» (г. Донецк). Проведена оценка характера распределений выборок на нормальность. Учитывая отличие их от нормального во всех случаях, в расчетах были использованы методы непараметрической статистики. Выполнен расчет медианы и ошибки медианы исследованных показателей ( $M \pm m$ ), 95% доверительного интервала (95%ДИ), 25% и 75% квартилей (25%;75%). Для парных сравнений связанных выборок использован Т-критерий Вилкоксона. На основании разницы данных, полученных при первичном обращении и через 3 месяца лечения, рассчитаны показатели дельта ( $\Delta$ ) SCORAD, и  $\Delta$

Таблица 1

## Изменения показателей SCORAD больных атопическим дерматитом на фоне индивидуальной гипоаллергенной диеты и гипоаллергенного режима

Сроки наблюдения:	Количество наблюдаемых больных (N)	SCORAD (баллы)		
		M±m	95% ДИ	25%; 75%
первое обращение	84	25,4±2,1	22,7; 28,3	15,2; 34,7
через 3 месяца	84	3,5±1,1*	0,0; 3,7	0; 8,1

Примечания:

\* - уровень значимости  $p < 0,001$ , по сравнению с первичными данными.

Таблица 2

## Концентрации интерлейкина-4 у больных атопическим дерматитом на фоне индивидуально подобранной гипоаллергенной диеты и при необходимости и гипоаллергенного режима

Сроки наблюдения:	Количество наблюдаемых больных (N)	Интерлейкин-4 (пг/мл)		
		M±m	95% ДИ	25%; 75%
первое обращение	34	27,6±2,0	25,1; 31,2	24,3; 32,4
через 3 месяца	34	23,6±1,9*	21,9; 26,7	20,1; 27,9

Примечания:

\* - уровень значимости  $p < 0,001$ , по сравнению с первичными данными.

IL-4. Рассчитаны коэффициенты ранговой корреляции Кендалла (Tau) попарно для показателей SCORAD при первичном обращении, SCORAD через 3 месяца наблюдений,  $\Delta$  SCORAD, IL-4 при первичном обращении, IL-4 через 3 месяца наблюдений,  $\Delta$  IL-4.

### Результаты и обсуждение

В динамике наблюдения 84 больных с пищевой аллергией, страдающих АД, было установлено резкое снижение ( $p < 0,001$ ) степени тяжести дерматита на фоне включения в комплексное лечение индивидуальной диетотерапии (табл. 1). Исследование концентрации IL-4 в динамике лечения больных атопическим дерматитом с использованием индивидуально подобранной диетотерапии также показало, что уже через 3 месяца проводимого лечения уровень интерлейкина-4 в сыворотке крови больных достоверно ( $p < 0,001$ ) снизился (табл. 2).

Следует указать, что исследование корреляции тяжести течения атопического дерматита в динамике лечения (табл. 3) показало у наблюдаемых пациентов, страдающих вышеуказанным заболеванием, что индексы SCORAD до лечения коррелируют существенно ( $p < 0,01$ ) с аналогичными показателями больных через 3 месяца наблюдения (Tau=0,432). Следует отметить также выраженную положительную корреляцию изменений индекса SCORAD ( $\Delta$  SCORAD) с исходными показателями тяжести течения атопического дерматита ( $p < 0,01$ ). Необходимо указать также на то, что изменение уровня интерлейкина-4 ( $\Delta$  IL-4) и уровень его на 3-м месяце лечения также коррелировали с уровнем цитокина при первичном осмотре ( $p = 0,04-0,01$ ).

Очень важно отметить, что интенсивность снижения тяжести дерматита ( $\Delta$  SCORAD) существенно коррелировала с



Корреляционные зависимости и достоверность их при сравнении индекса SCORAD с уровнем интерлейкина-4

Исследованные Показатели	Сроки обследования	Корреляция и степень достоверности индекса SCORAD и уровня IL-4					
		Индекс SCORAD:			Концентрация IL -4		
		До лечения	Через 3 месяца	Δ SCORAD	До лечения	Через 3 месяца	Δ IL -4
Индекс SCORAD	До лечения	-	0,432	0,683	-	-	-
	Через 3 месяца	< 0, 01	-	-	-	-	-
	Δ SCORAD	< 0, 01	-	-	-	-	0,415
Уровень IL-4	До лечения	-	-	-	-	0,753	0,24
	Через 3 месяца	-	-	-	< 0, 01	-	-
	Δ IL-4	-	-	< 0, 01	p=0,04	-	-

динамикой снижения концентрации IL-4 (Δ IL-4) в сыворотке крови обследованных лиц через 3 месяца лечения. Полученные нами данные согласуются в принципе с результатами ряда авторов, которые показывают снижение уровня интерлейкина-4 или IL-4 экспрессирующих клеток в динамике различных методов лечения в том числе и диеты [4,10,18]. Следует отметить данные K.V. Barros et al. (2017), показавших что изначально повышенные уровни IL-4 в сыворотке крови детей с аллергией к коровьему молоку существенно снижались в процессе элиминационной диеты [4]. Вместе с тем в литературе имеются и результаты, которые показывают отсутствие изменения концентрации данного цитокина после лечения аллергической патологии и отсутствие корреляции его с тяжестью течения атопического дерматита [9]. J. Bogaczewicz et al. (2016) в своей работе [5] не отмечают корреляции mRNA IL-4 со степенью тяжести атопического дерматита, как до, так и после проведения терапии ультрафиолетовыми лучами. Не отмечено также связей между тяжестью течения АД и продукцией мононуклеарами периферической крови интерлейкина-4 и в другом исследовании [8]. Однако в работе M. Tang et al., (1993) показано, что у детей

имеющих высокий уровень общего IgE, индуцированный фитогемагглютинином, уровень IL-4 значительно выше контрольных показателей, когда синтез его при легких проявлениях атопии не отличается существенно от контроля [17]. В другой работе отмечена существенная корреляция индуцированного моноклональными антителами против CD3 синтеза IL-4 и степени тяжести течения атопического дерматита [11].

Исходя из всего вышеизложенного, несмотря на достаточную противоречивость литературных данных, полученные нами результаты свидетельствуют в пользу наличия связей интерлейкина-4 с динамикой течения АД в процессе его лечения.

### Выводы

1. Зафиксировано достоверное снижение ( $p < 0,001$ ) индекса SCORAD через 3 месяца лечения на фоне включения в комплексную терапию атопического дерматита индивидуальной гипоаллергенной диеты, основанной на исследовании профиля IgE-зависимой сенсibilизации.
2. При использовании в комплексном лечении атопического дерматита индивидуально подобранной гипоаллер-

генной диеты установлено достоверное снижение ( $p < 0,001$ ) концентрации интерлейкина-4 в сыворотке крови через 3 месяца лечения.

3. Установлены корреляционные связи между изменениями ( $\Delta$ ) SCORAD и IL-4 в динамике наблюдения за пациентами ( $p < 0,01$ ), а также существенные корреляции первичных значений данных показателей с их уровнями на

3-м месяце лечения и их изменениями ( $\Delta$ ) за данный промежуток времени.

4. Доказана целесообразность и эффективность включения в комплекс лечения атопического дерматита индивидуально подобранной гипоаллергенной диеты, а при необходимости индивидуального гипоаллергенного режима исходя из результатов специфической IgE-сенсibilизации.

## Список литературы

1. Об утверждении унифицированных клинических протоколов ведения больных «Атопический дерматит», «Дерматомикозы», «Опоясывающий герпес», «Акне», «Токсикодермия», «Пиодермия», «Аллергический контактный дерматит», «Простой раздражительный контактный дерматит»/- приказ Министерства здравоохранения ДНР от 28 декабря 2016г. № 1554. – (<http://mzdnr.ru/doc/prikaz-ob-utverzhdanii-unificirovannyh-klinicheskikh-protokolov-vedeniya-boльныx-«Атопический-дерматит»,-«Дерматомикозы»,-«Опоясывающий-герпес»,-«Акне»,-«Токсикодермия»,-«Пиодермия»,-«Аллергический-контактный-дерматит»,-«Простой-раздражительный-контактный-дерматит»/-приказ-Министерства-здравоохранения-ДНР-от-28-декабря-2016г.-№-1554.->)
2. Прилуцкий, А. С. Оценка аналитической чувствительности, вариабельности и сравнительный анализ ИФА тест-систем для определения специфического IgE [Текст] / А. С. Прилуцкий, Д. А. Лесниченко, Л. В. Кузнецова [и соавт.] // Имунологія та алергологія: наука і практика. — 2014. — № 1.-С.70-74.
3. Прилуцкий, А.С. Уровни интерлейкина-4 у детей в возрасте до года и старше [Текст] / А.С. Прилуцкий, Д.А. Лесниченко, И.А. Прилуцкая // Лабораторна діагностика. — 2015. — Т.2. — С.6-10.
4. Barros, K. V. Evidence for Involvement of IL-9 and IL-22 in Cows' Milk Allergy in Infants [Text] / K. V. Barros, V. L. Flor Silveira, M. S. Laranjeira [et al.] // *Nutrients*. — 2017. — V.9. — P.10.
5. Bogaczewicz, J. Medium-dose ultraviolet A1 phototherapy and mRNA expression of TSLP, TARC, IL-5, and IL-13 in acute skin lesions in atopic dermatitis [Text] / J. Bogaczewicz, K. Malinowska, A. Sysa-Jedrzejowska [et al.] // *Int. J. Dermatol.* — 2016. — V.55. — P.856-863.
6. Chopra, R. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis [Text] / R. Chopra, P. Vakharia, R. Sacotte [et al.] // *Br. J. Dermatol.* — 2017. — V.177(5). — P.1316-1321.
7. David, B. W. Atopic Dermatitis: Pathophysiology [Text] / B.W.David, J. A. Tarbox, M .B. Tarbox // *Adv. Exp. Med. Biol.* — 2017. — V.1027. — P. 21-37.
8. Furue, M. Responsiveness to interleukin 4 and interleukin 2 of peripheral blood mononuclear cells in atopic dermatitis [Text] / M. Furue, M. Ohtsuki, F. Ogata, Y. Ishibashi // *J. Invest. Dermatol.* — 1991. — V.96. — P.468-72.
9. Furue, M. Soluble E-selectin and eosinophil cationic protein are distinct serum markers that differentially represent clinical features of atopic dermatitis [Text] / M. Furue, T. Koga, N. Yamashita // *Br. J. Dermatol.* — 1999. — V.140. — P.67-72.
10. Han, Y. A randomized trial of *Lactobacillus plantarum* CJLP133 for the treatment of atopic dermatitis [Text] / Y. Han, B. Kim, J. Ban [et al.] // *Pediatr. Allergy Immunol.* — 2012. — V.23. — P. 667-73.
11. Kawaguchi, H. An analysis of type 2 helper T cells in patients with atopic dermatitis [Text] / H. Kawaguchi, Y. Nishimura, N. Ishii [et al.] // *Arerugi.* — 1997. — V.46. — P.1258-1264.
12. Liska, M. Clinical Relevance of Various Hypersensitivity Tests in Patients with Atopic

- Dermatitis as Assessed by Their History, SCORAD Changes, and Number of Days with Need of Anti-Inflammatory Treatment [Text] / M. Liska, V. Gutova, P.Panzner [et al.] // Pediatr. Allergy Immunol. Pulmonol. – 2015. – V.28. – P.87-91.*
13. Mohajeri, S. Review of evidence for dietary influences on atopic dermatitis [Text] / S. Mohajeri, S. A. Newman // *Skin Therapy Lett.* – 2014. – V.19. – P.5-7.
14. Park, J. H. Characteristics of extrinsic vs. intrinsic atopic dermatitis in infancy: correlations with laboratory variables [Text] / J. H. Park, Y. L. Choi, J. H. Namkung [et al.] // *Br. J. Dermatol.* – 2006. – V.155. – P.778-783.
15. Silverberg, J. Atopic dermatitis treatment: Current state of the art and emerging therapies [Text] / J. Silverberg // *Allergy Asthma Proc.* – 2017. – V.38,(4.) – P. 243-249.
16. Stalder, J.F. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis [Text] / J. F. Stalder, A. Taieb // *Dermatology.* – 1993. – V.186. – P. 23-31.
17. Tang, M. IL-4 and interferon-gamma production in children with atopic disease [Text] / M. Tang, A. Kemp, G. Varigos [et al.] // *Clin. Exp. Immunol.* – 1993. – V.92. – P.120-124.
18. Tobita, K. Anti-allergic effects of *Lactobacillus crispatus* KT-11 strain on ovalbumin-sensitized BALB/c mice [Text] / K. Tobita, H. Yanaka, H. Otani // *Anim. Sci. J.* – 2010. – V.81. – P.699-705.
19. Vakirlis, E. Investigation of cytokine levels and their association with SCORAD index in adults with acute atopic dermatitis [Text] / E. Vakirlis, E. Lazaridou, T. G. Tzellos [et al.] // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2011. – V.25. – P.409-416.

*Prylutskyi O.S., Tkachenko K.Y., Danilenko D.V.*

## INTERLEUKIN-4 LEVELS ASSESSMENT AND THEIR RELATION TO SCORAD INDEX IN THE DYNAMICS OF THE ATOPIC DERMATITIS TREATMENT

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

### **Summary**

**The aim** is to assess the interleukin-4 levels and their relation to SCORAD index in the dynamics of the atopic dermatitis treatment using an individually selected hypoallergenic diet.

**Material and methods.** We interviewed and examined 84 patients suffering from atopic dermatitis. An individual IgE-dependent sensitization profile was studied in each patient. The atopic dermatitis severity indices SCORAD were calculated. The determination of the interleukin-4 level in the serum was performed. These measurements were carried at the primary appointment, as well as after 3 months from the inclusion in the complex therapy of atopic dermatitis an individually selected diet based on the results of specific sensitization.

**Results and discussion.** Against the background of patient compliance with an individual diet, a significant decrease in the SCORAD index and the concentration of interleukin-4 in serum was recorded. The positive correlative correlations of these indicators were also revealed.

**Findings.** The inclusion of an individually selected diet based on the results of specific IgE-sensitization in the complex treatment of atopic dermatitis leads to an improvement in both clinical and laboratory parameters (the SCORAD index and the interleukin-4 serum concentration) in patients with food allergy suffering from atopic dermatitis.

**Key words:** *food allergy, atopic dermatitis, sensitization, individual diet, interleukin-4.*

Милус И.Е.

## ЭРБИЕВЫЙ ЛАЗЕР И ЕГО ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

*Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР*

### **Резюме**

В статье приведены основные принципы работы эрбиевого лазера, его технологические отличия и преимущества от СО<sub>2</sub>-лазера. Показаны его возможности в лечении дерматовенерологической патологии и коррекции эстетических проблем.

**Ключевые слова:** эрбиевый лазер, СО<sub>2</sub>-лазер, лазерная шлифовка кожи.

---

Слово ЛАЗЕР (LAZER) – это аббревиатура, составленная из начальных букв английской фразы «Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation», что в переводе означает «усиление света в результате вынужденного излучения», раскрывая принцип его работы [2].

Лучи лазера, обладая уникальными свойствами (когерентностью, поляризованностью, монохроматичностью), оказались эффективнее естественного света, как в лечебном плане, так и для, эстетических целей [2, 3].

Технологии лазерного воздействия находят все более широкое применение в ежедневной практике [2,3]. Лазерная шлифовка кожи (ЛШК) – это современный метод устранения поверхностных дефектов кожи, таких, как рубцы, татуировки, кератозы, ксантелазмы, пигментации и др. [2,3].

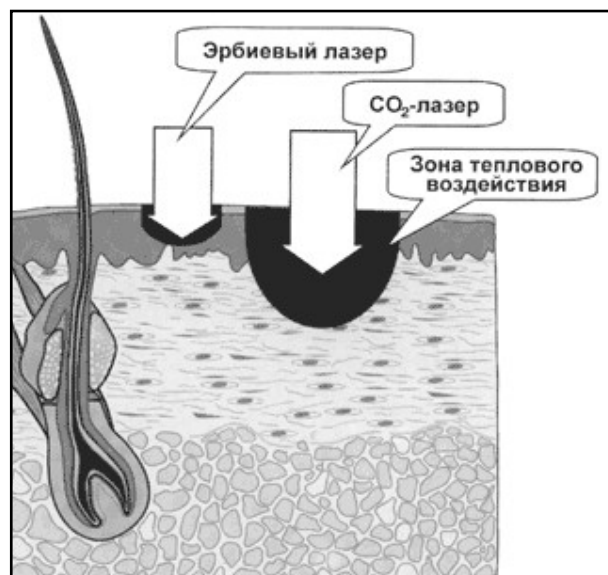
Так как кожа на 77% состоит из воды, для ЛШК выбирают те лазеры, излучение которых хорошо поглощается водой и, следовательно, кожей. Энергия и продолжительность лазерных импульсов подбираются таким образом, чтобы излучение полностью поглощалось в верхнем слое кожи. В области поглощения происходит быстрый подъем температуры до нескольких сотен градусов, в результате чего ткань почти мгновенно испаряется. Скорость испарения (вапоризации) настолько высока,

что нагретый слой превращается в пар, не успевая отдать тепло в более глубокие слои кожи. В последнее время все большую популярность приобретает ЛШК обширных участков кожи с целью ее омоложения. Для данной процедуры в клинической практике используются СО<sub>2</sub>-лазеры и эрбиевые ИАГ-лазеры (твердотельный лазер на иттриево-алюмо-гранатовом кристалле с ионами эрбия) [8,12].

Впервые о положительных результатах ЛШК СО<sub>2</sub>-лазером сообщил в 1996 г. Fitzpatrick с соавт. [11,12].

СО<sub>2</sub>-лазер с длиной волны 1060 нм при ЛШК удаляет слой кожи 20 мкм (практически на всю глубину эпидермиса), при этом зона теплового повреждения распространяется в дерму на 150 мкм и более, вызывая коагуляцию коллагена. Это приводит как к желаемому эффекту (сокращение денатурированных коллагеновых волокон, разглаживание кожи), так и к побочным проявлениям. Замедленная реэпителизация, длительная эритема, диспигментация – основные проблемы, носящие временный характер. Наряду с этим возможны и более серьезные осложнения, такие, как гипер- и атрофические рубцы, а также гипопигментация кожи [10,11,12].

Эрбиевый лазер с длиной волны 2940 нм, проникает на меньшую глубину (поряд-



**Рисунок 1.** Зона воздействия различных лазеров.

ка 1 мкм), вызывая быструю vaporизацию тонкого слоя практически без термического повреждения окружающих тканей, поэтому его иногда называют "холодным" лазером (рис. 1) [3,4,8,9].

Дискутабельным остается вопрос, какой лазер предпочтительней для ЛШК. Есть мнение, что термическое повреждение волокон коллагена при ЛШК СО<sub>2</sub>-лазером дает больший омолаживающий эффект, чем "холодная" шлифовка эрбиевым лазером. С другой стороны, предпочтение эрбиевого лазера как более безопасного связано при ЛШК, с быстрой эпителизацией и меньшим процентом осложнений, что особенно важно в условиях частных клиник [1,2,7,8,9].

Спектр применения эрбиевого лазера в дерматовенерологии и медицинской косметологии охватывает как устранение мелких дефектов кожи (ВПЧ – индуцированные пролиферации кож: кератомы, папилломф, бородавки, гипертрофические рубцы, ксантелазмы), так и коррекция процессов, имеющих значительное распространение по площади. К ним мы относим хроно и фото, постакне, стрии, наличие интрадермального пигмента (татуировки), мелазма [1,2,7,8,12].

Общепринято разделять лазерные технологии на два вида: абляционные и не-

абляционные [3, 11]. Под лазерной абляцией понимают ликвидацию участка живой ткани под непосредственным воздействием лазерного излучения. Механизм и параметры абляции определяются свойствами ткани, характеристиками излучения (длиной волны, непрерывным или импульсным режимом облучения, мощностью лазера, энергией в импульсе, суммарной поглощенной энергией и т.д.) и коэффициентом поглощения данного вида излучения в конкретном виде ткани или в ее отдельных составляющих [3,4,5,6]. Для абляционных методик используются СО<sub>2</sub>- ( $\lambda = 10\ 600\ \text{нм}$ ) и эрбиевые лазеры ( $\lambda = 2940\ \text{нм}$ ). Поскольку излучение с такими длинами волн очень хорошо поглощается водой, то оно взаимодействует даже с тем небольшим количеством воды (10–15%), которое содержится в эпидермисе [3,4,5,6].

Многочисленные исследования доказывают, что использование абляционных технологий СО<sub>2</sub>-лазером для омоложения кожи и удаления рубцов, возрастной дисхромии, признаков выраженного фотостарения дает хорошие и прогнозируемые результаты [12,13]. Однако высок риск побочных эффектов обусловленных длительным временем реабилитации (эритема может сохраняться до 4,5–9,0 мес), вероятность инфекций различного генеза, временных и постоянных дисхромий, формирование рубцов. Особенно проблематичной может стать гипопигментация, поскольку она может проявиться через 1 год после лечения и стать необратимой [12,13]. Это требует снижения длительности или количества проводимых процедур, что, в свою очередь, приводит к недостаточным клиническим и эстетическим результатам [12, 13].

Абляционные технологии эрбиевым лазером стали альтернативой углекислотному лазеру. Они способствуют более быстрому заживлению, однако, из-за меньшей глубины оптического проникновения и, соответственно, меньшей зоны абляции и коагуляции, по сравнению с СО<sub>2</sub>-лазером, имеют меньшую глубину воздействия [3,4,5,7].

Отмечено, что глубина коагуляции при лазерном воздействии определяется плотностью энергии и длительностью импульса [6].

Неабляционные лазеры используют как альтернативу абляционным для ЛШК при поверхностных морщинах и атрофических рубцов. При их применении термические повреждения в коже происходят без ее механического разрушения. Заживление после неабляционного воздействия требует меньше времени, но обработка оказывается менее эффективной даже в случае прохождения нескольких сеансов лечения [9,10,11]. Длина волны эрбиевых лазеров, используемых для неабляционных методик, колеблется от 1400 до 1550 нм. За счет того, что такое излучение меньше поглощается водой, оно может проникать глубже и поглощаться в дерме. При этом возможно поверхностное охлаждение эпидермиса, что минимизирует риск его повреждения и связанных с этим последующих осложнений [11,12].

Потребность в разработке как можно менее инвазивного лазерного лечения с минимальными побочными эффектами и высокой эффективностью для задач косметологии существовала много лет. В 2004 г. D. Manstein с соавт. [11] разработали новую технологию омоложения и лечения кожи, названную фракционным лазерным фототермолизом (ФЛФ). Она заключается в создании несообщающихся микротермических зон (МТЗ) повреждения определенных размеров, окруженных зонами неповрежденной ткани. Путем сохранения таких зон неповрежденной ткани целостность эпидермиса восстанавливается за счет его быстрой реэпителизации. Это резко сокращает время заживления [11,12]. Были представлены результаты фракционного воздействия на кожу предплечья и морщин вокруг глаз прототипа устройства для ФЛФ с длиной волны 1500 нм. Через 3 мес после обработки у 34% пациентов было отмечено значительное уменьшение или разглаживание морщин, а у 47% пациентов — умеренное улучшение текстуры кожи предплечья. При этом глубина образующихся МТЗ составила 300–400

мкм, их диаметр — 100 мкм, а расстояние между ними — 250 мкм и более [11,12,13]. Стоит отметить, что глубина и диаметр МТЗ определяются энергией лазерного луча и могут быть скорректированы в зависимости от клинических целей [8]. Научная концепция, лежащая в основе ФЛФ, заключается в применении микроскопических пучков точечного, сильно сфокусированного света, которые вызывают малые фокальные зоны повреждения в ткани [11]. Однако не совсем ясны биологические механизмы, приводящие к полному восстановлению ткани без рубцевания и практически без побочных эффектов [11]. Предполагают, что контролируемый температурный стресс эпидермиса и дермы при лазерном повреждении стимулирует регенерацию и репарацию кожи, активируя реэпителизацию и ремоделирование коллагена [3]. Считается, что именно неоколлагенез является причиной длительного улучшения, заключающегося в увеличении плотности кожи и разглаживании морщин.

Нагревание кожи при лазерном облучении приводит к денатурации коллагена, т.е. к разрушению водородных связей в третичной спиральной структуре коллагеновых волокон, и последующему формированию случайной спирали. Как только в достаточном количестве коллагеновых волокон произойдет денатурация, кожа немедленно стягивается [11,12]. Известно, что при нагревании ткани происходит активация белков теплового шока (HSP). Это, по всей видимости, является одним из первичных базовых изменений, происходящих на молекулярном уровне, помимо изменений регуляции других молекул, таких как трансформирующий фактор роста  $\beta$  (TGF- $\beta$ ), матричные металлопротеиназы, гиалуронатсинтетаза, гиалуронидазы и гиалуроновая кислота [11,12,13,14]. Белки HSP — это стрессовые белки, которые активируются во всех типах клеток, подвергшихся тепловому или другим видам физического и химического воздействия. Они усиливают способность клеток бороться с накоплением поврежден-

ных (неправильно свернутых) белков, одновременно с этим облегчая их рефолдинг (повторное сворачивание полипептидной цепи в нормальную пространственную структуру) или участвуя в синтезе новых белков с целью замещения поврежденных. Таким образом, белки HSP вовлечены в фундаментальные процессы клеточной репарации и в процесс заживления ран [12,13]. Показано, что лазерное воздействие усиливает экспрессию белка HSP70 в эпидермисе вокруг МТЗ повреждения (через 2–48 ч после процедуры) и в структурах дермы, в частности вокруг кровеносных сосудов, волосяных фолликулов и сальных желез [13]. Интересно отметить, что при неабляционном фракционном лечении эрбиевым лазером максимальный уровень экспрессии данного белка был ниже и достигался позже по сравнению с абляционным CO<sub>2</sub>-лазером [13,14]. Известно, что в грануляционной ткани заживающей раны преобладает коллаген III типа [13]. По мере заживления накапливается более жесткий коллаген I типа, в то время как количество коллагена III типа снижается [14]. Выявлено, что экспрессия белка HSP47, который главным образом участвует в процессе синтеза и транспорта про- $\alpha$ 1(I)- и про- $\alpha$ 2(I)-цепей проколлагена I, усиливается к 4–7-му дню после лазерного лечения и остается постоянной в течение 3 мес, способствуя тем самым усиленному накоплению проколлагена и коллагена I и III типов [11,12,13]. В работе D. Helbig с соавт. [8,9] показано, что к 14-му дню наблюдается частичное или полное (в зависимости от уровня приложенной энергии) заполнение МТЗ вновь синтезированным конденсированным проколлагеном III [13,14].

Внедрение фракционных абляционных методов лечения позволило сократить время реабилитации и число побочных эффектов, по сравнению с традиционной абляционной ЛШК при сохранении высокой эффективности процедуры. В 2007 г. В.М. Hantash с соавт. [12] описали первый опыт применения абляционного фракционного фотоомоложения с использованием

устройства на основе CO<sub>2</sub>-лазера, которое создает сетку из МТЗ повреждения настраиваемой плотности и глубины. При этом абляция и коагуляция дермы и эпидермиса, включая роговой слой, происходят только в пределах МТЗ. В работе показано, что устойчивое ремоделирование коллагена происходит в течение 3 мес после лечения [12]. При неабляционном ФЛФ для данного процесса достаточно 30 дней. В ходе оценки клинической эффективности абляционной фракционной обработки CO<sub>2</sub>-лазером ( $\lambda=10\ 600$  нм) и Er:YAG-лазером ( $\lambda=2940$  нм) установлено, что такой режим способствует улучшению состояния кожи, в частности, уменьшению морщин умеренной и тяжелой степени вырженности, дисхромии, что сравнимо с ранее достигнутыми результатами при традиционной абляционной ЛШК [10]. Так, в работе S. Karsai с соавт. [8] показано уменьшение глубины морщин на 20% после однократной фракционной обработки как CO<sub>2</sub>-, так и Er:YAG-лазером. Кроме того, установлено статистически значимое уменьшение степени выраженности морщин, которое наступает через 3 мес после абляционной фракционной обработки эрбиевым лазером с длиной волны как 2790 нм, так и 2940 нм [11,12].

Абляционный ФЛФ широко применяется для удаления рубцов различного происхождения, обработка CO<sub>2</sub>-лазером является «золотым стандартом» для таких задач [13]. В работе [13] представлены результаты пилотного исследования по использованию CO<sub>2</sub>-лазера для фракционной обработки рубцов постакне у пациентов с разным типом кожи. У 87% пациентов выявлено значительное устойчивое улучшение внешнего вида рубцов через 3 мес. При этом не отмечено ни краткосрочных, ни долгосрочных осложнений, обусловленных гиперпигментацией. Авторы [13] показали, что процедура абляционного ФЛФ CO<sub>2</sub>-лазером значительно улучшает состояние рубцов разной степени давности и выраженности. Улучшения в структуре рубцов произошли у 26–50% пациентов, а общее улучшение со-

стояния кожи — у всех пациентов. При этом никаких нежелательных эффектов, в том числе гипо- и гиперпигментации, не наблюдались. В работе [13] представлены результаты долгосрочного наблюдения состояния рубцов постакне после абляционного ФЛФ. Через 12 мес. после обработки визуально у 12,9% пациентов наблюдалось значительное улучшение состояния рубцов, в то время как у 38,7% — лишь умеренное. При этом клинический эффект через 12 мес, как правило, был лучше, чем через 3 мес, однако статистически значимых различий не выявлено. Показана эффективность использования абляционного ФЛФ для лечения такого состояния, как ринофима. Установлено, что через 3 мес. клиническое улучшение составило 68,9%, за этот период не отмечено рубцевания, инфекции или пигментных изменений. Доказано, что традиционная ЛШК приводит к длительному восстановительному периоду после процедуры и развитию более значительных побочных эффектов, по сравнению с абляционным ФЛФ [12,13]. К нежелательным эффектам абляционного ФЛФ можно отнести более сильный дискомфорт во время процедуры и непосредственно после нее по сравнению с неабляционным ФЛФ. Дискомфорт в первые дни после процедуры более выражен при обработке Er:YAG-лазером, в дальнейшем больше нежелательных последствий отмечено при использовании CO<sub>2</sub>-лазера [9,13]. При использовании обоих типов лазеров у всех пациентов наблюдали эритему и отек в течение

как минимум первых двух недель после лечения [11,12,13]. Хотя многие исследования показали преимущества неабляционного ФЛФ, заключающиеся в минимальном развитии побочных эффектов и меньшем времени заживления [8,9,11,14], следует учитывать, что данная технология оказывается менее эффективной, чем абляционная лазерная шлифовка CO<sub>2</sub>- и Er:YAG-лазерами, даже в случае прохождения нескольких сеансов лечения. Внедрение абляционной фракционной лазерной обработки привело к уменьшению времени восстановления после процедуры (по сравнению с классической обработкой), а также снижению риска возникновения дополнительных рубцов и пигментных нарушений. Абляционный ФЛФ показал большой потенциал при лечении рубцов различного происхождения и глубоких морщин [11,12,14].

Таким образом, можно сделать вывод, что фракционный лазерный фототермолиз представляет собой одно из самых важных открытий в области лазерных технологий за последние два десятилетия. Благодаря созданию при лазерном воздействии микроскопических зон термического повреждения, такой метод лечения поражения кожи приводит к безопасному и быстрому заживлению и полному ее восстановлению. Использование данной технологии для лечения различных кожных заболеваний и эстетических дефектов, патологии слизистых оболочек служит стимулом для дальнейшего развития метода.

## Список литературы

1. Беликов, А.В. Теоретические и экспериментальные основы лазерной абляции биоматериалов [Текст] / А.В. Беликов, А.Е. Пушкарева, А.В. Скрипник. – СПб.: СПбГУ ИТМО, 2011. – 120 с.
2. Гейниц, А.В. Лазерная терапия в косметологии и дерматовенерологии [Текст]: руководство / А.В. Гейниц. – М.: Тверь, издательство «Триада», 2010. – 400 с.
3. Карабут, М.М. Фракционный лазерный фототермолиз в лечение кожных дефектов: возможность и эффективность (Обзор) [Текст] / М.М. Карабут, Н.Д. Гладкова, Ф.И. Фельдштейн // СМТ.- 2016. – Т. 8, № 2. – С. 21 -27.
4. Ковалькова, Е. Эрбиевый лазер как инструмент косметической хирургии. [Текст] /



- Е.Ковалькова // «Косметика&медицина». – 2000. №2. –С. 28 – 32.
5. Круглова, Л.С. Обзор современных методов коррекции рубцов постакне. [Текст] / Л.С. Круглова, П.А. Колчева. Н.Б. Коржанкина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018 – V. 25, № 4 – С. 155-163.
6. Применение фракционного лазерного фототермолиза в клинической практике [Текст] / М.М. Карабут [и др.] // Современные технологии в медицине.– 2010. – С. 115–121.
7. Berlin, A.L. A prospective study of fractional scanned nonsequential carbon dioxide laser resurfacing: a clinical and histopathologic evaluation. [Text] / A.L. Berlin, M. Hussain [et al.] // *Dermatol Surg.* – 2009. – №35(2). – P. 222–228.
8. Helbig, D. Molecular changes during skin aging and wound healing after fractional ablative photothermolysis. [Text] / D. Helbig, U. Paasch // *Skin Res Technol.* – 2011. – № 17(1). – P. 119–129.
9. Helbig, D. Human skin explant model to study molecular changes in response to fractional photothermolysis: spatiotemporal expression of HSP70. [Text] / D. Helbig, M. Bodendorf [et al.] // *Medical Laser Application.* – 2010. – № 25. – P. 173–180.
10. Helbig, D. Nonablative skin rejuvenation devices and the role of heat shock protein 70: results of a human skin explant model. [Text] / D. Helbig, A. Moebius [et al.] // *J Biomed Opt.* – 2010. – № 15 (3).– P. 120-132.
11. Ratner, D. Cutaneous laser resurfacing. [Text] / D. Ratner, Y. Tse [et al.] // *J Am Acad Dermatol.* – 1999. – № 41. – P. 365-389.
12. Schwartz, R.J. Long-term assessment of CO2 facial laser resurfacing: aesthetic results and complications. [Text] / R.J. Schwartz, A.J. Burns [et al.] // *Plast Reconstr Surg.* – 1999. – № 103. – P.C 592–601.
13. Tierney, E.P. Review of fractional photothermolysis: treatment indications and efficacy. [Text] / E.P. Tierney, D.J. Kouba, C.W. Hanke // *Dermatol Surg.* – 2009. – № 35(10). – P. 1445–1461.

Milus I.E.

## THE ERBIUM LASER AND ITS USING PROSPECTS IN DERMATOVENEREOLOGY

*The republican clinical center of dermatovenereology of MH DPR*

### **Summary**

This article presents the fundamental principles of erbium laser work, its technological differences and advantages of CO2 laser. It shows its treatment opportunity of dermatovenereological pathology and aesthetic problems correction.

**Keywords:** *erbium laser, CO2 laser, laser skin resurfacing.*

Проценко Т.В., Проценко О.А.

## СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ХЕЙЛИ-ХЕЙЛИ

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

### Резюме

Представлен случай поздней диагностики семейной доброкачественной пузырчатки Хейли-Хейли у женщины 28 лет с семейным отягощенным анамнезом и беременностью сроком 17 недель. Первые проявления были ошибочно расценены как экзема, затем как себорейный дерматит. Обсуждаются взаимосвязь с гормональными изменениями, особенности диагностики и тактики ведения больной.

**Ключевые слова:** семейная доброкачественная пузырчатка Хейли-Хейли, ошибка диагностики.

---

Генодерматозы представляют собой достаточно разнообразную группу поражений кожи с различным типом наследования, первые проявления которых могут проявиться как в раннем детстве (ихтиозиформная эритродермия, врожденный буллезный эпидермолиз, эритрокератодермия переменная, синдром Элерса – Данлоса, синдром Папильона – Лефевра, синдром Нетертона и др.), так и в более позднем возрасте (болезнь Дарье, болезнь Хейли – Хейли, порокератоз Мибелли и др.) [1 – 5, 8].

Тщательный анализ анамнеза у таких пациентов, в том числе семейного анамнеза, наряду с клиническими и параклиническими методами, существенно повышают возможность своевременной диагностики редкого дерматоза, позволяет избежать ошибок в ведении больного.

Представляем случай семейной доброкачественной пузырчатки Хейли – Хейли у беременной женщины 28 лет с первоначальной ошибкой в диагностике и лечении.

Больная К.В., 28 лет, обратилась с жалобами на зудящие высыпания на спине, появившиеся 4 месяца назад после массажа

в косметологическом кабинете. Расценила их как «грибок», самостоятельно применяла камфорный спирт, йод, что только ухудшило состояние кожи. Обратилась к дерматологу, высыпания расценили как себорейный дерматит, по назначению врача применяла пимафукорт, целестодерм, эледел, клотримазол. Отмечала незначительное улучшение и волнообразное ухудшение с распространением процесса на большую площадь.

Из анамнеза:

– Первые высыпания появились в 19 лет в подмышечной области, что совпало с нарушениями менструального цикла. Обратилась к дерматологу, сыпь расценили как экзему, связали с новым дезодорантом и бритьем волос, назначили топические противовоспалительные и противогрибковые средства, рекомендовали не брить волосы, а состригать. Высыпания с тех пор полностью не проходили, но поскольку особенно не беспокоили, за помощью более не обращалась.

– 2 года назад (в 26 года) после сильного стресса (были сильные обстрелы, проживает в зоне боевых действий) впервые появились психогенные расстройство, в связи с чем по-

лучала лечение в психоневрологическом диспансере, и в настоящее время находится под наблюдением, получает психотропные препараты, периодически отмечает панические атаки.

– 2 года назад (в 26 лет) появился дискомфорт в полости рта, обратилась к стоматологу, где после лабораторного обследования установили кандидозный глоссит и назначили противогрибковую терапию. Состояние несколько улучшилось, однако «географический» язык с тех пор полностью не проходил.

– 4 месяца назад появившиеся в области спины высыпания связала с проведенным косметологическим массажем. По времени это совпадает со сроком зачатия (на момент обращения – беременность сроком 16 – 17 недель).

– Из семейного анамнеза: семейная доброкачественная пузырчатка Хейли – Хейли установлена у отца, брата отца, бабушки по отцовской линии и у брата бабушки по отцовской линии.

При осмотре: общее состояние больной удовлетворительное, температура 36,7 градусов, пульс 80/мин; АД 120/70 мм рт. ст.

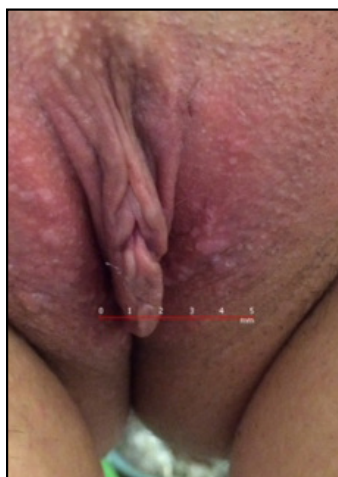
На коже верхней трети спины определяются четко ограниченные очаги с фестончатыми очертаниями, по периферии – напластование кровянистых корочек, мелкопластинчатое шелушение, в центре – на фоне эритемы веррукозные разрастания, микроэрозии, зоны регрессирующей сыпи. При дермоскопии в этой зоне – выраженный сосудистый дермоскопический признак в виде разлитой эритемы, роговые фолликулярные пробки. В подмышечных складках с обеих сторон – выраженная четко ограниченная инфильтрация с трещинами и микроэрозиями на поверхности, застойно красного, красновато-коричневого цвета. В области больших половых губ, несколько больше – справа, определяются веррукозные разрастания, с микроэрозиями и трещинами на поверхности. На слизистой оболочке языка определяются беловато-сероватые пятна, глубокие трещины, местами – ярко красные участки (рис. 1 - 4).



**Рисунок 1.**  
Типичные очаги в подмышечной области.



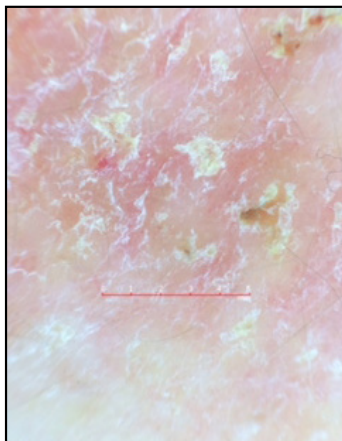
**Рисунок 2.**  
Очаги поражения в области верхней трети спины, расцененные как себорейный дерматит.



**Рисунок 3.**  
Веррукозные очаги в области больших половых губ.



**Рисунок 4.**  
Изменения языка по типу географического.



**Рисунок 5.**  
При дермоскопии  
выраженный  
сосудистый  
признак  
и роговые  
пробки.

При обследовании: в общем анализе крови и мочи, биохимическом комплексе печени – без патологии. УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы – без изменений. Согласно заключения гинеколога – беременность 16 – 17 недель. Биопсия не взята (из-за срока беременности и панической боязни пациентки всех травмирующих процедур).

На основании анамнеза, в том числе семейного, результатов клинического осмотра установлен диагноз: хроническая семейная доброкачественная пузырчатка Хейли-Хейли.

Семейная доброкачественная пузырчатка Хейли-Хейли (болезнь Хейли-Хейли) впервые была описана в 1939 г. в США двумя братьями-дерматологами. Семейный анамнез отягощен примерно у 2/3 больных. Болеют несколько чаще мужчины. Тип наследования – аутосомно-доминантный. Мутация гена происходит в локусе 3q21-q24. Предполагают, что в основе болезни Хейли – Хейли лежит распад десмосом и/или нарушения комплекса тонофиламенты-десмосомы, молекулярной основой которых является дефект кальциевых каналов кератиноцитов (calcium pump defect– SPCA1), приводящий к формированию внутриэпидермальных пузырей и щелей [8]. Именно это обуславливает обнаружение при гистологическом исследовании акантолизиса, надбазальных

пузырей и щелей (лакун); в просвет которых проникают сосочковые выросты дермы – «вилли». Акантолитические клетки, в отличие от акантолитической пузырчатки, имеют гомогенную цитоплазму, в которой из-за частично нарушенной кератинизации могут быть структуры, напоминающие «зерна Дарье», характерные для фолликулярного дискератоза Дарье [6,7].

Дебют заболевания обычно в возрасте 20-40 лет после провоцирующих факторов (у женщин – чаще гормональные изменения: беременность, роды, заболевания, сопровождающиеся нарушениями менструального цикла; повреждения или раздражения кожи, в том числе после косметологических процедур и др.; у мужчин – после травмы, стресса, инфекционных или паразитарных заболеваний и др.) [1, 2, 4, 5].

Особенностью данного клинического случая явилось то, что прослеживается отчетливая наследственность (по мужской линии), заболевание четко связано с гормональными изменениями (дебют – с нарушением менструального цикла, выраженное обострение совпало с беременностью и, возможно, было спровоцировано механическим повреждением кожи при массаже), сопровождалось психогенными расстройствами. Поражение языка при болезни Хейли – Хейли является довольно редким, есть немногочисленные описания в литературе [3]. Ошибка в диагностике дерматоза, вероятно, была связана с недостаточно собранным семейным анамнезом (болезнь Хейли – Хейли – у трех поколений в одной семье), недооценкой динамики кожного процесса (сохраняющаяся в течение нескольких лет сыпь в подмышечной области без полного регресса), недостаточной квалификацией врача в плане дифференциальной диагностики воспалительных, аутоиммунных и генодерматозов.

## Список литературы

1. Вольф, К. Дерматовенерология Фицпатрика в клинической практике [Текст] / К. Вольф. – М.: БИНОМ, 2012. – 988 с.
2. Дерматология 2010 [Текст] / [под ред. А. А. Кубановой]. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
3. Пашков, Б.М. Поражения слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических болезнях [Текст] / Б. М. Пашков. – М.: Медгиз, 1963. – С.86 - 87.
4. Практическая дерматология [Текст]: учебное пособие / Л. А. Болотная [и др.]. – Харьков: С. А. М., 2015. – 278 с.
5. Сан, Э. Е. Дерматология [Текст] / Э. Е. Сан. – М.: БИНОМ - СПб.: Невский диалект, 2001. – 272 с.
6. Цветкова, Г. М. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи [Текст] / Г. М. Цветкова, В. Н. Мордовцев. – М.: Медицина, 1986. – с. 158 – 160.
7. Lever, W. F. Histopathology of the Skin [Text] / W. F. Lever, G. Schaumburg – Lever. – 6th Edition. – Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1975. – P. 72 - 77.
8. Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text] / S. Burge, R. Matin, D. Wallis. – Second Edition – Oxford University PRESS, 2016. – P. 619 - 629.

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

## THE CASE OF HAILEY – HAILEY DISEASES

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

### **Summary**

The case of Hailey – Hailey diseases in a 28 year old pregnancy woman with a family history is presented. The first manifestations of exanthema were mistakenly regarded as an eczema, than seborreic dermatitis. The features of the diagnosis and management of the patient are discussed.

**Key words:** *Hailey – Hailey diseases, diagnostic error.*

Провизион Л.Н.<sup>1</sup>, Провизион А.Н.<sup>2</sup>

## СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У БОЛЬНОЙ С АТОПИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

<sup>1</sup> Государственное учреждение Луганской Народной Республики  
«Луганский государственный медицинский университет  
имени Святителя Луки»

<sup>2</sup> Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

### Резюме

Герпетическая экзема, как правило, развивается у больных, страдающих хроническими дерматозами особенно часто атопическим дерматитом, особенно у детей, и диффузным нейродермитом у взрослых после контакта с больными имеющими проявления герпетической инфекции. Автором описано развитие экземы Капоши у больной длительно страдающей атопическим дерматитом после контакта с мужем с проявлениями герпеса.

**Ключевые слова:** герпетическая экзема Капоши, вирус простого герпеса, экзема, атопический дерматит, нейродермит.

---

Герпетическая экзема (ГЭ), или экзема Капоши (вариолиформный пустулез Капоши–Юлиусберга, герпетиформная экзема Капоши, синдром Капоши, острый оспеновидный пустулез Юлиусберга) – является диссеминированной герпесвирусной инфекцией, преимущественно ВПГ-1, осложняющей течение хронических дерматозов, развивающейся на фоне нарушений иммунитета пациента.

Обычно инфицирование происходит после контакта с лицами, которые имеют герпес губ, или же опоясывающий лишай и ветрянную оспу.

В некоторых случаях данное заболевание может развиваться молниеносно, с выраженной интоксикацией и приводить к тяжелым осложнениям: герпетическому кератиту, поражению внутренних органов [1]. До внедрения в лечебную практику противовирусных препаратов летальность при ГЭ среди детей достигала уровня 75% в настоящее время, при применении адекватной

противовирусной терапии она не превышает уровня 9% [2, 3].

Исходя из данных анализа публикаций мировой литературы ГЭ может развиваться на фоне следующих дерматозов: красный плоский лишай [4], врожденная ихтиозиформная эритродермия и вульгарный ихтиоз [5], листовидная пузырчатка [6], доброкачественная семейная пузырчатка Гужеро-Хейли [7], вульгарная пузырчатка [8], болезнь Дарье [9], синдром Вискотта-Олдрича [10], синдром Сезари [11], себорейный дерматит. Так же ГЭ может манифестировать у лиц, имеющих нарушения целостности эпидермального барьера на фоне избыточного и интенсивного мытья кожи с использованием агрессивных средств, на месте пересадки кожи, ожога второй степени и дерматита [12-15].

Факторами способствующими возникновению ГЭ являются структурно-функциональные нарушения эпидермального барьера кожи [1], которые способствуют бо-

лее легкому проникновению вируса в кожу и связыванию с их клеточными рецепторами.

Распад клеточных соединений способствует тому, что Нектин-1, заключенный в адгезионных контактах эпителиальных клеток, начинает выступать в качестве рецептора проникновения ВПГ [16].

Мутация в гене, кодирующим филаггрин, – ассоциированным с риском развития дерматита и другими атопическими состояниями: астмой, сенной лихорадкой, риноконъюнктивитом и продукцией высокого уровня IgE [17], что приводит к ксерозу кожных покровов, появлению микротрещин («входных ворот» для инфекции) и нарушает выработку антимикробных пептидов, увеличивается уровень сывороточного IgE, который также подавляет способность кожи контролировать вирусную репликацию.

Снижение уровня Клаудина-1 увеличивает проницаемость эпителиальных клеток для воды и других растворимых компонентов.

Показано, что в кератиноцитах больных ГЭ значительно снижена экспрессия фактора транскрипции специфического белка 1 (Sp1), относящегося к семейству SP/XKLF (специфический белок/Круппель-подобный фактор) по сравнению с пациентами с атопией, но без наличия ГЭ в анамнезе, что приводит к аномально высокой активности сериновых протеаз в кератиноцитах [20].

У пациентов с атопическим дерматитом отмечается дисбаланс основных групп эпидермальных липидов, который отражает дефицит содержания церамидов (1 и 3 субклассов), вследствие чего повышается уровень трансэпидермальной потери воды, изменяется проницаемость кожного барьера и снижается бактерицидность эпидермиса [22].

У пациентов с атопическим дерматитом отмечается значительное снижение выработки антимикробных пептидов, включающие основные белки: противовирусный кателицидин и антибактериальный бета-дефензин [23].

Наличие пиогенных очагов на коже или колонизация золотистым стафилококком может усиливать предрасположенность к вирусным инфекциям кожи [17].

Таким образом, ГЭ является распространенной вирусной инфекцией кожи, диагностированной почти исключительно у лиц с атопическим анамнезом, что связано с дефектом структурных белков кератиноцитов, дисбалансом эпидермальных липидов, а также снижением выработки факторов естественной защиты кожи.

Клинические изменения при данной патологии весьма специфичны. Сроки инкубации после контакта с больным обычным герпесом от 5 до 7 дней, при удлинении до 10 – 12 дней, при укорочении до 2 дней. Характеризуется внезапным началом, лихорадкой (повышения температуры тела до 39-40°), с токсикозом и нарушением общего состояния. На фоне отека и гиперемии кожи появляются довольно обильные, сгруппированные пузырьки, величиной от просыночного зерна до чечевицы, имеющие тенденцию к быстрому переходу в пустулы с характерным пупковидным вдавлением в центре. При слиянии пустул образуются большие с микроциклическими очертаниями бляшки. Свежие прозрачные пузырьки с пупковидным вдавлением в центре напоминают таковые при ветряной оспе. Сыпь имеет тенденцию к расположению на измененных экземе, нейродермитом, фолликулярным дискератозом, (локализованная герпетическая экзема), а также на других участках кожи свободных от высыпаний заболеваний – спутников, В процессе инволюции высыпания подсыхают, на месте регрессировавших пустул остаются гемморагические корочки. После отпадения, которых на месте высыпаний остаются розовые пятна или вторичная пигментация, в редких случаях могут оставаться поверхностные рубчики. Отмечается возможность одновременного герпетического поражения слизистой оболочки рта в виде афт, а также конъюнктивы и роговицы (светобоязнь и резкое, припухание век) [1].

Наряду с поражением кожи, наблюдается регионарный лимфаденит, у части больных развивается менингеальные явления, желудочно – кишечные расстройства, пневмонии, отиты, множественные абсцессы с септическим состоянием [1,2].

Приводим наше наблюдение. Больная 3. 27 лет, не работает. Поступила в клинику кожных и венерических болезней с жалобами на наличие высыпаний, локализуемых на коже лица, шеи, сгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов сопровождающиеся болезненностью и зудом. Считает себя больной в течении 3-4 дней, когда отметила появление гиперемии и пузырьков на коже лица и шеи, сопровождающиеся повышением температуры тела до 37,8оС и общим недомоганием. В беседе выяснено, что за несколько дней до появления высыпаний, имела бурный коитус с мужем, у которого на тот момент были проявления герпетической инфекции.

Из анамнеза установлено, что первые высыпания у больной манифестировали в 3х месячном возрасте после перевода на искусственное вскармливание. Дерматологом по месту жительства был установлен диагноз атопического дерматита. В последующем наблюдалась и лечилась у педиатра, дерматовенеролога по месту жительства, получала антигистаминные препараты, иммуномодуляторы, пробиотики, топические стероидные препараты, эмоленты с непродолжительным положительным эффектом. Кожный процесс носил рецидивирующий характер с чередованием периодов ремиссий и обострений, связанных преимущественно с погрешностью в диете и психоэмоциональными перенапряжениями до 4 обострений в год. Последнее обострение отмечалось в ноябре 2018 года, после употребления морепродуктов.

Также отмечено, что больная через мерно бдительно относится к вопросам личной гигиены, что проявляется в частом мытье рук с использованием местных антисептиков, умыванием кожи лица с целью дезинфекции и увлажнения до 4-5 раз в сутки. При этом в беседе выяснено, что больная не использует эмолиенты для увлажнения кожи вне периодов рецидива дерматоза.

Локальный статус: патологический кожный процесс носил распространенный характер. Локализовался на коже лица в области лба и щек, туловища в области шеи, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Представлен множественными везикуло-пустулами с мутным содержимым (до 5 мм в диаметре), пупкообразным западением в центре и воспалительным валиком по периферии. При слиянии данных элементов образовывались крупные с полициклическими контурами очаги на коже лба, щек и шеи, участками мокнущия и гнойно-геморрагических корочек в местах вскрывшихся элементов. Отмечалась выраженная сухость кожных покровов, на коже нижних конечностях — мелкопластинчатое шелушение. Кожные покровы локтевых сгибов, запястий, подколенных ямок, голеностопных суставов — утолщены, кожный рисунок усилен. Кожа верхних век гиперемирована с поверхностным мелко-пластинчатым шелушением. Имеются складки Денни-Моргана. Дермографизм белый стойкий. Ногтевые пластинки «лакированные».

Особенность случая - развитие экземы Капоши у больной с атопическим дерматитом, на фоне нерационального гигиенического ухода за кожей, сопровождающимся постоянной ее травматизацией, отсутствия базисной терапии дерматоза, а также наличия тесного контакта с больным герпесом на фоне имеющийся.



## Список литературы

1. Сергеев, Ю.В. Будни дерматолога [Текст] / Ю.В. Сергеев. – М.: МДВ. – 2013. – 46-47 с.
2. Wollenberg, A. *viral infections in atopic dermatitis: Pathogenic aspects and clinical management* [Text] / A Wollenberg, S Wetzell, W Burgdorf, J Haas // *J Allergy Clin Immunol.* – 2003. – №112. – P. 667-674.
3. Atherton, D.J. Marshall WC. *Eczema herpeticum* [Text] / D.J. Atherton // *Practitioner.* – 1982. – № 226. – P. 971-973.
4. *Kaposi's varicelliform eruption in a patient with pityriasis rubra pilaris (pityriasis rubra pilaris herpeticum)* [Text] / M. Cavali [et al] // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* – 2013. – № 27. – P. 12.
5. Wollenberg, A. *Predisposing factors and clinical features of eczema herpeticum: a retrospective analysis of 100 cases* [Text] / A. Wollenberg, C. Zoch, S. Wetzell // *J Am Acad Dermatol.* – 2003 – Vol. 49, №2. – P. 198-205.
6. *Kaposi's varicelliform eruption in pemphigus foliaceus* [Text] / G.M. Palleschi [et al] // *Int J Dermatol.* – 1996. – № 35. – P. 809 - 810.
7. *Hailey-Hailey disease associated with herpetic eczema-the value of the Tzanck smear test* [Text] / de Aquino Paulo Filho T [et al] // *Dermatol Pract Concept.* – 2014. – Vol. 4, №4. – P. 29-31.
8. Mackley, C.L. *What is your diagnosis? Eczema herpeticum superinfection in a patient with pemphigus vulgaris* [Text] / C.L. Mackley, J.J. Miller, Q. Photo // *Cutis.* – 2004. – Vol.73, №5. – P. 317-318.
9. *Unilateral Darier's disease complicated by Kaposi's varicelliform eruption limited to the affected skin* [Text] / Y. Fortuno [et al] // *Br J Dermatol.* – 2002. – № 146. – P. 1102 – 1103.
10. Kim, J.K. *A novel mutation of the WAS gene in a patient with Wiskott-Aldrich syndrome presenting with recalcitrant viral warts* [Text] / J.K. Kim, M.S. Yoon, J.Y. Huh // *J. Dermatol Sci.* – 2010. – Vol. 60, №2. – P.120-122.
11. *Bullous mycosis fungoides: report of a case complicated by Kaposi's varicelliform eruption* [Text] / X.L. Xu [et al] // *J Dermatol.* – 2013. – Vol. 40, №10. – P. 844-847.
12. *Kaposi's varicelliform eruption complicating irritant contact dermatitis* [Text] / G. S. Morganroth [et al] // *J Am Acad Dermatol.* – 1992 – №27. – P.1030-1031.
13. Manders, S.M. *Eczema herpeticum occurring in autografted skin* [Text] / S.M. Manders, B.V. Chetty // *J Am Acad Dermatol.* – 1991. № 24. – P.509-510.
14. Nishimura, M. *Kaposi's varicelliform eruption: development in a patient with a healing second-degree burn* [Text] / M. Nishimura, M. Maekawa, Y. Hino // *Arch Dermatol.* – 1984. – № 120. – P. 799-800.
15. Bestue, M. *Kaposi's varicelliform eruption in a patient with healing peribuccal dermabrasion* [Text] / M. Bestue, A. Cordero // *Dermatol Surg.* – 2000. – № 26. – P.939-940.
16. *Atopic dermatitis: A disease caused by innate immune defects?* [Text] / A. Benedetto [et al] // *J Invest Dermatol.* – 2009. – №129. – P. 14-30.
17. Leung, D.Y. *Why is eczema herpeticum unexpectedly rare?* [Text] / D.Y. Leung // *Antivir Res.* – 2013. – Vol.98, №2. – P. 153-157.
18. *Comparative proteomic profiling of patients with atopic dermatitis based on history of eczema herpeticum infection and Staphylococcus aureus colonization* [Text] / C.J. Broccardo [et al] // *J Allergy Clin Immunol.* – 2011. – Vol.127, №1. – P. 186-193.
19. *Filaggrin mutations that confer risk of atopic dermatitis confer greater risk for eczema herpeticum* [Text] / P.S. Gao [et al] // *J Allergy Clin Immunol.* – 2009. – Vol. 124, №3. –P. 507-513.
20. *Specificity protein 1 is pivotal in the skin's antiviral response* [Text] / L. Bin [et al] // *J Allergy Clin Immunol.* – 2011. – Vol.127, №2. – P. 430-438.
21. Bin, L. *Inhibition of transcription factor specificity protein 1 alters the gene expression profile of keratinocytes leading to upregulation of kallikrein-related peptidases and thymic stromal lymphopoietin* [Text] / L. Bin [et al] // *J Invest Dermatol.* – 2011. – №131. – P. 2213-2222.

22. *Lipid defect underlies selective skin barrier impairment of an epidermal-specific deletion of Gata-3* [Text] / De Guzman [et al] // *J Cell Biol.* – 2006. – Vol. 175, №4. – P. 661-670.
23. *Eczema herpeticum: a medical emergency* [Text] / F. Liaw [et al] // *Can Fam Physician.* – 2012. – Vol. 58, №12. – P. 1358-1361.

*Provizion L.N.<sup>1</sup>, Provizion A.N.<sup>2</sup>*

## **CASE OF DEVELOPMENT OF THE HERPETIC EKZEMA IN A PATIENT WITH ATOPIC ANAMNESIS**

*<sup>1</sup>. State institution of the Lugansk People's Republic  
«Lugansk State Medical University St. Luke»*

*<sup>2</sup>. State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

### **Summary**

Herpetic eczema usually develops in patients with chronic dermatoses, especially atopic dermatitis, especially in children, and diffuse neurodermatitis in adults after contact with patients with manifestations of herpes infection. The author describes the development of Kaposha's eczema in a patient suffering from atopic dermatitis for a long time after contacting her husband with manifestations of herpes.

**Key words:** *Kaposi's herpes eczema, herpes simplex virus, eczema, atopic dermatitis, neurodermatitis.*

УДК 616.5-003.24-007.61

Романенко К.В.<sup>1</sup>, Романенко В.Н.<sup>1</sup>, Ермилова Н.В.<sup>1</sup>,  
Сидоренко И.А.<sup>1</sup>, Бондаренко Э.В.<sup>2</sup>, Шляхова И.А.<sup>1</sup>

## К ВОПРОСУ О КОЖНОЙ ЛИМФОИДНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ

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

«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

<sup>2</sup> Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР

### Резюме

Приведено наблюдение клинического случая кожной лимфоидной гиперплазии и современные представления об этиологии, патогенезе, клинике диагностики и лечении дерматоза.

**Ключевые слова:** кожная лимфоидная гиперплазия, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

---

Приводим наблюдение распространенной кожной лимфоидной гиперплазии.

Больная С., 56 лет, домохозяйка, обратилась к врачу в начале августа 2018 г., по поводу распространенной сильно зудящей сыпи. Был установлен и лабораторно подтвержден диагноз чесотки и назначено стандартное лечение бензилбензоатом. Однако, больная, согласно ее «интернетным» знаниям чесотки, использовала 200 мл 20% суспензии бензилбензоата ежедневно в течение 4 дней. Клиническая картина чесотки разрешилась, однако, по-прежнему, беспокоил постоянный зуд кожи. Повторное исследование соскобов из 10 участков кожи (по настоятельному требованию пациентки) не выявило наличия чесоточных клещей, их яиц и т.п. Дерматолог связывал сохранение зуда с явлениями развившегося медикаментозного дерматита в области груди и рекомендовал прием лоратадина по 1 табл. 2 р./день и смазывание зудящих участков кожи бетаметазоновой мазью. Пациентка, считая, что чесотка у неё не излечена, самовольно проделала повторно 4-х-дневный цикл втираний в кожу 200 мл

20% бензилбензоата. Интенсивность зуда кожи уменьшилась, беспокоя больную преимущественно в зонах развившегося дерматита. В связи с появлением высыпаний на коже конечностей и туловища направлена в клинику для уточнения диагноза.

Объективно: Общее состояние больной удовлетворительное. Подмышечные паховые лимфоузлы размером до 1-1,5 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, при пальпации подвижные, безболезненные. В клиническом и биохимическом анализах крови и в анализах мочи отклонений от нормы нет. Анализы крови на анти-тела к ВИЧ, RW – отрицательные.

Кожные покровы груди и живота эритематозны, с умеренным отрубевидным шелушением. На сгибательной поверхности верхних конечностей, преимущественно в местах ранее проводимых соскобов кожи для лабораторного исследования насчитывается 9 папул от лентикулярных до горошины величиной, отчётливо возвышающихся над здоровой окружающей кожей, полусферической формы, с гладкой поверхностью, плотновато-эластической



**Рисунок.** Распространенная кожная лимфоидная гиперплазия.

консистенции, красного цвета с фиолетовым оттенком, умеренно зудящие (рис.). Аналогичные одиночные папулы величиной до горошины выявлены также на коже груди, боковых поверхностях туловища, пояснице и внутренней поверхности бёдер. Клинически диагностирована постскабиозная кожная лимфоидная гиперплазия. Пациентке рекомендованы фторированные кортикостероидные мази (фторокорт и т.п.) под окклюзионную повязку.

Учитывая несогласие пациентки с диагнозом, по ее настоянию произведена биопсия кожи предплечья с папулой. При окраске гематоксилином и эозином в гистологическом препарате кожи отмечена атрофия эпидермиса, очаговый паракератоз, вакуольная дистрофия клеток базального слоя, гиперпигментация этих клеток, признаки дисплазии клеток эпителия. В обоих слоях дермы диффузная и очаговая плотная клеточная инфильтрация из лимфоцитов, гистиоцитов, встречаются единичные лимфоциты с церебриформными ядрами; инфильтрат располагается также вокруг сосудов, придатков кожи; в артериолах – утолщение стенок за счёт пролиферации эндотелиоцитов; очаговое разволокнение коллагеновых волокон. Сделан вывод: Морфологические изменения наиболее соответствуют картине псевдолимфомы кожи.

При последующих консультативных осмотрах в течение 3-х месяцев отмечается регресс прежних высыпаний, но периодически появляются локальные (предплечья) и отдаленные (кожа живота) рецидивы папул. От инъекций дипроспана в очаги больная отказалась. Рекомендовано: продолжить диспансерное наблюдение у дерматовенеролога по месту жительства, с использованием при рецидивах дерматоза кортикостероидных мазей под окклюзионную повязку.

Кожная лимфоидная гиперплазия (КЛГ) включена в гетерогенную группу псевдолимфом. Название «кожные псевдолимфомы» объединяет воспалительные заболевания кожи (КЛГ, лимфоцитарная кожная инфильтрация, ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией, болезнь Кимуры и др.) с наличием плотных лимфоидных инфильтратов, клинически и/или гистологически имитирующих различные кожные лимфомы [1, 12]. Для описания этого типа псевдолимфом использовалось множество терминов, включая саркоид Шпиглера-Фендта, кожная лимфоцитомы, доброкачественный лимфаденоз кожи, доброкачественная лимфоидная гиперплазия [4]. Последний термин более предпочтителен, поскольку точно описывает патологические особенности поражения и легко отличим от терминов, используемых для описания различных форм кожной лимфомы [8].

**Эпидемиология.** Кожная лимфоидная гиперплазия (КЛГ) встречается во всём мире, поражает все расы и этнические группы. Заболевание встречается как у взрослых, так и у детей, у женщин чаще, чем у мужчин.

**Этиология** КЛГ чаще всего неизвестна, однако в некоторых случаях заболевание возникает под воздействием чужеродных антигенов членистоногих (укусы насекомых, заражение паразитами, в т.ч. чесоточными клещами), инфекций (вирус опоясывающего герпеса, *Borrelia burgdorferi*), татуировок, акупунктуры, травм, ношения золотых украшений, вакцинации, гипосенсибилизирующих инъекций или приема медикаментов [10, 11]. К препаратам, провоцирующим развитие КЛГ, особенно относят противосудорожные (фенитоин, карбамазепин, фенobarбитал), несколько реже – психотропные и гипотензивные,  $\beta$ -блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, аллопуринол, D-пеницилламин, пенициллин, сульфоны, антигистамины, циклоспорин, фенотиазины [1, 7, 11]. Кроме того, причиной развития заболевания могут служить ароматические масла, бензол, летучие фракции перегонки каменного угля и нефти, пищевые продукты и др. [3]. В зарубежной литературе выделяют В- и Т-клеточный варианты КЛГ. Первый из них, наиболее частый, по-видимому обусловлен инфекциями кожи, в частности боррелиозом. Т-клеточные КЛГ в большинстве случаев возникают при аллергических контактных дерматитах, лекарственной аллергии. Однако, идентификация этих вариантов доступна только специализированным учреждениям, имеющим возможность применить фенотипирование.

**Клиника.** Заболевание проявляется образованием полусферических узелков с гладкой блестящей поверхностью от тестоватой до твердой консистенции, размерами от 0,2 до 2 см. Цвет их колеблется от бледно-розового до синюшно-красного и буровато-коричневого. Элементы резко отграничены, иногда сливаются, обычно солитарные, реже диссеминированные множественные. При диаскопии узелки приобретают жёлтую окраску. Локализация: лицо, уши, шея, конеч-

ности, молочные железы, гениталии, реже туловище, слизистая рта; описаны случаи появления узелков на конъюнктиве [2]. При инфильтративно-бляшечной форме КЛГ наблюдаются дискообразные, слегка возвышающиеся инфильтраты с аналогичными параметрами, вокруг которых могут быть мелкие узелки. При нодозной форме КЛГ возникают единичные узлы размерами до фасоли и крупнее, возвышающиеся над уровнем кожи на 1-2 см. Они чаще располагаются на лице, мочках ушей, груди. Изредка у больных наблюдаются все 3 типа КЛГ. Заболевание протекает без зуда, иногда (чаще при постскабиозной КЛГ) может быть мучительный зуд. В крови нередко отмечается лимфоцитоз. Течение длительное, от нескольких месяцев до 3 лет и более, доброкачественное, могут быть спонтанные ремиссии и рецидивы [2].

**Диагностика.** Анамнестически выясняют длительность заболевания, характер и динамику клинических проявлений, терапевтический анамнез, наличие местного или системного воздействия чужеродных антигенов, включая медицинские препараты, личный или семейный анамнез других лимфопролиферативных заболеваний. Рекомендуются обращать внимание на возможные симптомы В-клеточной лимфомы (лихорадка неясного генеза, необъяснимая потеря веса, ночное потоотделение, усталость и недомогание), тип и расположение поражений кожи, состояние периферических лимфатических узлов, печени и селезенки. Исключить внекожные проявления помогают развернутый клинический и биохимический анализы крови, рентгенография органов грудной клетки в качестве скрининговых тестов. Необходимый компонент диагностики – биопсия кожных очагов. Для достоверного гистопатологического, иммунологического и молекулярно-биологического исследования биоптат должен быть достаточно большим и глубоким.

**Гистопатология.** Характерно наличие плотного узловатого или диффузного лимфоидного инфильтрата, сконцентрированного в ретикулярном слое дермы [9]. В большинстве

случаев эпидермис не изменён и отделён от инфильтрата узкой пограничной зоной сосочкового слоя дермы. В редких случаях могут наблюдаться гиперкератоз, паракератоз, акантоз, дискератоз, спонгиоз и базальная вакуольная дегенерация разной степени выраженности. Кожный инфильтрат в основном состоит из малых созревших лимфоцитов с примесью больших лимфоидных клеток с крупными бледными ядрами и мелкими ядрышками. Иногда в инфильтрате можно встретить плазматические клетки, эозинофилы, тучные клетки, нейтрофилы и гистиоцитарные гигантские клетки [5].

В основе КЛГ лежит расстройство В- и Т-клеточного звена. В-клетки могут быть организованы в первичные или вторичные лимфоидные фолликулы или простые скопления, не имеющие фолликулярной дендритической структуры, наблюдаемой в фолликулах, или могут располагаться беспорядочно по всему инфильтрату. Многообразие малых, без герменативного центра В-клеток и плазматических клеток определяет основной иммунофенотипический признак КЛГ [6]. При менее распространённой Т-клеточной КЛГ В-клетки встречаются редко [10].

**Дифференциальный диагноз** в первую очередь проводится со злокачественной Т-клеточной лимфомой кожи. Когда этиологический фактор идентифицирован, исчезновение соответствующих высыпаний или прекращение появления новых поражений кожи после устранения причинного фактора могут рассматриваться как категорические аргументы в пользу доброкачественного характера болезни [3]. Однако, когда провоцирующий характер установить сложно, дифференциальный диагноз всегда должен базироваться на комбинации клинико-гистологических данных и длительного наблюдения за развитием процесса. А в некоторых случаях для постановки диагноза необходимы иммуногистохимические исследования и/или исследования генных перенастроек.

О.Ю. Олисова и соавт. (2001) [3] на основании данных литературы и собственных исследований приводят гистологические, фено-генотипические критерии псевдолимфом (ПЛ) с полосовидным и узловатым инфильтратом в сравнении с таковыми при грибовидном микозе и плеоморфной Т-клеточной лимфоме кожи (табл. 1 и 2).

**Таблица 1**

**Гистологические фено- и генотипические критерии ПЛ (полосовидный инфильтрат) и грибовидного микоза**

Критерии	ПЛ (полосовидный инфильтрат)	Грибовидный микоз
Эпидермотропизм	Отсутствует/слабый	Выражен
Спонгиоз	Выражен	Минимален
Микроабсцессы Потрие	Преимущественно отсутствуют	Часто присутствуют
Клетки дермального инфильтрата	Лимфоциты средних размеров с церебриформными ядрами, немного бластов	Лимфоциты с большими церебриформными ядрами, атипичные лимфоциты
CD2, CD3, CD5	Присутствуют	Отсутствуют
Утрата CD7	Редка	Типична
Генная перестройка Т-клеточного рецептора	Отсутствует	Присутствует в 80-90%

Таблица 2

**Гистологические фено- и генотипические критерии ПЛ (узловатая форма) и полиморфной Т-клеточной лимфомы кожи**

Критерии	СП (узловатая форма)	Т-клеточная лимфома кожи
Эпидермотропизм	Отсутствует	Различный
Микроабсцессы Потрие	Отсутствуют	Нехарактерны
Клетки дермального инфильтрата	Смешанный клеточный инфильтрат, множество небольших округлых лимфоцитов	Полиморфные опухолевые клетки, бласты
Гистиоциты	Умеренно/много	Практически нет
CD2, CD3, CD5	Присутствуют	Отсутствуют
Утрата CD7	Редка	Типична
Генная перестройка Т-клеточного рецептора	Отсутствует	Присутствует в 80-90%

При дифференциальной диагностике КЛГ также исключают: хроническую красную волчанку; лимфоцитарную инфильтрацию кожи; лекарственную сыпь; полиморфные световые высыпания; ангиолимфоидную гиперплазию с эозинофилией; вторичный сифилис; инфекционные гранулемы, метастатическую карциному, гематодермию.

**Прогноз и клиническое течение.** КЛГ может разрешаться самостоятельно или приобретать хроническое течение (например, после перенесенной чесотки). Вторичные очаги, возникающие после применения медикаментов, обычно исчезают после прекращения воздействия препарата.

**Лечение КЛГ.** Терапия выбора включает: иссечение; фторированные кортикостероидные мази под окклюзию; введение кортикостероидов в очаги поражения (5-40 мг/мл, 1 мл ежемесячно), системные антибиотики (при боррелиозе и др. инфекциях), такролимус местно [1]. Альтернативная терапия включает: криодеструкцию, фотодинамическую или лазерную терапию, антималярийные препараты. Местные или отдаленные рецидивы могут возникать после любого лечения. Профилактика КЛГ заключается в устранении контактов с веществами, которые могут вызвать заболевание у пациента с соответствующим анамнезом.

## Список литературы

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: В 3т. [Текст] / Л.А. Голдсмит, С.И. Кац, Б.А. Джилквест и др.; пер. с англ.; общ. ред. Н.Н. Потекаева, А.Н. Львова. – 2-е изд., исп., перер., доп. – М.: Изд-во Панфилова, 2015. – Т. 2. – 2016 с.: ил.
2. Елькин, В.Д. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы [Текст]: илл. справочник по диагностике и лечению дерматозов / В.Д. Елькин, Л.С. Митрюковский, Т.Г. Седова – Пермь, 2004. – 946 с.

3. Олисова, О.Ю. Синдром псевдолимфомы [Текст] / О.Ю. Олисова, Н.С. Потехаев, С.В. Савельева, М.Н. Гаджиев // *Вестн. дерматол. венерол.* – 2001. – № 1. – С. 58-61.
4. Caro, W.A. Cutaneous lymphoid hyperplasia [Text] / W.A. Caro, H.B. Helwig // *Cancer.* – 1969. – Vol. 24, № 3. – P. 487-502.
5. Lee, M.W. Clinicopathologic study of cutaneous pseudolymphomas [Text] / M.W. Lee // *J. Dermatol.* – 2005. – Vol. 32, № 7. – P. 594-601.
6. Leinweber, B. Differential diagnosis of cutaneous infiltrates of B lymphocytes with follicular growth pattern [Text] / B. Leinweber // *Am. J. Dermatopathol.* – 2004. – Vol. 26, № 1. – P. 4-13.
7. Magro, C.M. Drugs with antihistaminic properties as a cause of atypical cutaneous lymphoid hyperplasia [Text] / C.M. Magro, A.N. Crowson // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1995. – Vol. 32, № 3. – P. 419-428.
8. Medeiros, L.J. Cutaneous lymphoid hyperplasia: Immunologic characteristics and assessment of criteria recently proposed as diagnostic of malignant lymphoma [Text] / L.J. Medeiros // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1989. – Vol. 21, № 6. – P. 929-942.
9. Nihal, M. Cutaneous lymphoid hyperplasia: A lymphoproliferative continuum with lymphomatous potential [Text] / M. Nihal // *Hum. Pathol.* – 2003. – Vol. 34, № 6. – P. 617-622.
10. Rijlaarsdam, J.U. Cutaneous pseudo-T-cell lymphomas. A clinicopathologic study of 20 patients [Text] / J.U. Rijlaarsdam, E. Scheffer, C.J.L. Meijer, R. Willemze // *Cancer.* – 1992. – Vol. 69, № 3. – P. 717-724.
11. Sigal, M. Pseudolymphomes medicamenteux a expression cutanee predominante [Text] / M. Sigal, M. Pulik // *Ann. Dermatol. Venereol.* – 1993. – Vol. 120. – P. 175-180.
12. Willemze, R. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas [Text] / R. Willemze // *Blood.* – 2005. – Vol. 105, № 10. – P. 768-785.

Romanenko K.V.,<sup>1</sup> Romanenko V.N.,<sup>1</sup> Ermilova N.V.,<sup>1</sup>  
Sidorenko I.A.,<sup>1</sup> Bondarenko E.V.,<sup>2</sup> Shliakhova I.A.<sup>1</sup>

## TO THE QUESTION OF CUTANEOUS LYMPHOID HYPERPLASIA

<sup>1</sup> State educational organization of higher professional education

«Donetsk National Medical University M. Gorky»

<sup>2</sup> The republican clinical center of dermatology MH DPR

### Summary

The observation a clinical case of the cutaneous lymphoid hyperplasia and presentation of etiopathogenesis, clinical presentations, diagnostics and treatment of the dermatosis have been presented.

**Key words:** cutaneous lymphoid hyperplasia, etiopathogenesis, clinical presentation, diagnostics, treatment.



Киосев Н.В.

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ОПАСНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

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

### *Резюме*

Представлены особенности аддиктивных паттернов поведения и структуры мотивов, побуждающих употреблять психоактивные вещества студенческую молодежь с коморбидными дезадаптационными и аддиктивными состояниями. Отмечено, что студенты младших курсов склонны к употреблению психоактивных веществ. В молодежной среде присутствует риск формирования зависимости и инфицирования социально-опасными болезнями.

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

---

Прогрессирующее распространение употребления молодежью психоактивных веществ (ПАВ), негативным образом влияя на психофизическое и репродуктивное здоровье, является острой и актуальной медико-социальной проблемой современного общества. Кроме того, употребление ПАВ – это одна из причин распространения ВИЧ / СПИДа и других социально опасных инфекций [1-3,5,6].

Общепризнанно, что студенческий период характеризуется высокой восприимчивостью к манифестации и развитию психических заболеваний, разнообразных состояний психологической декомпенсации, что вызывает поиск средств снятия психоэмоционального напряжения и приводит к формированию различных стратегий преодоления стрессорных воздействий, чаще с применением ПАВ.

По данным ВОЗ, алкоголь – наиболее широко распространенное ПАВ среди молодых людей. Причиной смертности двух

третей юношей и девушек от 15 до 20 лет является отравление алкоголем или несчастные случаи вследствие опьянения. Одним из самых распространенных видов ПАВ также выступает и табакокурение: 51,5% подростков и молодежи в возрасте 15-17 лет курит постоянно, и более 500 000 ежегодно приобщаются к табакокурению. Ситуация усугубляется тем, что они почти одновременно принимают алкоголь и наркотики. В то же время, прием ПАВ является коморбидной составляющей адаптационных нарушений и расстройств, особенно у лиц молодого возраста, имеет тенденцию к росту частоты во всем мире. Доминирующую роль в коррекции коморбидных дезадаптационных и аддиктивных состояний играет психотерапия и психопревенция, а в их предупреждении – психообразование [3].

С целью определения распространенности употребления ПАВ студентами младших курсов при нарушениях и рас-

стройствах адаптации для ранней диагностики аддиктивного поведения среди исследуемого контингента, при наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии проведен скрининг психического и аддиктивного статусов 208-ми студентов: 136 девушек (65,4%) и 72 юноши (34,6%) 1-3 курсов ГОО ВПО ДОН НМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, медицинского факультета в возрасте от 17 до 21 года.

В исследовании использован клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, система AUDIT – подобных тестов [4] и математико-статистический методы.

На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, было выполнено распределение контингента на 3 группы, согласно диагностическим критериям МКБ-10. Практически здоровые студенты составили группу 1. Лица с признаками нарушения адаптации вошли в группу 2. Из студентов с признаками расстройств адаптации было сформировано группу 3.

Установлено, что среди всех обследованных (n=208) выявлено 83,2% (173/208) студентов, которые имеют опыт употребления ПАВ, преимущественно напитки со слабым содержанием алкоголя – пиво и табакокурение, девушки 59,6% (124/208); юноши 21,2% (44/208).

Распространенность употребления ПАВ среди студентов младших курсов среди всех обследованных (n=208): доля от девушек – 85,3% (116/136), доля от юношей – 70,8% (51/72).

Исходя из полученных результатов, тенденции употребления ПАВ у обследованного контингента студенческой молодежи можно охарактеризовать следующим образом. Большая часть обследованных при приеме различных ПАВ находятся преимущественно в зоне относительно «безопасного употребления» (1-7 баллов) или «опасного употребления» (8-15 баллов), но

еще без наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табачной.

Установлено, что у практически здоровых студентов (группа 1) и у студентов с признаками расстройств адаптации (группа 3) в структуре мотивов, побуждающих молодых людей употреблять ПАВ, в тройку доминирующих входят: на 1м месте – «Влияние друзей и компании» – 56% – субмиссивные мотивы в группе 1 и 65% соответственно в группе 2.

На 2м месте у практически здоровых студентов – «Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения» – 44% – гедонистические мотивы, у студентов с признаками расстройств адаптации – «Стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их» 56% – атарактические мотивы.

На 3м месте у молодежи группы 1 – «Отсутствие внешнего контроля взрослых» – 32% – субмиссивные мотивы, у группы 3 – «Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения» 36% – гедонистические мотивы.

Таким образом, студенты младших курсов университета склонны к употреблению ПАВ (83,2%). В молодежной среде присутствует риск формирования зависимости и инфицирования социально-опасными болезнями.

Особенностями аддиктивного поведения молодых людей являются: полисубстантный тип употребления ПАВ (напитки с низким содержанием алкоголя и табакокурение), доминирует относительно безопасный стиль употребления ПАВ (степень «А», 1-7 баллов) – донологический паттерн аддиктивного состояния.

Полученные результаты стали основой для разработки превентивно-образовательных программ, направленных на создание системы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья молодежи в процессе обучения, реализации их потенциала здоровья для ведения активной творческой, продуктив-

ной социальной и личной жизни. Ведущее превентивное направление обусловлено личностными факторами риска и направлено на развитие жизнестойкости,

пополнение репертуара и разнообразия копинг-стратегий, лежащих в основе приобретения навыков жизни в свободном от ПАВ пространстве.

### Список литературы

1. Аксютчи, И.В. Мотивация употребления или отказа от наркотиков у студентов [Электронный ресурс] // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. — Московский государственный психолого-педагогический университет, 2011. — Режим доступа: [http://psyjournals.ru/addictive\\_behavior/issue/45947\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/addictive_behavior/issue/45947_full.shtml)
2. Артемчук, А.Ф. Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний [Текст]: монография / А.Ф. Артемчук, И.К. Сосин, Т.В. Чернобровкина. — Харьков: Коллегиум, 2013. — 1152 с. — С.349 - 445.
3. Киосева, Е.В. Медико-психологическая характеристика и психопревенция адаптационных нарушений у студенческой молодежи (симптоматология, патоперсоналогия, аддиктивный фон, копинг-стратегии, генодиспозиционная коммуникация) [Текст]: докт. дис. на соискание научной степени д-ра мед. наук : [спец.] 19.00.04 «Медицинская психология» / Е.В. Киосева.- ХМАПО МЗ Укр. — X., 2017. — 354 с.
4. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] Линский, И.В., и соавт. // Новости украинской психиатрии. — Киев-Харьков, 2009. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.
5. Табачников, С.И. Специализированные тесты в клинической характеристике употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте, комплексная психотерапия и профилактика [Текст] / С. И. Табачников и соавт. // Архів психіатрії. — 2014 — № 3 (78). — С. 41-45.
6. Lubman, D.I. Substance use and the adolescent brain: A toxic combination? [Text] / D.I. Lubman, M. Ycel, W.D. Hall. // Journal of Psychopharmacol. — 2007. — Vol. 21. — P. 792-794.

Kiosev N.

## BEHAVIORAL REACTIONS AS A RISK FACTOR OF INFECTION OF SOCIALLY DANGEROUS DISEASES

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

### Summary

The features of addictive patterns of behavior and the structure of motives that induce psychoactive substances to be used by students with comorbid maladaptation and addictive states are presented. It is noted that junior students are prone to the use of psychoactive substances. In the youth environment there is a risk of addiction and infection with socially dangerous diseases.

**Keywords:** adaptive disorders, use of psychoactive substances, students.

Романенко К.В.,<sup>1</sup> Романенко В.Н.,<sup>1</sup> Ермилова Н.В.,<sup>1</sup>  
Сидоренко И.А.,<sup>1</sup> Бондаренко Э.В.,<sup>2</sup> Шляхова И.А.<sup>1</sup>

## ЛОСЬОН «ЛАМИЦИД» (СПРЕЙ) НА ОСНОВЕ ТЕРБИНАФИНА ДЛЯ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ МИКОЗОВ СТОП И КАНДИДОЗА КРУПНЫХ СКЛАДКОВ КОЖИ

<sup>1</sup> Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»  
<sup>2</sup> Республиканский клинический дерматовенерологический центр  
Министерства здравоохранения ДНР

### **Резюме**

Проведено исследование эффективности терапии микозов стоп и кандидоза крупных складок лосьоном «Ламицид» (спрей). Обследовано 65 пациентов с межпальцевой и подошвенной локализациями микоза стоп и кандидоза крупных складок кожи. Длительность лечения составляла 2-4 недели. Более высокая эффективность отмечалась при межпальцевой локализации микозов стоп и кандидозе крупных складок кожи. Побочных эффектов в ходе лечения отмечено не было. Результаты исследования позволяют рекомендовать лосьон «Ламицид» (спрей) для лечения и профилактического использования при микозах стоп и кандидозе крупных складок кожи.

**Ключевые слова:** микоз стоп, кандидоз крупных складок кожи, лосьон «Ламицид» (спрей), лечение, профилактика.

---

По данным ВОЗ каждый 5-й житель нашей планеты страдает каким-либо грибковым заболеванием, однако чаще всего – это микозы стоп и кандидозы [4, 5].

Микозы стоп – группа дерматомикозов, включающая в основном эпидермофитию (возбудитель – *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale*) и руброфитию (возбудитель – *Tr. rubrum*) стоп, а также паховую эпидермофитию, при которой возможна такая локализация. Распространению микозов стоп способствует пользование общественными банями, плавательными бассейнами, душевыми установками без индивидуальной специальной резиновой или пластмассовой

обуви. Чешуйки с ног больных микозами стоп могут попадать на полы, скамьи, дорожки, решетки, ковры и подстилки, где в условиях повышенной влажности они длительное время могут не только сохраняться, но и размножаться (особенно на неокрашенных деревянных предметах). Возможна передача инфекции при пользовании общей обувью, ножными полотенцами, мочалками, а также предметами ухода за ногтями и кожей стоп без их дезинфекции. Заболевание широко распространено, особенно среди спортсменов («стопа атлета»), а также солдат, банщиков, металлургов, шахтёров, чья профессия связана с длительным

ношением обуви в условиях повышенной температуры и влажности, приводящей к потливости ног. Распространению микоза способствуют несоблюдение личной гигиены при пользовании банями, бассейнами, потливость ног, потертости, микротравмы, эндокринные нарушения, иммунологическая недостаточность. Грибок обладает выраженными аллергенными свойствами, что обуславливает появление аллергических высыпаний на коже, облегчает присоединение пиогенной инфекции. Различают стертую, сквамозно-гиперкератотическую, интертригинозную, дисгидротическую формы поражения кожи.

Стертая форма, обычно в начале заболевания, характеризуется незначительным шелушением в межпальцевых складках или на подошвах, иногда с наличием мелких поверхностных трещин.

Сквамозно-гиперкератотическая форма проявляется сухими плоскими папулами и слегка лихенифицированными нуммулярными бляшками синюшно-красноватого цвета, расположенными обычно на своде стоп.

Интертригинозная форма клинически сходна с банальной опрелостью, характеризуется насыщенной краснотой, отечностью, мокнутием и мацерацией, нередко присоединяются эрозии и трещины, довольно глубокие и болезненные.

Дисгидротическая форма проявляется многочисленными пузырьками с толстой крышкой, преимущественно на сводах стоп, сопровождающихся зудом [2, 3].

Значительно участились микозы крупных складок (возбудители *Ep. floccosum*, *Tr. rubrum* и особенно часто *C. albicans*). Кандидоз может развиваться как при инфицировании извне, так и за счёт собственных сапрофитов. Последний путь явно преобладает. При определенных условиях (экзогенных – механическая и химическая травмы, повышенная влажность и т.д.; эндогенных – иммунная недостаточность, детский и пожилой возраст, нарушение обмена веществ, сахарный диабет и другие эндокринные

заболевания, гиповитаминозы, общие тяжёлые инфекции, беременность, длительный прием кортикостероидов, антибиотиков и т.д.) грибы способны приобретать патогенные свойства. При этом бластоспоры гриба начинают интенсивно размножаться, формируя наряду с почкующимися клетками многочисленные нитчатые формы (псевдомицелий). Таким образом, кандидоз представляет собой у подавляющего большинства больных аутоинфекцию. Этим обстоятельством можно объяснить его многоочаговость и хроническое рецидивирующее течение [4]. Кандидоз у соматически ослабленных пациентов встречается много чаще (80-90%) в сравнении с нормальной популяцией (20%) [1]. Кандидозная инфекция взаимодействуя с другими микроорганизмами, бактериями может проявляться симптомами как кандидозной, так и бактериальной инфекции одновременно [2, 3].

Анализ многочисленных данных литературы [1] о сравнительной эффективности различных методов терапии микозов, локального применения антимикотиков свидетельствует о том, что в мировой медицинской практике еще нет идеального метода лечения микозов, который подходил бы всем без исключения пациентам (побочные эффекты), был краткосрочным и гарантировал клинико-этиологическое выздоровление. Это вынуждает совершенствовать существующие и создавать новые эффективные антимикотики, в том числе для лечения микозов у больных с сопутствующей соматической патологией, снижением иммунитета и т.п. Очевидной представляется недостаточная эффективность существующих мер профилактики [5].

Даже самое тщательное соблюдение всех правил личной гигиены и профилактики, как правило, не может предупредить заражение в силу практически неизбежного контакта с источником инфекции. Семейный путь передачи отметили более 30% обследованных лиц [5]. Дезинфекция обуви, одежды и предметов обихода обеспечивает, но не гарантирует полной дезконта-

минации и исключения вероятности реинфекции вскоре после лечения. С этой целью может быть показано использование противогрибковых средств, пригодных для массового профилактического использования.

### Материал и методы исследования

Выбирая антимикотик для профилактического использования следует остановиться на специально предназначенных для этого лекарственных формах – спреях, порошках, пудрах или присыпках, как правило, содержащие производные тербинафина: эконазол, бифоназол и клотримазол.

Лосьон «Ламицид» (спрей) представляет собой прозрачную жидкость розового цвета (15 мл во флаконе), содержащую как основные компоненты – тербинафин, бензалкония хлорид, эфирное масло мяты, экстракт малины и как вспомогательные вещества: спирт этиловый денатурированный (58%), глицерин, пропиленгликоль, лимонную кислоту, воду очищенную, имеет фунгицидное и противомикробное свойства.

Экстракт малины богат органическими кислотами, антоцианами, дубильными веществами, минеральными веществами и микроэлементами, витаминами. Эфирное масло мяты обладает дезодорирующим и охлаждающим свойствами, благодаря чему устраняется неприятный запах, уменьшаются ощущения жжения и зуда. Наличие натуральных компонентов стимулирует обновление клеток, способствует регенерации кожи и ее увлажнению.

Показания к применению спрея Ламицид:

- микоз стоп, включая межпальцевую грибковую эрозию;
- грибковые поражения кожи;
- гипергидроз стоп;
- дерматозы, осложненные вторичной инфекцией;
- поражения крупных складок у тучных пациентов, включая микозы складок кожи.

С целью изучить эффективность лосьона «Ламицид» (спрей) на основе тер-

бинафина пролечено 65 больных (30 – микозом стоп и 35 – кандидозом крупных складок). Диагноз микоза стоп (дерматофития, В35.3 по МКБ-10) у 30 больных (12 женщин и 18 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет) был поставлен на основании клинического (умеренная эритема и мацерация межпальцевых складок, зуд, умеренное шелушение и поверхностные болезненные трещины на подошвах) и микологического (прямая микроскопия соскоба чешуек и рост колоний гриба) исследования; у всех выделен *Tr. rubrum*, в т.ч. у больных с межпальцевой локализацией. Не включались в исследуемую группу больные со сквамозно-гиперкератотической формой микоза стоп, при наличии онихомикоза, других очагов микоза на коже, данных о лечении антимикотиками в анамнезе.

У 35 больных в возрасте от 35 до 68 лет на фоне лечения хронических дерматозов (псориаз у больных с избыточным весом, сахарным диабетом, экземой, акантолитической и семейной пузырчаткой Хейли-Хейли и др., леченных кортикостероидами, метотрексатом, антибиотиками), наличии различной соматической патологии, отсутствия или недостаточного и неправильного гигиенического ухода за кожей складок, диагностирован кандидоз крупных складок кожи, подтвержденный микроскопически наличием псевдомицелия и культурально – *C. albicans*. Клинически он представлял болезненные мокнущие эрозии с обрывками мацерированного белесоватого эпидермиса на фоне гиперемированной и отечной кожи, с неприятным запахом. Ввиду наличия мокнущих в очагах нежелательно использование антимикотиков на жировой основе.

### Результаты и их обсуждение

При микозе стоп лосьон «Ламицид» (спрей) назначался 2 раза в день в течение 2-4 недель с контрольными осмотрами на 2 и 4 неделе лечения и контрольной микроскопией на 4 неделе. Эффективность лечения микозов стоп лосьоном «Ламицид» (спрей) представлена в табл.

Таблица 1

## Эффективность лечения микоза стоп лосьоном «Ламицид» (спрей)

Форма микоза стоп	Клиническое выздоровление		Всего
	на 2 неделе n	на 4 неделе n	
Межпальцевая	8	14	22
Подошвенная	2	6	8

Как видно из табл., более высокие показатели клинического выздоровления отмечались у больных межпальцевой формой микоза стоп. К концу периода наблюдения клиническое выздоровление отмечено у 29 пациентов. У одного пациента сохранялись умеренные явления мацерации и эритемы, у которого при контрольной микроскопии был обнаружен мицелий гриба, однако повторный посев на среду Сабуро не дал роста культуры. Субъективно пациенты оценивали результаты терапии как «очень хорошие» – 18 пациентов, «хорошие» – 6, «удовлетворительные» – 5 и «неудовлетворительные» – 1.

У 6 больных с подошвенной формой микоза стоп клиническое выздоровление отмечалось лишь на 4-й неделе контроля, однако при этом у всех были отмечены отрицательные результаты микроскопического и культурального исследования. Каких-либо побочных явлений во время лечения не отмечено. Все больные отметили положительную эстетическую компоненту спрея с ароматической отдушкой.

Следует особо отметить, что при применении лосьона «Ламицид» (спрей) исчезает или резко снижается потливость кожи – важное звено в предупреждении рецидива микоза. С целью профилактики рецидива мы применяли лосьон «Ламицид» (спрей) 1 раз в день на протяжении 10-15 суток после исчезновения клинических проявлений заболевания. Лосьон «Ламицид» (спрей) также наносился на внутренние поверхности носков или обуви, которые контактировали с бывшим пораженным участком кожи.

Рецидивов микоза стоп не зафиксировано.

Применение лосьона «Ламицид» (спрей) при кандидозе крупных складок кожи 2-3 раза в день оказывало выраженное противовоспалительное и подсушивающее действие уже через 2-3 дня. Исчезал неприятный запах, регрессировали отек, гиперемия, резко уменьшалась болезненность. Полное разрешение процесса наступало через 8-10 дней. В дальнейшем препарат применяли с целью профилактики 1 раз в день у пациентов, продолжавших иммуносупрессивную терапию по поводу основного заболевания. На фоне применения лосьона «Ламицид» (спрей) у этих пациентов рецидивов кандидоза не отмечено. Во время лечения аллергические реакции на данное средство отсутствовали.

### Выводы

Таким образом, лосьон «Ламицид» (спрей) обладает выраженным противогрибковым и антимикробным действием при кандидозе крупных складок и микозе стоп. Препарат не вызывает побочных эффектов, не окрашивает белье, содержит приятно пахнущую косметическую отдушку. Эффективность лосьона «Ламицид» (спрей) в монотерапии микозов предопределяет возможность его использования для профилактики инфекции и реинфекции при микозах стоп, кандидозе крупных складок кожи.

Лосьон «Ламицид» (спрей) может быть рекомендован в качестве средства выбора для лечения и профилактики микоза стоп и кандидоза крупных складок кожи.

## Список литературы

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике [Текст] / К. Вольф, Л.А. Голдсмит, С.И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – Т. 3. – 2621 с.: ил.
2. Кожные и венерические болезни: учебник [Текст] / Под ред. О.Л. Иванова. – М.: Шико, 2012. – 48 с.: ил.
3. Монтес Росель, К.В. Микозы стоп: навстречу пациенту [Текст] / К.В. Монтес Росель, Т.В. Соколова, А.П. Малярчук // Клиническая дерматология и венерология. – Медиа Сфера. – 2017. – № 16 (4). – С. 50-56.
4. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции [Текст]: руководство для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М.: БИНОМ-Пресс, 2014. – 440 с.
5. Халдин, А.А. Клинико-этиологическая эффективность «Ламизил спрея 1%» при лечении грибковых поражений крупных складок кожи [Текст] / А.А. Халдин, А.А. Цыкин, И.М. Изюмова // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2012. – № 4 (47). – С. 102-107.

*Romanenko K.V.,<sup>1</sup> Romanenko V.N.,<sup>1</sup> Ermilova N.V.,<sup>1</sup>  
Sidorenko I.A.,<sup>1</sup> Bondarenko E.V.,<sup>2</sup> Shliakhova I.A.<sup>1</sup>*

## LAMICIDE LOTION (SPRAY) ON THE BASIS OF TERBINAFINE FOR THERAPY AND PROPHYLAXIS OF TINEA PEDIS AND CANDIDIASIS ON BIG FOLDS SKIN

*<sup>1)</sup> State educational organization of higher professional education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»  
<sup>2)</sup> The republican clinical center of dermatology MH DPR*

### **Summary**

We have studied the clinical and mycological effectiveness of new antifungal formulation available in Donetsk, lotion «Lamicide» (spray) 65 patients with interdigital and plantar forms of tinea pedis and candidiasis on big folds skin was included in the study. Treatment period consisted of 2-4 weeks. Better results were observed in mild intertriginous forms of tinea pedis and candidiasis big folds skin. The treatment was well-tolerated with no adverse events reported. The novel formulation of terbinafine may be recommended for treatment and prophylactic use: control and re-infection of tinea pedis and candidiasis.

**Key words:** *tinea pedis, candidiasis, big folds skin, lotion «Lamicide» (spray), treatment, prophylaxis.*



Дядык А.И., Гнилицкая В.Б., Христуленко А.Л., Стуликова Е.Л.  
Здиховская И.И., Яровая Н.Ф.

## КОЖНЫЕ ВАСКУЛИТЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

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

### **Резюме**

Поражения кожи у больных системными заболеваниями соединительной ткани (СКВ) разнообразны и могут быть представлены кожными васкулитами, язвами и гангреной, синдром Рейно, эритромегалией, а также сетчатым ливедо.

**Ключевые слова:** кожные васкулиты, системные заболевания соединительной ткани.

---

**Кожные васкулиты, язвы и гангрена.** Активный васкулит у больных может проявляться некротическими язвами конечностей, гангреной пальцев и/или инфарктами кожи. Хронические язвы нижних конечностей определяются у 3-5% больных СКВ, при этом в части случаев развивается периферическая гангрена [2,3,9].

Хронические язвы и гангрена у больных СКВ являются следствием васкулита и/или антифосфолипидного синдрома. Поражение кожи при антифосфолипидном синдроме у больных СКВ характеризуется разнообразными проявлениями, включающими сетчатое ливедо, кожные язвы (напоминающие поражение кожи при ливедо-васкулите, гангренозную пиодермию, постфлебитические язвы), поверхностный кожный некроз, дигитальную гангрену, поверхностный тромбофлебит и др. [2,5,10].

Гистологические изменения зависят от уровня и интенсивности воспалительного инфильтрата в стенках кровеносных сосудов и соответствуют картине васкулита лейкоцитокластического типа: стенки сосудов пораженной кожи часто представляются истонченными, реже утолщенными,

в некоторых случаях наблюдается разрастание эндотелия, диффузная лимфоидная периваскулярная инфильтрация. В случае антифосфолипидного синдрома (АФС) – отмечается выраженная пролиферация эндотелия и интимы венул и артериол, разрыхление базальной мембраны без какой-либо воспалительной реакции [1,4,9].

Иммунофлюоресцентное окрашивание методом прямой иммунофлюоресценции выявляют гранулярное отложение иммуноглобулина G, комплемента и фибриногена вокруг кровеносных сосудов пораженной кожи [6,7].

**Синдром Рейно**, представляющий распространенные вазомоторные нарушения в области дистальных отделов конечностей (преимущественно верхних), изредка губ, языка, кончика носа, является одним из частых проявлений СКВ. Он проявляется приступами ишемии, при которых пальцы становятся холодными, бледнеют, появляются жжение и боли, а затем присоединяются явления акроасфиксии с цианозом пораженных участков. Феномен Рейно представляет собой дисрегуляцию нейроэндотелиального контроля тонуса сосудов. Развивается син-

дром Рейно у 10-45% больных, иногда задолго до появления других клинических проявлений СКВ, и в редких случаях может быть ее первоначальным проявлением [4,5,8]. У больных с синдромом Рейно более часто наблюдаются артриты, кожные высыпания, волчаночный гломерулонефрит (ВГН) и легочная гипертензия. Вазоспазм редко приводит к постоянному повреждению, однако после длительных и частых атак могут образовываться болезненные поверхностные язвы на кончиках пальцев рук, дистрофические изменения ногтей. Иногда у больных с синдромом Рейно развиваются склеродермические изменения на пальцах рук с резким уплотнением кожи, нижележащих тканей и фиксации пальцев в положении сгибания (склеродактилия) [4,5].

**Эритромелалгия** при СКВ встречается редко. Основными клиническими признаками ее являются резкая болезненность и жжение в области стоп и/или кистей, краснота и местное повышение температуры. Типичен пароксизмальный характер жгучей сильной боли и изменение окраски пораженных

участков – розово-красный цвет переходит затем в пурпурно-красный. Длительность болевых приступов различна (от нескольких минут до многих часов), их возникновение чаще связывают с повышением местной температуры, усиливающей гипертензию в малых сосудах. Эритромелалгия при СКВ может сочетаться с артериальной гипертензией (АГ), диабетом и миелопролиферативными нарушениями [2,3,5].

**Сетчатое ливедо** наблюдается у 10-16% СКВ и характеризуется бледно-синюшного цвета ограниченными или распространенными, исчезающими при надавливании пятнами в форме сетки с овально-округлыми петлями или древовидно ветвящимися пятнами синюшно-красного цвета без шелушения. Сетчатое ливедо чаще локализуется на разгибательных поверхностях конечностей и на ягодицах. В его зоне возможны некрозы кожи, изъязвления. Сетчатое ливедо развивается вследствие вазоспастических нарушений кровотока через дермальные восходящие артериолы и может быть одним из проявлений АФС у больных СКВ [5,6,7].

## Список литературы

1. Cohen, M.R. *Systemic disease in subacute cutaneous lupus erythematosus: a controlled comparison with systemic lupus erythematosus* [Text] / M.R. Cohen, D. Crosby // *J. Rheumatol.* – 1994. – Vol.21. – P.1665-1669.
2. Costallat, L.L.T. *Raynaud's phenomenon in systemic lupus erythematosus* [Text] / L.L.T. Costallat, V.A.M. Coimbra // *Rev. Rheum.* – 1995. – Vol.62. – P.349-353.
3. Norris, DA. *Pathomechanism of cutaneous lupus erythematosus* [Text] / S.D. Benion, R.M. David-Bajar; Ed. by D.J. Wallace, B.N. Hahn // *Dubois' Lupus Erythematosus.* – Baltimore, 5-th edition: Williams & Wilkins, 1997. – P.549-567.
4. Rothfield, N.F. *Cutaneous manifestations of multisystem diseases* [Text] / T.B. Ed. by Fitzpatrick, A.Z. Eisen, K. Wolff [et al.] // *Dermatology in general medicine.* – NY: McGraw-Hill, 4-th, 1993. – P.2137-2148.
5. Sontheimer, R.D. *Cutaneous manifestations of lupus erythematosus* [Text] / Ed. by D.J. Wallace, B.N. Hahn // *Dubois' Lupus Erythematosus – Baltimore, 5-th edition: Williams & Wilkins, 1997.* – P.569-623.
6. Wallace, D.J. *Overview of cutaneous lupus* [Text] / Ed. by D.J. Wallace, B.N. Hahn // *Dubois' Lupus Erythematosus – Baltimore, 5-th edition: Williams & Wilkins, 1997.* – P. 547-548.
7. Wallace, D.J. *Cutaneous and cutaneous vascular manifestations of systemic lupus erythematosus* [Text] / Ed. by D.J. Wallace, B.N. Hahn // *Dubois' Lupus Erythematosus – Baltimore, 5-th edition: Williams & Wilkins, 1997.* – P. 693-722.
8. Werth, V.P. *Incidence of alopecia areata in lupus erythematosus* [Text] / V.P. Werth, W.L. White, M.L. Sanches [et al.] // *Arch. Dermatol.* – 1992. – Vol.128. – P.368-371.

9. Wysenbeek, A.J. *Rash in systemic lupus erythematosus: prevalence and relation to cutaneous and non-cutaneous disease manifestations [Text]* / A.J. Wysenbeek, D. Guedi, M. Amit [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* – 1992. – Vol.51. – P.717-719.
10. Yell, J.A. *Bullosus systemic lupus erythematosus – a variable disease [Text]* / J.A. Yell, F. Wojnarowska, J. Alien [et al.] // *Lupus.* – 1993. – Vol.2. – P.383-385.

Dyadyk A.I., Gnilitzkaya V.B., Khristulenko A.L., Stulikova E.L.  
Zdikhovskaya I.I., Yarovaya N.F.

### SKIN VASCULITIS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC CONNECTIVE TISSUE DISEASES

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

#### **Summary**

Skin lesions in patients with systemic connective tissue diseases are diverse and can be represented by skin vasculitis, ulcers and gangrene, Raynaud's syndrome, erythromegalgia, as well as meshived.

**Key words:** *skin vasculitis, systemic connective tissue diseases.*

Небесная Л.В.

## СОВРЕМЕННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Центр лабораторной медицины Био-лайн»

**Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК)** – системные заболевания, которые могут иметь самые разнообразные клинические проявления. В детском возрасте может наблюдаться стертая клиника с влиянием на физическое развитие ребёнка.

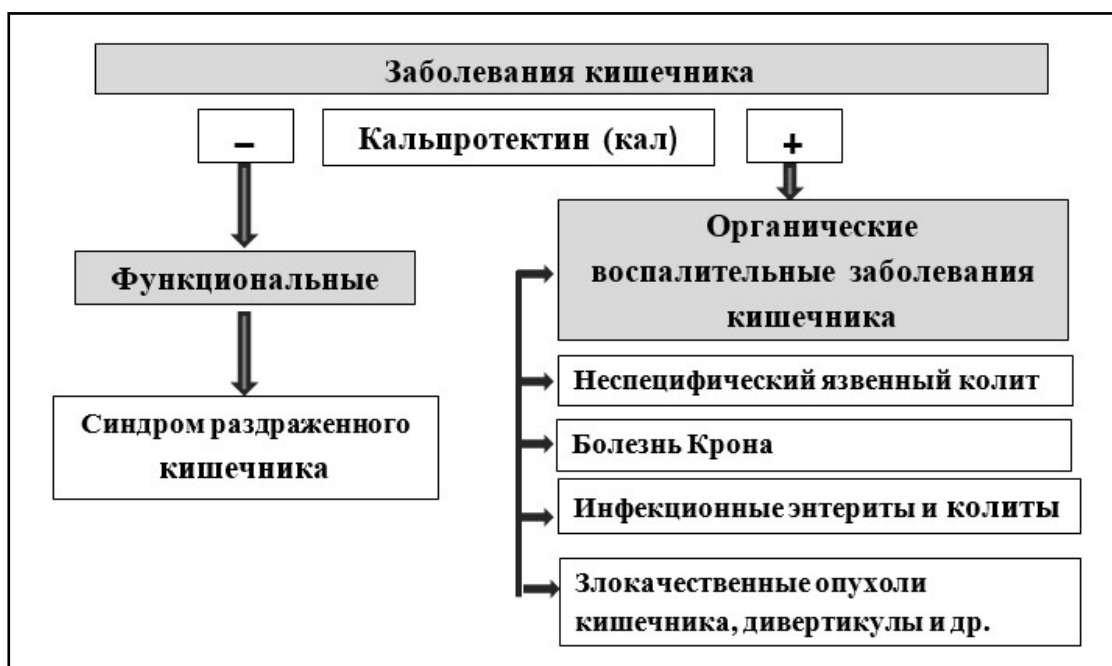
**Синдром раздражённого кишечника (СРК)** – это комплекс функциональных расстройств кишечника, который продолжается более 3-х месяцев на протяжении последних 6 месяцев и включает в себя абдоминальную боль или дискомфорт в животе, которые облегчаются или исчезают после дефекации и сопровождаются изменениями частоты или консистенции стула. В процессе тщательного обследования пациента не удается выявить каких-ли-

бо органических причин дисфункции кишечника.

Дифференциальный диагноз между **воспалительными** (органическими) заболеваниями и **функциональными** заболеваниями кишечника затруднен из-за схожести симптомов.

У пациентов с воспалительным поражением кишечника достоверно повышается содержание **кальпротектина** в кале.

Высокий уровень **кальпротектина** показывает активность и распространенность воспаления в слизистой оболочке кишечника, а также является предиктором близкого обострения у пациентов с болезнью Крона, язвенным колитом. Данный маркер дифференцирует органическое по-



**Приложение.** Алгоритм обследования пациента для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника.

Выявляемость антител у пациентов:	
Неспецифический язвенный колит (НЯК)	Болезнь Крона (БК)
ANCA: 50 – 90% ASCA: 5 – 7% АтБК: 60 – 70%	ANCA: 10 – 20% ASCA: 95 – 100% АтБК : 0%

ражение кишечника у пациентов с абдоминальной болью и диареей, а также быстрее отражает активность заболевания, чем эндоскопически оцениваемый объем поражения кишечника при язвенном колите. Таким образом, **кальпротектин** является:

- специфическим маркером воспалительных заболеваний кишечника;
- сильнейшим прогностическим маркером клинического рецидива при болезни Крона и язвенном колите у пациентов с бессимптомной стадией заболевания.

*Показания к назначению обследования:*

- кишечные расстройства (боли в животе, метеоризм, диарея и др.);
- абдоминальная боль или дискомфорт в животе, которые облегчаются или исчезают после дефекации и сопровождаются изменениями частоты или консистенции стула;
- дифференциальный диагноз между **воспалительными** (органическими) заболеваниями и **функциональными** заболеваниями кишечника.

### Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита (НЯК) и болезни Крона (БК)

Для дифференциальной диагностики НЯК и БК применяют следующие лабораторные исследования:

- **ANCA** (антинейтрофильные цитоплазматические антитела);
- **ASCA** (антитела к *Sacharomyces cerevisiae*);
- **АтБК** (антитела к бокаловидным клеткам кишечника)

*Материал для исследования:*

**Кальпротектин** – кал (собирается в контейнер для кала).

**ANCA, ASCA, АтБК** – сыворотка или плазма крови.

*Подготовка пациента к исследованиям:*

Кал для исследования следует собирать утром. Если это затруднительно, можно подготовить пробу заранее. В этом случае пробу следует хранить в холодильнике (не замораживать).

Кровь сдавать желательно утром натощак.

Проценко О.А.

## ПОЙКИЛОДЕРМИЯ

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

### Резюме

В лекции представлены клинические проявления различных вариантов пойкилодермии. Освещены современные особенности диагностики и дифференциальной диагностики, лечебной тактики.

**Ключевые слова:** пойкилодермия, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

---

Пойкилодермия (синоним: пестрая кожа, от греческого «poikilos» – пестрый) – это изменения кожи, включающие сетчатую гиперпигментацию, атрофию, телеангиэктазии, мелкие участки депигментации, шелушение, иногда – милиарные лихеноидные папулы. Все это вместе формирует пестрый характер пораженного участка кожи, напоминающий рентгеновский дерматит [3].

Термин «пойкилодермия» (от) был впервые предложен французским дерматологом Jacobi в 1906 г., описавшему «poikiloderma atrophicans vascularis (сосудистая атрофическая пойкилодермия)».

Несмотря на одинаковую морфологию сыпи, генез пойкилодермии разнообразен и может быть обусловлен генодерматозами (синдром Ротмунда-Томпсона и др.), болезнями соединительной ткани (красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит), лимфопролиферативной патологией (лимфомы кожи, особенно грибовидный микоз), вследствие экзогенного воздействия (рентгеновский дерматит, хроническая инсоляция, фотосенсибилизирующее действие косметических средств, токсическое действие продуктов перегонки нефти, лекарственных препаратов) [1 - 7].

Выделяют следующие клинические формы пойкилодермии [1 - 7]:

**1. Пойкилодермия атрофическая сосудистая Якоби.** Может возникнуть в любом возрасте, но несколько чаще у лиц среднего возраста. Процесс может быть локализованным, может быть генерализованным. Локализуется симметрично, несколько чаще в области грудной клетки, ягодиц, разгибательной поверхности конечностей, редко могут поражаться слизистые. Клинически на фоне эритематозной кожи отмечаются очаги гипер- и гипопигментации, атрофии, мелкие и тонкие телеангиэктазии. Местами кожа может иметь вид папиросной бумаги. На участках атрофии кожи могут определяться фолликулярные или лентикулярные папулы красновато-коричневого цвета, размерами 0,1-0,3 см в диаметре. Пойкилодермия атрофическая сосудистая Якоби отличается хроническим постепенно прогрессирующим течением, полного регресса высыпаний не бывает. Пойкилодермия Якоби может развиваться у лиц, профессиональная деятельность которых связана с длительным воздействием малых доз радиации, может быть без видимых причин, и тогда ее определяют как идиопатическую форму. Пойкилодермия Якоби может за несколько месяцев и даже

лет предшествовать развитию лимфомы кожи или системного лимфопролиферативного заболевания, поэтому обязательно проводят гистологическое исследование пораженной кожи. Гистологически выявляют атрофию эпидермиса со сглаживанием дермо-эпидермальной границы на большем протяжении, расширение капилляров, отек и гомогенизацию коллагена, воспалительную инфильтрацию дермы лимфоцитами и гистиоцитами. Прогностически неблагоприятными гистологическими признаками при повторных биопсиях при окраске препарата стандартными методами (гематоксилин и эозин) являются появление полиморфизма клеток дермального инфильтрата, появление или нарастание эпидермотропизма с формированием микроабсцессов Потрие в нижних рядах клеток эпидермиса. Иммунофенотипирование выявляет Т- лимфоциты различной степени зрелости.

При идиопатической форме пойкилодермии применяют электрокоагуляцию, дермабразию, аргоновый или углекислый лазер (на телеангиэктазии); эффективной может быть UVA – фототерапия с длиной волны 320 – 400 нм. Лечение направлено на подавление активности процесса в коже и подавление прогрессирования, при этом нужно помнить, что полного разрешения сыпи быть не может, участки атрофии кожи будут сохраняться. При каждом рецидиве заболевания необходимо вновь возвращаться к обследованию, в т.ч. гистологическому.

**2. Сетчатая пигментная пойкилодермия лица и шеи Сиватта.** Развивается чаще всего на участках лица и шеи, подвергающихся солнечному облучению. Помимо лица и шеи процесс может распространяться на верхнюю часть груди и плечевой пояс. После разрешения солнечной эритемы формируется сетчатая синевато-коричневая пигментация, с очагами атрофии, появляются телеангиэктазии. Пойкилодермию Сиватта следует дифференцировать с солнечной сосудистой пойкилодермией, ко-

торая развивается чаще у женщин на фоне длительной инсоляции и проявляется эритемой с телеангиэктазиями, пигментацией, но без атрофии.

**3. Врожденная пойкилодермия Ротмунда-Томпсона** является проявлением редкого генетического синдрома, передающегося по аутосомно-рецессивному типу. Первые клинические проявления развиваются обычно в возрасте 3 – 6 месяцев и до 2-х лет. Процесс локализуется в основном на коже лица, шеи, ушных раковин, на ягодичках, конечностях. Характеризуется диффузной эритемой и сетчатыми эритематозными пятнами (в виде петель), на фоне которых в последующем развиваются участки атрофии кожи, гипер- и депигментации, телеангиэктазии. В раннем детстве отмечают склонность к образованию пузырей на эритематозном фоне, особенно после инсоляции, и это может прогрессировать до 3 – 5 лет. У 33% больных выявляется фоточувствительность. Гистологически выявляют истончение эпидермиса, отек дермо-эпидермального соединения, в дерме – неспецифическая периваскулярная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация, в поздних стадиях – очаги атрофии эпидермиса сочетаются с дискератозом. У 40% больных в возрасте 4 – 7 лет развивается билатеральная катаракта, в последующем могут быть экзофтальм, атрофия роговицы, глаукома, голубые склеры. В зрелом возрасте могут появляться участки кератоза, которые в последующем трансформируются в плоскоклеточный рак. Могут также быть: ладонно-подошвенная кератодермия, кальциноз кожи, микродонтия, челюстные деформации, микроцефалия, гипогонадизм, ониходистрофия, прогрессирующая алопеция с истонченными и дистрофичными волосами, скелетные отклонения (укорочение длинных костей, особенно лучевых; контрактуры, остеосклероз или кисты в длинных костях, маленькие кисты и стопы, низкий рост – до 1,2 м).

**4. Наследственная акрокератотическая пойкилодермия Уери.** Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Появляется в первые недели жизни. Излюбленная ло-

кализация – кожные складки, лицо и шея остаются интактными. В последующем в области кистей и стоп, локтей и коленей появляются везикуло-пустулезные высыпания, обостряющиеся после трения и при инсоляции; со временем в этих местах формируются веррукозные высыпания, иногда напоминающие бородавки.

**5. Склерозирующая пойкилодермия Киндлера.** Процесс локализуется на коже лица и шеи, появляется и усиливается после инсоляции. Спонтанно и на местах даже незначительной травматизации появляются пузыри. Характерна ладонно-подошвенная кератодермия. Гистологически выявляют неравномерно истонченный эпидермис, в области пузырей изменения соответствуют буллезному эпидермолизу, в дерме – незначительный периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат, отложения гиалина и меланина в сосочках дермы. Лечение: фото-защитные кремы, витамины А, С, группы В, по показаниям – ретиноиды. Рекомендуется избегать инсоляции.

**6. Пойкилодерматомиозит.** Представляет собой сочетание симптомов пойкилодермии и дерматомиозита. Обследование и лечение – как при дерматомиозите.

Учитывая гетерогенность патогенеза пойкилодермии при одинаковой морфологии сыпи, очень важным в ведении таких пациентов являются:

а) анализ анамнеза (возраст появления симптомов, наследственность, предшествующие факторы и/или заболевания, эффективность терапевтических воздействий);

б) осмотр всего кожного покрова, независимо от предъявляемых жалоб пациента, в т.ч. оценка состояния волос, ногтей, кожи ладоней, подошв и др.;

в) обследование: общеклиническое, инструментальное и гистологическое, иногда проводимое в динамике, с целью не пропустить дебюта лимфомы кожи.

Успешность ведения больных пойкилодермией зависит, прежде всего, от клинической ее формы, носит симптоматический характер и направлено на основное заболевание.

Таким образом, клиническое мышление, способность к анализу анамнеза, результатов осмотра и обследования, взаимодействие со смежными специалистами обеспечивают успешность лечебно-диагностической программы при пойкилодермиях различного генеза.

## Список литературы

1. Кубанова, А. А. *Дерматовенерология [Текст]: клинические рекомендации* / А. А. Кубанова. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
2. Кацамбас, А. Д. *Европейское руководство по лечению дерматологических болезней [Текст]: руководство* / А. Д. Кацамбас, Лотти Т. М. – М.: МЕД – пресс, 2014. – 736 с.
3. Мавров, И. И. *Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии сифилиса [Текст]: руководство* / И. И. Мавров, Л. А., Болотная, И. М. Сербина. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
4. Проценко, Т. В. *Индивидуальное прогнозирование и дифференцированный подход к лечению при злокачественных лимфомах кожи на основании изучения неспецифической резистентности организма [Текст]: автореф. дис... д-ра мед. н.* / Т. В. Проценко – М., 1991. – 24 с.
5. Скрипкин, Ю. К. *Дерматовенерология [Текст]: национальное руководство* / Ю.К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1024 с.
6. Berg, J. Rothmund – Thomson syndrome: a case report, phototesting and literature review [Text] / J. Berg, T. Y. Chuang, D. Crippis // J. Am. Acad. Dermatol. – 1987. – N. 17. – P. 332 - 338.
7. Burge, S. *Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text]: manual* / S. Burge, R. Matin, D. Wallis. – OXFORD University Press, 2016. – 692 p.



*Protsenko O. A.*

## **POIKILODERMA**

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

### ***Summary***

The lecture highlights modern features of diagnosis and treatment for various forms of poikiloderma, issues of differential diagnosis and treatment tactics.

**Key words:** *poikiloderma, diagnosis, treatment tactics.*

УДК 616.5+616.97:616.31:378.147

*Гупало Л.А., Романенко К.В., Давлеева М.Д.,  
Иванова И.П., Белик И.Е., Романенко В.Н.*

## **ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СТУДЕНТАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

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

### **Резюме**

В статье приведены особенности преподавания дисциплины «Дерматовенерология» студентам 4 курса стоматологического факультета ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», совершенствования процесса преподавания предмета, одной из особенностей которого является профилизация обучения на стоматологическом факультете.

**Ключевые слова:** дерматовенерология, особенности преподавания, стоматологический факультет, студенты.

---

Одной из основных важных задач высшей школы является подготовка и формирование высококвалифицированного специалиста. Для достижения этой цели необходимо постоянное совершенствование процесса преподавания предмета и проведения воспитательной работы среди обучающихся. Кожные и венерические болезни весьма многообразны по своим клиническим проявлениям и встречаются довольно часто в практике врача. Из этого следует, что врачам всех клинических специальностей часто приходится иметь дело с больными дерматовенерологического профиля. К тому же, изменения кожи часто являются лишь внешним отражением той или иной патологии внутренних органов, центральной нервной системы и тяжелых системных заболеваний.

Дерматовенерология совсем не является «узкой» специальностью, владеть которой должны лишь немногочисленные «настоя-

щие» дерматологи, а все наоборот: знание ее основ и элементов необходимо в ежедневной постоянной работе врача любого профиля, в том числе, и стоматолога. Компетенции в вопросах своевременного распознавания дерматозов, их лечения и профилактики, следует считать одной из обязательных сторон профессиональной подготовки, служебным долгом любого специалиста.

Специфика преподавания дерматовенерологии на стоматологическом факультете предусматривает непосредственную врачебную ориентацию, профилактику и вопросы диспансерного наблюдения за больными с поражениями слизистой оболочки полости рта, которые часто являются симптомами многих кожных и венерических болезней. При многих дерматовенерологических заболеваниях часто высыпания появляются, как на коже, так и одновременно в полости рта, причем часто дерматозы

дебютируют с поражения слизистой, а высыпания на коже появляются значительно позднее, или же болезнь проявляется только изолированными высыпаниями во рту или на красной кайме губ.

Это относится к такой тяжелой группе дерматозов, как акантолитическая пузырчатка, красный плоский лишай, многоформная экссудативная эритема, красная волчанка, хейлит, кандидоз, герпес и пр. Часто при появлении высыпаний в полости рта больные не сразу обращаются за медицинской помощью к дерматологам, а естественно, первым делом идут к стоматологам.

Исходя из этого, основное внимание студентов-стоматологов следует обращать на изучение изменений слизистой оболочки полости рта при дерматовенерологической патологии, на их клинические разновидности, этиопатогенез и специальное лечение (базисное и местное). В ряде случаев основная роль в диагностике дерматозов, а иногда в их лечении и профилактике рецидивов принадлежит именно врачам-стоматологам [2].

Из истории дерматологии мы знаем, что в изучении патологии слизистой оболочки полости рта, в том числе при кожно-венерологической патологии, основная роль принадлежит дерматологам, которые описали значительное большинство заболеваний в этой области. Так, например, Р. Сеттон (1916) описал глубокие рецидивирующие афты; турецкий дерматолог Х. Бехчет (1936) [4] – заболевание, в последующем названное его именем; Е. Вильсон (1869) – поражение слизистой оболочки рта при красном плоском лишае; А.И. Пospelов (1900) – при псориазе; Ф. Гебра (1860) – многоформную экссудативную эритему и др. Большой вклад внесли отечественные дерматологи, в частности, сотрудники кафедры кожных и венерических болезней Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко. Основателем дерматостоматологического направления был первый заведующий кафедрой Б.М. Пашков (1899-1973) [1]. Ему принадлежит первое описание мягкой лейкоплакии, вместе с Н.Д.

Шеклаковым (1961) – доброкачественной неакантолитической пузырчаткой только слизистой оболочки рта, выделение двух клинических форм эксфолиативного хейлита – сухой и экссудативной [1, 5]. А.Л. Машкиллейсон (1970) описал новые формы предраковых заболеваний губ, метеорологического хейлита, а также пузырно-сосудистого синдрома слизистой оболочки рта [1, 6].

Вообще, изменения кожи часто являются только лишь внешним проявлением тяжелой висцеральной патологии. Так, например, в патогенезе разнообразных клинических форм красного плоского лишая на слизистой полости рта и губах большую роль играет патология желудочно-кишечного тракта. Описаны различные клинические проявления красной волчанки на слизистой полости рта и красной кайме губ, разработаны классификации предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ, хейлитов; выделен атопический хейлит; изучен патогенез и разработано лечение эксфолиативного хейлита, синдрома Мелькерссона-Розенталя, многоформной экссудативной эритемы, пузырных дерматозов, болезни Бехчета, фурункулеза и др. [5].

Кафедра дерматовенерологии должна строить преподавание на стоматологическом факультете с учетом будущей деятельности студентов в качестве врачей-стоматологов. Вместе с тем, студенты должны в достаточной степени усвоить этиологию, патогенез, клинику и методы лечения наиболее распространенных дерматозов, а также заразных кожных и венерических болезней [3]. Все это стимулирует поиск таких форм преподавания, которые позволили бы за сравнительно короткий 8-дневный период пребывания на кафедре, достичь максимального усвоения материала по предмету. На лекциях и практических занятиях на кафедре дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета большое внимание уделяется изучению таких заболеваний, как красный плоский лишай, красная волчанка, пузырчатка истинная и неакантолитическая, хейлиты, проявлениям сифилиса на

слизистой полости рта, особенно атипичным разновидностям шанкра, папулезных высыпаний. Студенты активно привлекаются к описанию элементов сыпи, их характеристике, исследованию симптомов у больных. При осмотре каждого пациента преподаватель обращает внимание на особенность клинической картины заболевания, пути заражения, внешнем виде специфических элементов на слизистых оболочках. Практические занятия осуществляются в стационаре, где подбирается соответствующий контингент пациентов, а также иногда на поликлиническом приеме. Перед разбором больных преподаватель в течение 10-15 минут определяет уровень знаний студентов по текущему материалу, что дает возможность остановиться и более подробно осветить вопросы, недостаточно усвоенные студентами при самостоятельной подготовке. При разборе больных поздним врожденным сифилисом фиксируется внимание на триаде Гетчинсона, характерных изменениях со стороны кожи, а также дифференциальной диагностике. Под контролем преподавателя студенты самостоятельно проводят разбор больных, описывают дерматологический статус, оформляют амбулаторную карту, составляют индивидуальный план лечения больного. Преподаватель акцентирует внимание на том, что характер лечения зависит от продолжительности заболевания, остроты стадии патологического процесса, количества обострений и интенсивности каждого отдельного рецидива. При разборе больных с красным плоским лишаем обращается внимание студентов на значение функциональных расстройств нервной системы и наличия психотравм в анамнезе у больного, на характерную локализацию высыпаний, гистологические изменения и особенности высыпных элементов: размеры, форма, цвет, перламутровый блеск, отсутствие шелушения, центральное вдавление, изоморфную реакцию, сетку Уикхема, изменения на слизистых оболочках. Преподаватель подчеркивает, что изолированный красный плоский лишай слизистых

оболочек встречается достаточно часто. Разбирая больных пузырьчаткой, преподаватель обращает внимание студентов на постепенное развитие заболевания, частое начало пузырьчатки со слизистой полости рта и десен (в 60% случаев), мономорфный характер элементов, постепенное, но прогрессирующее ухудшение состояния больных, важность своевременной кортикостероидной терапии. Подчеркивается особенность клинической картины и течения каждой из форм заболевания, отмечается важность исследования мазков-отпечатков на акантолитические клетки (цитодиагностика по Тцанку). На практических занятиях проводится дифференциальная диагностика с герпетическим дерматозом Дюринга, буллезной формой токсикодермии, особенно синдромом Лайелла, буллезной формой многоформной экссудативной эритемы и буллезной стрептодермией, а также с буллезным пемфигоидом. Обсуждаются принципы лечения больных пузырьчаткой: общее (кортикостероидные препараты), наружное лечение, а также уход за больными. В совокупности, студенты-стоматологи в течение учебного года принимают участие в клиническом разборе 50-70 дерматологических и венерических больных. Сотрудники стремятся, чтобы каждый из студентов мог наблюдать у больных поражения слизистых оболочек и кожи лица при таких заболеваниях, как экзема, хейлиты, заеда, простой пузырьковый и опоясывающий герпес, кандидоз, пероральный дерматит, смог бы ознакомиться с клиникой эритематозной сифилитической и папулезной ангина. Для лучшего усвоения темы, помимо разбора больных на практических занятиях, используются муляжи, цветные фотографии из атласа и мультимедийные презентации. В процессе обучения студенты-стоматологи осваивают такие навыки как осмотр полости рта, присутствуют в клинической лаборатории при заборе патологического материала со слизистой оболочки на дрожжевые грибы, акантолитические клетки. Для преподавания на стоматологическом факультете используется современная

литература, а также тесты программированного контроля с учетом стоматологической направленности. Использование пособий, тестовых и ситуационных заданий стимулирует учебный процесс, что помогает подготовить более квалифицированных врачей-стоматологов [7].

Таким образом, кафедра дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького уделяет большое внимание дальнейшему совершенствованию учебного процесса, одним из факторов которого является профилизация преподавания на стоматологическом факультете.

### Список литературы

1. Большая российская энциклопедия [Текст]: в 35 т. / Ю.С. Осипов [и др.]. – М.: Большая российская энциклопедия, 2004-2017.
2. Венерические болезни [Текст]: методическое указание к изучению раздела / М.Н. Бухарович, В.М. Ковалев [и др.]. – Донецк, 1986. – С. 3-5.
3. Воронина, Л.Т. Новые подходы к преподаванию дерматовенерологии [Текст] / Л.Т. Воронина, О.В. Поршина, О.О. Жеребятьева // Актуальные вопросы учебно-методического обеспечения ООП в процессе реализации компетентного подхода в медицинском образовании: уч.-метод. конф. (Оренбург, 2012). – ОрГМА, 2012. – С. 37-39.
4. Головач, И.Ю. Профессор Хулуси Бехчет – известный турецкий дерматолог, описавший болезнь Бехчета. История открытия и описания болезни [Текст] / И.Ю. Головач // Укр. ревматол. Журнал. – 2012. – № 48 (2). – С. 56-59.
5. Кожные и венерические болезни [Текст]: учебное пособие / Л.А. Машкиллейсон. – М.: Медицина, 1986. – С. 4-7.
6. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни [Текст]: учебное пособие / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанов, В. Г. Акимов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.
7. Тилиш, М.М. Личностно-ориентированный подход к обучению студентов на кафедре дерматовенерологии [Текст] / М.М. Тилиш, Т.Г. Кузнецова, Е.Б. Поповская, П.С. Осмоловская // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 4. – С. 292-294.

*Gupalo L.A., Romanenko K.V., Davleeva M.D.,  
Ivanova I.P., Byelik I.E., Romanenko V.N.*

### FEATURES OF TEACHING OF SKIN AND VENEREAL DISEASES TO STUDENTS OF STOMATOLOGICAL FACULTY OF DONETSK NACIONAL MEDICAL UNIVERSITY

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

#### **Summary**

In the article the features of teaching of discipline of «Dermatology» are resulted for students 4 courses of Dentist faculty. The teaching collective of department is spare large attention the permanent improvement of process of teaching of discipline constantly, one of features of which is profiling of object on a Dentist faculty.

**Key words:** *dermatology, department, features in teaching, Dentist faculty, students.*



### ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛЯРА!

*К 70-летию проф. Радионова*

*Владимира Григорьевича*

Радионов Владимир Григорьевич родился в Харьковской области 30 января 1949 года. В 6 лет, родители забрали на целину в Акмолинскую область (ныне Астана, столица Казахстана).

Школа была русской, но с обязательным изучением казахского языка. Классы были многонациональными. В школе учились казахи, русские, украинцы, белорусы, татары, немцы, евреи, чеченцы, ингуши, осетины и др.

За время учебы в школе был награжден грамотами, в 11 лет за спасение на реке из ледяного плена своего чеченского друга, а в 13 лет за спасение сельхозтехники при пожаре в казахстанских степях.

После окончания в 1963 году 8 классов, вместе с родителями вернулся в Украину. Поступил в Кадиевское (Стахановское) медицинское училище, которое окончил в 1967 году. С 1967 года работал контролером на Луганском областном аптечном складе, затем был призван в ряды Советской армии. Служил в группе Советских войск в Германии.

В 1970 поступил в Луганский медицинский институт. С первого курса – секретарь комсомольской организации, с 1975 года – председатель профсоюзной организации института.

В студенческие годы ежегодно был бойцом или командиром студенческих строительных и сельскохозяйственных отрядов. В 1973 году по решению ректората

и лично ректора проф. И. И. Чайковской был командиром студенческого отряда на строительстве общежитий мединститута. Работали днем в две смены, в вечернюю смену занимались на кафедрах по программе института. Так, была решена проблема завершения в срок строительства на медгородке и ввода в эксплуатацию ныне существующих девятиэтажных общежитий №1 и №2. В том же году принимал участие в качестве тренера и члена команды в чемпионате по борьбе «Самбо» в г. Ташкенте, команда стала призерами чемпионата СССР.

После окончания института и интернатуры по хирургии – сотрудник кафедры госпитальной хирургии (зав.каф. профессор Земсков Н.Н.).

В 1979 году избран по конкурсу ассистентом кафедры дерматовенерологии Луганского мединститута. В 1980-81 гг. создал одну из самых крупных лазерных лабораторий в Украине, которая насчитывала более 10 аппаратов, работающих в трех областях спектра, что позволило расширить диапазон экспериментальных, научных и клинических исследований.

В 1983 году впервые на Всесоюзной конференции совместно с учеными Новосибирского отделения АН СССР была представлена модель экспериментального и клинического применения эндоваскулярной лазеротерапии, которая используется по сегодняшний день.



В 1986 г. в Киевской медицинской академии последипломного образования защитил кандидатскую диссертацию по сосудистой патологии кожи.

Впервые в Украине в 1989 году внедрил ММ-диапазон электромагнитного излучения (по программе АН Украины) в лечении аллергодерматозов, как у взрослых, так и у детей с сочетанной патологией органов пищеварения и бронхолегочной патологией.

В 1996 г. защитил в Киевском медицинском университете им. А. А. Богомольца докторскую диссертацию и после защиты был избран по конкурсу профессором, а в июне 1999 г. – заведующим кафедрой дерматовенерологии Луганского медуниверситета, в этом же году решением сессии Луганского областного совета назначен одновременно на должность главного врача Луганского областного кожно-венерологического диспансера. В 2019 году исполняется 20-летний юбилей пребывания профессора Радионова В.Г. в должности заведующего кафедрой и одновременно главного врача диспансера.

Областной диспансер как клиническая база медуниверситета и кафедра дерматовенерологии, тесно сотрудничали с другими учебными, научно-исследовательскими и ле-

чебными учреждениями не только Украины и России, но и зарубежья. В соответствии с приказом МЗ Украины, диспансер и кафедра являлись базой по проведению рандомизированных контролируемых клинических исследований лечебных препаратов. В то время были заключены договора о сотрудничестве с фирмами Великобритании, Америки, Германии, Испании, Бельгии и др.

В 1999 году обосновал создание в Луганской области первой лаборатории ИФА «Молекулярная диагностика», которая располагалась на базе Луганского областного диспансера.

В 2004 году впервые в Украине приобретено современное оборудование. Фотокабина УФО с вырезанной длиной волны 311 нм, для лечения многих кожных болезней, преимущественно псориаза, а также многофункциональный цифровой дерматоскоп немецкого производства, позволивший постоянно проводить безвозмездный скрининг населения с целью выявления предраков, раков кожи, а главное, меланомы, как одной из самых злокачественных опухолей человека. Только за один день в рамках ежегодного проведения в мае месяце ранней диагностики меланомы обследуется от 500 до 700 пациентов.



Более, чем 20-летний опыт работы в разделе дерматоонкологии (последователем является сын, Денис Владимирович), позволили сегодня создать первую в республике клинику дерматологии и косметологии, специалисты которой, прошедшие обучение в Украине, России, Германии, Австрии используют цифровые и компьютерные технологии, с целью установления диагноза, динамического наблюдения за пациентами и контроля после проведенного консервативного или оперативного лечения.

В качестве члена Европейской Академии Дерматологии и Венерологии (EADV) неоднократно принимал участие в работе конгрессов и симпозиумов EADV в городах Женеве, Барселоне, Мюнхене, Париже, Берлине, Вене, Зальцбурге, Брюсселе, Милане, Праге, Стамбуле, Табе, Будапеште, Лиссабоне, Иерусалиме и др.

Автор более 600 научных публикаций, 14 монографий, соавтор изданных 5 учебников для студентов медфакультетов университетов на русском, украинском, английском языках и первого энциклопеди-

ческого словаря дерматовенеролога.

Педагогическую и научную работу совмещал с работой в деканате усовершенствования врачей в качестве заместителя декана, а после ухода первого декана данного факультета доц. Зыкова Н.Н., исполнял обязанности декана.

Участник боевых действий за пределами бывшего СССР. Имеет правительственные награды и награды правоохранительных органов. Указом Президента Украины в 2008 г. присвоено почетное звание «Заслуженный врач Украины». За высокий профессионализм, многолетний добросовестный труд, преданность своему долгу, значительный личный вклад в совершенствование лечебно-профилактической работы и развитие системы здравоохранения Указом Главы Луганской Народной Республики, присвоено почетное звание «Заслуженный врач Луганской Народной Республики».

Искренне поздравляем проф. Радионова Владимира Григорьевича с юбилеем и желаем здоровья и долгих плодотворных лет работы.



**Кандидатские диссертации по шифру 14.01.10 – кожные и венерические болезни, защищенные в диссертационном совете Д 01.011.03 при Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького (с 1 марта 2018 г. – Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» – ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО):**

6 октября 2017 г защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук **«Комплексное лечение больных псориазом с использованием узкополосной (311 нм) УФ-В фототерапии»** Ждановой Ириной Олеговной. Работа выполнена в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького; научный руководитель – д. мед. н., доцент Романенко К. В. Официальные оппоненты: Волошин Р. Н., д. мед. н., доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования (ФГБОУ ВО) «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, профессор кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации (ФПК) и профессиональной подготовки специалистов

16 февраля 2018 г. защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук **«Оптимизация комплексного лечения больных атопическим дерматитом путем использования периодической нормобарической гипоксической терапии»** Елисеевым Глебом Дмитриевичем, выполненная в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ; научный руководитель – д. мед. н., доцент Волошин Р. Н.; официальные оппоненты: Родин А. Ю., д. мед. н., профессор, Волгоградский государственный медицинский университет, заведующий кафедрой дерматовенерологии; Романенко К. В., д. мед. н., доцент, Донецкий наци-

(ППС); Проценко О. А., д. мед. н., доцент, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО.

В диссертации представлено теоретическое обобщение и новое решение научной задачи, которая заключается в разработке комплексного метода лечения больных распространенным вульгарным псориазом с использованием разных режимов узкополосной (311 нм) УФ-В фототерапии, направленного на снижение длительности и частоты рецидивов с учетом выявленных гистологических, морфометрических, гистохимических, иммуноморфологических нарушений кожи и их коррекции.

ональный медицинский университет им. М. Горького, заведующий кафедрой дерматовенерологии.

В диссертации представлено теоретическое обобщение и новое решение научной задачи путем разработки комплексного метода лечения больных атопическим дерматитом с использованием периодической нормобарической гипоксической терапии, направленного на оптимизацию лечения дерматоза с учетом выявленных нарушений функций эпидермального барьера, микроциркуляции в коже, вариабельности сердечного ритма, эритроцитарного звена циркулирующей крови, гуморального иммунитета, про- и антиоксидантной активности крови, качества жизни и психосоциального статуса, и их коррекции.

15 июня 2018 г. защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук **«Дифференцированный подход к лечению и реабилитации женщин, больных поздними акне с учетом особенностей возрастных изменений кожи»** Лукьянченко Еленой Николаевной. Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»; научный руководитель: д. мед. н., доцент Проценко О.А.; официальные оппоненты: Волошин Р.Н., д. мед. н., доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования (ФГБОУ ВО) «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, профессор кафедры дерматовенеро-

26 октября 2018 г. защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук **«Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированного подхода к лечению бляшечного псориаза у лиц с хроническим простатитом»** Провизионом Антоном Николаевичем. Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»; научный руководитель: д. мед. н., доцент Проценко О.А., заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования. Официальные оппоненты: Волошин Р.Н., д. мед. н., доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего обра-

26 октября 2018 г. защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук **«Особенности клиники, патогенеза, и лечения бляшечного псориаза у лиц с метаболическими нарушениями»** Заблоцкой Анастасией Геннадиевной. Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профес-

логии факультета повышения квалификации (ФПК) и профессиональной подготовки специалистов (ППС); Милус И.Е., к. мед. н., Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР, заместитель директора по медицинской части.

В диссертации представлено теоретическое обобщение и новое решение научной задачи, заключающееся в повышении эффективности лечения и реабилитации больных поздними акне женщин на основании изучения взаимосвязей клинико-биофизических особенностей кожи и гормональных изменений в различные периоды репродуктивного возраста путем применения в комплексной терапии персонифицированной гормональной коррекции, криотерапии и внутрикожного введения препаратов гиалуроновой кислоты.

зования (ФГБОУ ВО) «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, профессор кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации (ФПК) и профессиональной подготовки специалистов (ППС); Милус И.Е., к. мед. н., Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР, заместитель директора по медицинской части.

В диссертации представлено теоретическое обобщение и новое решение научной задачи, которая заключается в повышении эффективности лечения больных псориазом мужчин с хроническим простатитом на основании изучения выявленных клинических, гормональных, морфологических и уродинамических нарушений, путем применения в комплексной терапии ОФР и ректальных инсуффляций озонкислородной смеси.

сионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»; научный руководитель – д. мед. н., профессор Проценко Т. В. Официальные оппоненты: Волошин Р. Н., д. мед. н., доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования (ФГБОУ ВО) «Ростовский госу-

дарственный медицинский университет» МЗ РФ, профессор кафедры дерматовенерологии факультета повышения квалификации (ФПК) и профессиональной подготовки специалистов (ППС); Милус И. Е., к. мед. н., Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР, заместитель директора по медицинской части.

В диссертации представлено теоретическое обобщение и новое решение научной задачи, заключающееся в повы-

шении эффективности лечения больных бляшечным псориазом с метаболическими нарушениями и избыточной массой тела на основании изучения взаимосвязей клинико-биофизической особенностей кожи и метаболических нарушений путем применения в комплексном терапии узкополосной фототерапии, препарата метаболического действия метформина и топического ингибитора кальциневрина-такролимус мази.

## 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 составляют в алфавитном порядке (вначале – отечественные авторы, затем – иностранные) и 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: ПТГУ, 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. № 73-83 // *Ведомости Федер. Собр. Рос. Федерации.* - 2001. - № 17. - Ст. 940. - С. 11-28.

### Библиографическое описание документа из Internet

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

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

### Примечание.

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

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